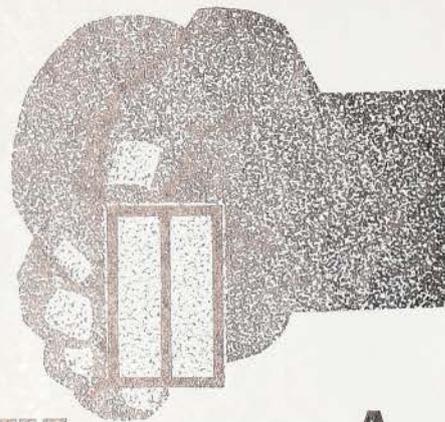




36

VERONA 1971 NN. 3/4

QUADERNI
DELLA
PROVINCIA



**L'ISTITUTO
DI CREDITO
FONDIARIO
DELLE
VENEZIE**
DIREZIONE GENERALE
IN VERONA

VI AIUTA A COSTRUIRE!



«crediti per l'edilizia,» per l'agricoltura,» per le opere pubbliche
e gli impianti di pubblica utilita'.

tutte le informazioni presso le Casse di Risparmio trivenete

*
dal
1825

al servizio dei risparmiatori e delle economie locali

CASSA DI RISPARMIO

di
VERONA ◦ VICENZA ◦ BELLUNO
*

QUADERNI DELLA PROVINCIA

fascicolo monografico dedicato alla trattazione di problemi terapeutici in psichiatria

SOMMARIO

AGOSTINO MONTAGNOLI	
Presentazione	3
ANTONIO PASETTO	
La psichiatria a Verona, oggi	5
GIAN FRANCO ZUANAZZI	
I problemi della droga	8
FRANCO PADOVANI	
Criteri e finalità dell'intervento terapeutico	13
GIUSEPPE RONCARI	
Per una terapia polidimensionale	15
MARIO BERTANI	
Socioergoludoterapia in ospedale psichiatrico	24
GOFFREDO CICCARELLI	
La personalità del « bevitore »	28
FLAVIO NOSE'	
Come guarire l'alcoolista	31
G. CICCARELLI - F. NOSE'	
L'assistenza all'anziano	34

QUADERNI DELLA PROVINCIA

Anno X (1971) n. 3-4 (luglio-dicembre)

Pubblicazione trimestrale dell'Amministrazione provinciale di Verona

Direttore responsabile: **Pier Paolo Brugnoli**

Direzione, Amministrazione, Pubblicità:
Palazzo della Provincia, piazza dei Signori, Verona
Telefono 32.545

La collaborazione avviene su invito.

È autorizzata la riproduzione anche di parti di articoli e di dati, citando la fonte.

Spedizione in abbonamento postale - Gruppo IV
Reg. del Tribunale di Verona n. 155 del 3-7-1962

Stampa: STEI - Verona

Per correzione o cambio indirizzo si prega ritagliare e inviare l'indirizzo stampigliato sulla busta

Un «Quaderno» L. 800 - Abbonam. annuo L. 3.500

Questo fascicolo dei « Quaderni della Provincia » pubblica il testo delle relazioni, che in una serie di convegni furono svolte da alcuni medici degli Ospedali neuropsichiatrici della nostra provincia, allo scopo di esaminare e di dibattere criteri e problemi terapeutici della psichiatria, nonché il tema dell'assistenza all'anziano.

Le relazioni vertono, dunque, su problemi attuali assai impegnativi, che per la loro connessione con la struttura, con il tenore di vita e il costume della società interessano non soltanto i medici specialisti, i sociologi, i politici, ma anche larga parte dell'opinione pubblica più sensibile alle esigenze della solidarietà sociale.

L'evoluzione della psichiatria, nonostante le controverse interpretazioni delle origini e della natura delle malattie mentali o proprio grazie ad esse, la scoperta di nuovi farmaci, l'introduzione di terapie più efficaci, hanno promosso dunque un moto di innovazione radicale delle strutture e dell'organizzazione degli ospedali e dell'assistenza psichiatrica, mentre l'allungamento della media di durata della vita, la scomparsa della famiglia e della casa di tipo patriarcale hanno aggravato il problema dell'assistenza, di cui abbisognano gli anziani.

Si ravvisa, pertanto, la necessità di uno sforzo coordinato da parte di tutti gli Enti interessati rivolto sia a realizzare appieno le riforme avviate, ad estendere quant'è necessario e a perfezionare le forme di prevenzione e di cura delle malattie psichiatriche, a provvedere al reinserimento dei dimessi dagli ospedali nella società; sia ad assistere gli anziani, nonché i soggetti in età evolutiva, a cui la famiglia non può provvedere.

Appunto per divulgare la conoscenza di questi problemi e per chiarirne i termini sono stati raccolti in questo « Quaderno » i lavori del gruppo di medici, i quali hanno chiaramente delineato, mi sembra, gli orientamenti, che essi perseguono e intendono sviluppare nel futuro.

Un futuro, di cui i medici e, per quanto le compete, l'Amministrazione della Provincia hanno già posto le premesse.

Agostino Montagnoli

LA PSICHIATRIA

A VERONA, OGGI

Sarebbe una cosa già di per sè positiva se quanto è stato scritto dagli psichiatri dell'O.N.P. di Verona su questo quaderno monografico dedicato ad alcuni problemi della psichiatria, alimentasse la speranza in un futuro recupero della salute mentale per coloro che sono ospiti dell'Ospedale.

Ed è necessario insistere nel definire Ospedale Neuropsichiatrico (e non Ospedale Psichiatrico o Manicomio) quello di Verona per una serie di ragioni che trovano il loro fondamento nell'intenso e complesso lavoro scientifico e terapeutico che in esso viene svolto dal personale sanitario.

Medici ed infermieri, sotto la guida dei Direttori, hanno posto tutto il loro impegno nell'elevare l'assistenza ospedaliera da un livello altamente scientifico e umanizzato. Si può dire che è definitivamente tramontato il tempo in cui l'ammalato di mente era equiparato al criminale e — si spera — anche il tempo in cui gravavano su di lui pesanti pregiudizi sociali ed esistevano nei suoi confronti irrazionali paure.

La legge 18.3.1968, n. 431 ha consentito alla psichiatria in Italia di fare un grande passo in avanti sia negli aspetti giuridici (ingresso volontario) sia in quelli sanitari (nuovi rapporti tra numero di infermieri — ammalati e medici — ammalati), nonché in altri aspetti indubbiamente importanti della assistenza ai malati.

La legge 431 considerando sostanzialmente la ma-

lattia di mente alla stregua delle altre malattie ha creato, di fatto, le premesse affinché tale infermità venga considerata sempre di più come una variante delle malattie somatiche e di conseguenza lo psichiatra come uno specialista alla stregua di tanti altri esistenti negli Ospedali generali. E, interpretando così lo spirito della legge, nell'O.N.P. di Verona l'assistenza è orientata in primis verso tutte le possibili forme di cura e successivamente verso la ricerca di autoresponsabilizzazione dei malati al fine di facilitare il loro reinserimento nella società. E qua sta purtroppo il punto debole della questione, si tratta della stessa società che è stata in molti casi una delle cause della malattia e che pertanto dovrebbe — ed è lecito pensarlo — essere preparata e disponibile in ogni momento a riconoscere il pieno diritto di cittadinanza ai malati una volta che siano stati dichiarati guariti.

Ma vien da chiedersi quanto è veramente disponibile questa società cosiddetta del « buon senso » per accogliere coloro che hanno dimostrato di aver perduto, sia pure temporaneamente, quel determinato « buon senso ». Le contraddizioni al riguardo affiorano sovente dalla stampa: vi sono giornali a grande tiratura che reclamano ospedali psichiatrici completamente aperti ed in ciò evidenziano una giustificata necessità di fare affidamento sulle capacità di autogoverno che i malati hanno gradualmente riacquistate grazie alle cure degli psichiatri e

degli infermieri degli Ospedali; ma vi sono altri giornali (e non di rado gli stessi) che elevano le più fiere proteste contro gli Ospedali e relativi medici quando qualche malato, ritenuto in via di guarigione, uscito con regolare permesso o dimesso in esperimento, diviene causa di qualche grosso ed irreparabile guaio ai danni del prossimo.

Questo oggi senza dubbio il problema centrale della politica psichiatrica, problema che, ad avviso dello scrivente, deve investire tutta l'opinione pubblica, la quale appunto perché è opinione, cambia facilmente in relazione ai fatti che accadono.

E se il mutar dell'opinione può favorire prima coloro che si battono per una maggiore libertà del malato di mente e soprattutto per il riconoscimento del suo pieno diritto di cittadinanza, analogamente li danneggia quando segue l'argomentare di quei nuovi « Saggi di Salamanca » che fanno previsioni catastrofiche (forse per sopravvivere loro stessi) ad ogni tappa del progresso umano e scientifico.

Sembra allo scrivente, che per le proprie responsabilità di amministratore, che buona parte delle difficoltà derivi dal modesto livello di maturità civile e democratica sinora raggiunto dalla massa dei cittadini.

PER UNA DEMOCRAZIA MENO FORMALE

È notorio che una vera democrazia dovrebbe far sì che tutti i cittadini fossero in grado di essere « legislatori ». Ed a questo obiettivo dovrebbe essere diretto lo sforzo di coloro che « fanno » opinione pubblica. Ma si vuole veramente raggiungere tale obiettivo da tutti? O permangono ancora, in taluni settori responsabili, radicate convinzioni (risalenti all'epoca di Menenio Agrippa) che, per governare facilmente, « l'età politica » della massa non dovrebbe oltrepassare mai quella di dodici anni? La società così detta dei consumi (che tanto contribuisce al sovraffollamento degli Ospedali Neuropsichiatrici) è un elemento decisamente negativo, soprattutto nel metodo col quale indirizza le scelte dei consumatori, nella formazione di personalità adulte. Poche sono le persone capaci di « selezionare » le notizie che ricevono, visto che la maggioranza non sa sottrarsi alle notizie devianti e interessate che provengono da ben noti schermi. Questi sono i problemi, e non solo questi, che i nuovi « Saggi di Salamanca » non sanno risolvere pur essendo generalmente noto che condizionano la maturazione umana e democratica di una grande massa di cittadini. Ed in tale contesto sociale, che non si può comunque ritenere del tutto negativo in quanto qual-

che cosa di buono è stato realizzato, si inserisce anche la problematica della psichiatria riguardante l'accettazione del malato di mente dimesso dallo Ospedale.

Trattasi ovviamente di una problematica che investe anche molti altri campi assistenziali e che, pertanto, potrà trovare valide soluzioni non con atti impositivi ma con un'assidua opera di educazione, che deve iniziare fin dalle più giovani età dei cittadini sia nella famiglia che nella scuola.

Si tratta in definitiva di problemi di ordine etico-sociale che devono essere risolti con l'apporto dei politici, degli amministratori, dei magistrati, della stampa nonché di tutte le popolazioni interessate.

I NUOVI INDIRIZZI DEGLI ULTIMI ANNI

Da pochi anni si parla frequentemente di psichiatria sociale ed è questa una forma di intervento che si basa soprattutto sulla socio-ludo-ergoterapia che completa ed arricchisce la psichiatria attuata con gli psicofarmaci e la psicoterapia. Essa rappresenta, assieme alle altre citate, un metodo di cura su di un piano nettamente nuovo rispetto a quello della psichiatria tradizionale.

I nuovi indirizzi della psichiatria sono stati interpretati, negli ultimi dieci anni, dall'Amministrazione Provinciale di Verona prima di tutto con la costruzione del nuovo Ospedale e con l'organizzazione interna, ed inoltre con un programma che traccia le linee fondamentali di un vero rinnovamento assistenziale.

Per cui è stato ed è tuttora agevole l'inserimento di altri provvedimenti innovatori. Giova rilevare, ad esempio, che oggi nella vita interna dell'O.N.P. la Amministrazione punta più che sulle tradizionali attività ricreative (complesso bandistico, filodrammatica, canto corale etc.) sulle attività riabilitative e sul perfezionamento di una struttura ospedaliera intesa a ricostruire la personalità del malato con iniziative di vita pratica (corsi professionali, lavoro di gruppo, normative nell'uso dei beni personali come denaro, vestiti, etc., cura della persona, applicazione di regole del vivere civile a tavola ed in ogni altra circostanza). Tutto ciò sotto l'attenta e scrupolosa vigilanza dei medici psichiatri ed internisti, degli infermieri, delle assistenti sanitarie vigilatrici e delle assistenti sociali.

Giova inoltre rilevare che per i ricoverati è a disposizione un moderno impianto sportivo con campi di tennis, palla volo e bocce, nonché una palestra attrezzata ed un insegnante di ginnastica per gli esercizi fisici.

L'Ospedale è attrezzato di servizio di parrucchiere per donna e uomo, di centro sociale, di bar con relativa sala soggiorno, di cinema. Distributori automatici di bevande calde e fredde sono stati installati in ogni reparto.

Il servizio religioso è assicurato da due cappellani. Periodicamente i ricoverati partecipano a viaggi oppure a rappresentazioni d'arte in locali o ambienti pubblici con regolare permesso o accompagnati da personale infermieristico.

L'ATTIVITA' DI IGIENE MENTALE

Tuttavia è bene ricordate che nel quadro della psichiatria sociale si inserisce anche l'attività di igiene mentale. Il potenziamento dei servizi di igiene mentale rientra nel programma generale di questa Amministrazione; già esiste una rete di ambulatori in ognuno dei tre settori: capoluogo, orientale ed occidentale. Questi ambulatori servono soprattutto alle prestazioni psichiatriche in favore dei dimessi i quali si recano periodicamente per i controlli successivi fino alla completa guarigione. Interessante potrà essere però lo sviluppo dei collegamenti con i servizi sanitari di altri Enti e Ospedali, in quanto ciò rappresenta il primo passo verso una dislocazione di servizi di medicina preventiva, in vista dell'attuazione dell'unità sanitaria locale e il decentramento degli ammalati di mente negli Ospedali generali.

Ma indubbiamente uno dei problemi da risolvere prima di « spingere » nell'azione preventiva l'assistenza psichiatrica è quello riguardante la formazione del personale specializzato per tale servizio.

È noto che gli psichiatri esistenti non sono sufficienti a coprire il fabbisogno di una struttura sanitaria con funzioni di prevenzione della malattia mentale, e altrettanto si può dire per il personale infermieristico. Al riguardo è nota la difficoltà per le Università di tenere il passo con le necessità del Paese in questo settore. È significativo che l'Amministrazione Provinciale di Milano, ad esempio, si sia convenzionata con la locale Università per l'istituzione di una cattedra di psichiatria.

Convenendo tuttavia che il campo nuovo di lavoro è oggi l'Igiene Mentale, non è da trascurare il fatto che a Verona vi possano essere psichiatri già in grado di ricoprire con onore una cattedra di Igiene Mentale. È pur sempre da auspicarsi una collaborazione tra Università ed Amministrazioni Provinciali. Forse i tempi potrebbero essere maturi anche per realizzare questa nuova fase della psichiatria veronese.

IL PROBLEMA DELLA DROGA

« Molto prima che esistessero gli agricoltori, esistevano i tossicomani dediti agli stupefacenti » (Huxley). I ritrovamenti di capsule di semi di papavero nelle caverne di laghi svizzeri testimoniano che già si drogava l'uomo dell'età della pietra; anche i Sumeri conoscevano certamente l'oppio; i Vichinghi usavano alcuni tipi di funghi per eccitarsi nell'imminenza della battaglia. In certe civiltà la tossicomania divenne un fenomeno di massa e le droghe avvelenarono interi popoli: valga l'esempio dell'oppio nell'Estremo Oriente, dell'hashisch sulle sponde africane del Mediterraneo, della coca e dei funghi allucinogeni nell'America centro-meridionale. Tuttavia il problema della droga sta assumendo oggi caratteristiche del tutto particolari per la nostra civiltà. La novità del fenomeno è data dall'interessamento delle masse anche nel mondo occidentale, dal diffondersi della tossicomania tra i giovani, dalla scoperta dei farmaci psicotropi i quali hanno aumentato a dismisura il numero delle droghe; dallo sviluppo di teorie pseudofilosofiche e teosofiche per giustificare l'abuso di tali farmaci.

Non sono dunque prive di fondamento le grida d'allarme che da più parti oggi si levano e le ripetute denunce di un fenomeno che va assumendo ogni giorno più vaste proporzioni e supera ormai i confini della psicopatologia per diventare un fatto di costume. Per una lodevole incongruenza, questa nostra società che tollera la tossicomania alcoolica

e fa di quella da nicotina un monopolio di Stato, entra in ansia quando scopre che la marijuana va diffondendosi tra i giovani della scuola media.

Che cosa significa tossicomania? E chi è il tossicomane?

La ripetuta assunzione di un farmaco può portare ad uno stato particolare di intossicazione cronica caratterizzato da una necessità psichica e talvolta fisica dell'azione del farmaco, da cui deriva il desiderio irresistibile ad assumere il tossico e la tendenza ad aumentare le dosi. Quando esiste dipendenza fisica, la brusca soppressione del farmaco produce, talvolta nel giro di poche ore, uno stato di grave sofferenza, che va sotto il nome di sindrome da astinenza. La capacità di una droga di sopprimere la sindrome da astinenza relativa ad un'altra droga, mantenendo lo stato di dipendenza fisica, è detta dipendenza crociata. In generale ogni potente narcotico-analgescico può dare dipendenza crociata con un altro narcotico-analgescico. Questo fenomeno è utilizzato in terapia (pere es. il metadone può sostituire la morfina).

Tra le droghe capaci di provocare una dipendenza fisica ricordiamo l'oppio e i suoi derivati, i barbiturici, l'alcool. La sindrome da astinenza per questi farmaci è caratterizzata da stati di aumentata eccitabilità a livello di quei sistemi fisiologici che furono depressi dall'azione del farmaco. L'abuso di altre droghe, per es. della cocaina e dell'hashisch,

non produce dipendenza fisica ma solo dipendenza psichica.

A seconda della maggiore o minore gravità degli effetti prodotti dal farmaco, si può parlare di assuefazione o, rispettivamente, di abitudine. È soprattutto nel primo caso che l'intossicazione diviene nociva non solo per l'individuo ma anche per la società, dato il bisogno imperioso della droga e la necessità di ottenerla con qualsiasi mezzo. Va però notato che la distinzione tra abitudine e assuefazione è molto discutibile e anzi da alcuni studiosi viene respinta. Se si può affermare che esiste sempre assuefazione quando compare la dipendenza fisica, per quei farmaci che danno soltanto dipendenza psichica è difficile segnare il limite tra il semplice desiderio e l'invincibile costrizione. È un limite, del resto, legato più all'individualità somato-psichica che non al tipo di farmaco.

I quadri delle varie tossicomanie possono essere riprodotti anche negli animali, con i relativi fenomeni dell'assuefazione e della sindrome da astinenza; tuttavia non è possibile ridurre la tossicomania ad un semplice fatto farmacologico. In realtà esistono dei fattori psichici che non devono essere trascurati.

LA PRIMA SPERIMENTAZIONE

La prima sperimentazione di una droga può essere infatti legata ad una necessità terapeutica o alla curiosità o al caso. Ma non tutti coloro che hanno « provato » la droga ripetono l'esperienza, nemmeno quando l'esperienza è stata spiacevole. Perché la ripetizione della prova avvenga, superando magari gli effetti sgradevoli, che non raramente le droghe danno all'inizio, e i divieti imposti per alcune droghe dalla società, è necessaria l'esistenza di una personalità disturbata. Non ci si droga semplicemente perché un farmaco produce euforia o allucinazioni, ma perché si ha bisogno di una particolare evasione dalla realtà. Non è insomma l'effetto del tossico che crea il tossicomane, ma l'atteggiamento dell'individuo verso il tossico. Si riserva comunemente la denominazione di droga per quei farmaci che più facilmente danno fenomeni di dipendenza, ma qualsiasi farmaco diventa « droga », se la sua assunzione rappresenta un meccanismo di difesa. Del resto ci sono dei farmaci, come l'insulina, che determinano una dipendenza fisica e che nessuno definisce come droghe; e altri, come la marijuana, che tale dipendenza non producono e che pur tuttavia, a buon diritto, vengono classificati tra le

droghe proprio perché facilmente permettono di evadere dalla realtà evitando il rischio dell'ansia.

La droga viene appunto assunta quale mezzo per superare le proprie difficoltà psicologiche; è una « liberazione chimica dalla propria personalità divenuta intollerabile » (Huxley). Per questo quanto più temuto è il rischio dell'ansia o quanto più monotona e povera è la vita, tanto più pressante sarà la tentazione di ricorrere al tossico e di crearsi un « paradiso artificiale ».

STRESS EMOTIVI E POVERTA' DI VALORI

Se oggi la « tentazione » è più forte è perché più numerosi sono per l'uomo moderno gli stress emotivi e più povera di valori la sua vita. Depauperato delle sue risorse psicologiche, meno tollerante delle frustrazioni, sostanzialmente insoddisfatto, l'uomo è meno capace oggi di accettare il rischio dell'ansia, vale a dire la fatica di essere uomo. La violenza, l'eroticismo e, appunto, la droga sono così le più immediate e spesso inconsce reazioni di difesa.

Vale qui la pena di fare alcune considerazioni sulle principali droghe, senza pretendere di proporre una classificazione che, data la varietà dei farmaci, in ogni caso riuscirebbe arbitraria.

La tossicomania per eccellenza è quella che riguarda i farmaci analgesici narcotici: l'oppio e i suoi derivati. Ma di regola si arriva ai narcotici dopo aver sperimentato altre droghe: l'alcool, il tabacco, gli amfetaminici, la marijuana.

L'oppio può essere fumato o assunto per bocca (pillole o laudano) o per via parenterale (eroina, morfina, codeina). Dei vari alcaloidi, il tossicomane un tempo dava la preferenza alla morfina; oggi usa di più la morfina che è 2-3 volte più potente. La preferenza non sembra però legata alla potenza né al tipo di azione (che per certi aspetti è meno gratificante di quella della morfina) ma a ragioni di mercato e forse di moda. Le dosi singole di morfina variano da 0.10 a 0.20 gr e un tossicomane giunge a prenderne anche più di un grammo al giorno.

I narcotici danno generalmente una sensazione di aumentata energia, di effervescenza intellettuale, di benessere, di serenità e di « distacco ». Se iniettati per via endovenosa possono produrre una sensazione paragonabile a quella dell'orgasmo sessuale e « l'importanza di questa sensazione come sostitutiva di esperienze sessuali è stata sottolineata da coloro che l'immatunità psicosessuale possa essere un importante fattore eziologico nella tossicomania » (Drill).

Nel soggetto dedito ai narcotici tutte le percezioni

vengono diminuite e ogni preoccupazione scompare. Ma, cessata l'azione del farmaco, la « liberazione » si tramuta in schiavitù. La dipendenza fisica si instaura infatti in un tempo molto breve e la sindrome da astinenza, particolarmente drammatica, inizia poche ore dopo l'assunzione dell'ultima dose. Nell'intossicazione morfina, dopo 6-12 ore dall'ultima dose, inizia uno stato di angoscia che rapidamente si aggrava accompagnandosi a inquietudine motoria, a insonnia, a turbe del sistema nervoso vegetativo. Il bisogno della droga diviene allora impellente e il tossicomane non esita neppure di fronte al delitto pur di procurarsi il farmaco. È proprio il bisogno della droga che determina l'attività criminale del soggetto assuefatto ai narcotici e non l'azione diretta dei farmaci che per se stessa riduce anzi l'aggressività.

Una seconda classe di droghe è data dai farmaci depressori del sistema nervoso centrale: ricordiamo i barbiturici e l'alcool. Quest'ultimo, per la gravità della tossicomania etilica nel nostro Paese e in particolare nella nostra provincia, merita una trattazione a parte e del resto i suoi effetti sono ben conosciuti. Ci limitiamo ad alcune osservazioni sui barbiturici, anche perché « i pericoli potenziali connessi con l'uso dei barbiturici e degli altri farmaci ipnotico-sedativi non vengono sufficientemente valutati dal medico » (Drill).

Il tossicomane da barbiturici è di solito un individuo che soffre d'insonnia. Ma gli ipnotici non assicurano soltanto il sonno: a dosi elevate, iniettati per via endovenosa, alcuni di essi (per es. il pentobarbital) danno un'euforia paragonabile a quella prodotta dalla morfina. L'intossicazione cronica da barbiturici ha aspetti simili a quella prodotta dall'alcool: incoordinazione motoria, labilità emotiva, confusione mentale. Non raramente le due droghe vengono associate dal politossicomane e i loro effetti si potenziano vicendevolmente. La dipendenza fisica e psichica si instaura per dosi di 400 mg al giorno. La sindrome da astinenza, che compare 12-24 ore dopo l'ultima somministrazione, è caratterizzata da tremori, convulsioni, turbe cardiovascolari, ansia. Questo quadro può aggravarsi fino al delirio e all'ipotermia.

Altra « grande droga » è la cocaina, estratta dalle foglie di coca. Gli indigeni dell'America del Sud da tempo immemorabile masticano le foglie di coca per alleviare la fatica. Il tossicomane generalmente utilizza la cocaina in prese nasali: ogni presa varia da 5 a 30 cg e la quantità giornaliera da 1 a 6 gr. Questo metodo può provocare perforazione del setto nasale. La cocaina può essere assunta per via endovenosa. Il quadro dell'intossicazione è caratterizzato da tre fasi: euforia; confusione e allucina-

zioni visivettali ed uditive; sonnolenza. L'intossicazione cronica comporta inoltre gravi turbe del comportamento: contrariamente a quanto avviene per la morfina, la cocaina aumenta l'aggressività e spinge il soggetto ad una attività antisociale. Si è anche notata la frequenza delle perversioni sessuali negli individui assuefatti alla cocaina ed è difficile affermare se si tratti della causa o dell'effetto della tossicomania.

FARMACI PSICHEDELICI

Gli alcaloidi dell'oppio e la cocaina, anche se godono di un mercato fiorente, sembrano oggi non più di moda, e non lo sono mai state tra i giovani dato il loro prezzo non facilmente accessibile. Oggi sono gli stimolanti e soprattutto i farmaci psichedelici che interessano maggiormente le masse, e in modo particolare quelle giovanili, facendo quasi concorrenza al tabacco e all'alcool con i quali vengono frequentemente mescolati.

I più noti farmaci stimolanti, le amfetamine, sono ancora molto usati nell'attività sportiva, nonostante i controlli anti-doping, e non raramente, fino a non molto tempo fa, venivano prescritti dai medici per migliorare il rendimento intellettuale degli studenti durante gli esami o per combattere l'obesità, la dismenorrea ed anche la melancolia. Sembra a taluno che si tratti di droghe « innocenti »: in realtà portano nel mondo della tossicomania. C'è spesso infatti una specie di pregressione nell'esperienza dei giovani tossicomani: essi cominciano con il fiutare la colla sintetica o con il bere uno sciroppo alla codeina, poi passano alle amfetamine, agli allucinogeni e infine arrivano alle droghe più dannose in un crescendo di esperienze che sempre più li aliena dalla realtà. Quando c'è un minimo di « predisposizione », anche la prescrizione fatta in buona fede da un medico può fare di un giovane un tossicomane. Del resto, non tutte le amfetamine sono poi droghe tanto innocenti: la metamfetamina, per esempio, iniettata per via endovenosa può produrre lesioni cerebrali irreversibili e portare a manifestazioni psicosiche croniche.

Si cerca con le amfetamine la possibilità di uno sforzo fisico o intellettuale più lungo e più facile; ma l'assunzione di forti dosi comporta ben presto insonnia, agitazione psico-motoria, confusione, onirismo, talvolta convulsioni, mentre viene compromesso lo stato generale (dimagrimento, anoressia, tachicardia). La dipendenza psichica è assai grave, ma non c'è dipendenza fisica anche se è stata osservata una tolleranza per questi farmaci.

Le droghe che abbiamo ricordato possono, a dosi opportune, provocare turbe della percezione; tuttavia il termine di allucinogeni viene riservato per quei farmaci che determinano allucinazioni in modo specifico. Questi farmaci prendono anche il nome di psichedelici.

Gli indiani del Messico usavano, durante i riti religiosi, cibarsi di un fungo per procurarsi un'estasi sacrale. Il nome del fungo, teonanácatl, significa appunto « carne di Dio ». Il principio attivo è la psilocibina, che recentemente è stata introdotta nella pratica psichiatrica a scopo diagnostico e terapeutico. Nel Messico cresce anche un piccolo cactus le cui estremità tagliate ed essiccate costituiscono i « bottoni di peyote », ancora usati da alcune tribù. Il loro principio attivo è la mescalina, che prima dei caratteristici effetti allucinogeni determina nausea e vomito.

Sempre per scopi magici e religiosi gli Aztechi masticavano i semi della Ololiuqui, una convolvulacea usata anche oggi dagli indigeni sotto forma di decotti. Poiché il suo stelo s'innalza a spirale, viene chiamata « serpente verde ».

Anche la canapa indiana, originaria dell'Himalaya e diffusa nell'America centrale e sulle sponde del Mediterraneo, è nota fin dalla preistoria. La droga prende nomi diversi: marijuana se viene preparata con le foglie e i fiori della pianta, hashish se viene preparata con la resina ricavata dallo stelo.

La canapa indiana salì agli onori letterari con gli scritti di Baudelaire e di Th. Gautier. La sua azione determina dapprima uno stato di eccitamento, poi confusione mentale con fenomeni allucinatori e possibilità di atti aggressivi, infine estasi e beatitudine a cui segue il sonno. L'intossicazione cronica comporta denutrizione fino alla cachessia. Non esiste una sindrome da carenza caratteristica per la canapa indiana. Manca una dipendenza fisica mentre è notevole quella psichica.

La marijuana e l'hashish sono oggi consumati da molti milioni di persone e il loro mercato è in continuo aumento, favorito dal costo relativamente basso del prodotto: 20-30 volte meno dell'eroina (in Italia una sigaretta di hashish costa meno di 500 lire).

IL PRINCIPE DEGLI ALLUCINOGENI

Il principe dei farmaci allucinogeni è stato prodotto per sintesi chimica: è la dietilamide dell'acido lisergico (LSD - 25). Trenta microgrammi sono sufficienti per determinare uno stato allucinatorio in un uomo di 70 kg; un grammo basta per 5.000 persone. Per azione della LSD gli oggetti sembrano

cambiar forma e assumono un diverso significato; i cibi hanno il sapore della sabbia; non si avverte il disagio fisico; il tempo trascorre più rapidamente. Il quadro viene completato da allucinazione vivamente colorate, distorsioni dello spazio, alterazioni dello schema corporeo, sensazioni di irrealtà e di « illuminazione ». È un nuovo mondo che si apre davanti. Il soggetto può sentirsi felice o, al contrario cadere in uno stato di terrore. Per questo nelle riunioni orgiastiche con uso della LSD un componente del gruppo non si droga per poter aiutare coloro che eventualmente fossero in difficoltà. Come generalmente accade per gli allucinogeni, anche la LSD non produce dipendenza fisica.

Esistono droghe anche più « economiche » degli allucinogeni e soprattutto più facilmente acquistabili. Qualsiasi psicofarmaco, dai tranquillanti ai timo-nalettici, opportunamente dosato e magari mescolato all'alcool, anche se non dà il « delirio bianco » della LSD e non permette il « grande viaggio », è tuttavia sufficiente per una evasione dalla realtà. Per questi farmaci è d'obbligo la prescrizione medica, ma il medico è generoso nelle sue prescrizioni e, d'altra parte, il farmacista è spesso compiacente. Così con la ricetta o senza ognuno può acquistare la serenità e la pace interiore. Senonché la pace per essere valida non va acquistata ma conquistata. E la « pace chimica » toglie ogni giorno di più la capacità di questa conquista.

Forse non a tutti è noto che non solo i narcotici, gli ipnotici e l'alcool, ma anche psicofarmaci di larghissimo impiego (clorpromazina, imipramina, meprobamato, clordiazepossido) possono dare tolleranza e dipendenza fisica. Ma non raramente anche per il medico è più « pacifico » prescrivere semplicemente un tranquillante piuttosto che aiutare il paziente a risolvere le sue difficoltà psicologiche.

DROGHE FATTE IN CASA

L'elenco delle droghe non è ancora finito. Quando non ci fossero nemmeno i tranquillanti a disposizione, una droga si può sempre fabbricare in casa. Non mancano documentari cinematografici e riviste che spiegano come si prepari una droga inebriante con la buccia di banana o con i semi del convolvolo o con l'aspirina mescolata alla coca-cola.

Ma non vogliamo insistere in questa rassegna. Quanto abbiamo detto mette sufficientemente in evidenza i pericoli che l'uso della droga comporta per l'individuo e per la società e chiarisce il cerchio di angoscia in cui è prigioniero il tossicomane. In un primo tempo la ricerca della droga è rinforzata dalla

induzione di euforia o dalla riduzione di tensione, dolore o ansia; poi lo sviluppo di una farmaco-dipendenza produce nuova tensione e la soppressione dei sintomi di astinenza rinforza l'uso della droga (Jaffe).

C'è un altro aspetto del problema della droga che non possiamo dimenticare, anche perché, come già abbiamo detto, conferisce il colore della novità al fenomeno antichissimo della tossicomania: l'interessamento delle masse giovanili. In questi ultimi quattro-cinque anni la diffusione della droga tra i giovani è andata progressivamente aumentando. Nel 1969 il sottosegretario alla Sanità dichiarò, sulla base di dati forniti dall'Ufficio centrale stupefacenti, che il consumo di marijuana, di hashish e di LSD tra i giovani stava dilagando. In una intervista del 1970 il prof. Di Mattei, direttore del centro per le intossicazioni da stupefacenti dell'Università di Roma, dichiarò che circa il 30% degli studenti universitari di Roma erano iniziati alla droga. Quasi ogni giorno vengono riportati dai giornali casi di giovani e giovanissimi sorpresi mentre fumavano marijuana o prendono LSD. Anche tra gli spacciatori di droga sono in aumento i giovani. Il caso più clamoroso fu nel 1970 la scoperta dello « Sporting Club », il barcone ormeggiato sul Tevere dove andavano ragazzi di 13-15 anni per acquistare droga a buon mercato.

Vogliamo fare alcune osservazioni. Nell'uso e nella scelta della droga hanno larga parte gli stereotipi sociali, proprio perché la droga è simbolo prima di essere tossico. Ciò tanto più vale per i giovani che sono alla ricerca della loro identità personale. In certe zone e per certi ceti sociali frequentare l'osteria e bere vino può essere un'esperienza di mascolinità e significare l'acquisizione di uno stato adulto; per altri ceti sociali, in un tempo in cui si predica l'eroticismo quale alternativa alla violenza e si tende a livellare le differenze sessuali, la preferenza può andare alle droghe psichedeliche.

Anche il gruppo può risolvere il problema dell'identità e l'accettazione è non raramente mediata dalla droga. Questa finisce per essere la catena che unisce i vari membri. In una società che va perdendo il senso dei valori umani, nella quale l'uomo è sempre più sconosciuto a se stesso e agli altri, il sesso e la droga costituiscono per molti giovani gli unici strumenti di comunicazione e di rapporto. Costituiscono anche l'occasione di una esperienza dell'assoluto. Ciò spiega come riunioni apparentemente orgiastiche possano avere un significato paradossalmente religioso (nel senso etimologico della parola religione, da re-ligio = legame) e tradiscano un'insoddisfazione profonda e un'incolabile nostalgia del sacro. I movimenti hippy e beat hanno dato

vita ad una teosofia della droga, di cui Leary e Alpert si sono fatti sacerdoti e profeti.

IL RIFIUTO DEL SISTEMA

Il rifiuto della società, del « sistema », assume nei giovani le forme dell'evasione o della protesta: dell'una e dell'altra la droga è simbolo ed espressione.

L'interesse dei giovani per la droga è motivo non certo secondario di perplessità da parte degli adulti nei riguardi del mondo giovanile. In realtà dovremmo prima essere perplessi di fronte al nostro mondo di adulti e chiederci con sincerità se l'insicurezza, l'insoddisfazione, la crisi di identità dei giovani non trovino oggi soluzioni positive proprio perché il nostro vivere non è più a misura umana; perché i modelli che proponiamo sono risibili; perché i valori che fanno progredire una civiltà sono disprezzati; perché gli scandali e le nostre quotidiane contraddizioni sono fonte di disorientamento; perché sappiamo certamente offrire ai nostri figli una sicurezza economica ma non una sicurezza affettiva. La constatazione, fatta al congresso mondiale di psichiatria del 1968, che la quasi totalità dei giovani tossicomani di 14-17 anni proveniva da famiglie dissociate o erano figli di genitori divorziati, dovrebbe essere un monito per tutti, anche per quegli uomini politici che sembrano preoccuparsi di tante cose, ma non della difesa della famiglia e della scuola. Eppure è qui, nella famiglia e nella scuola, che rischiamo il nostro fallimento. Se è vero, come scrivono i giornali, che « la droga è giovane », ciò sta a significare che la nostra società è decrepita.

Quali provvedimenti prendere? Da molte parti s'invocano leggi più severe. Senza dubbio queste sono necessarie e dovranno colpire lo spacciatore di droga, il sottobosco della tossicomania, piuttosto che il tossicomane. Per il drogato si dovranno istituire centri di disintossicazione e di ricupero che nulla abbiano di poliziesco. Indispensabile sarà un'opera di igiene mentale che provveda con ogni mezzo alla prevenzione della tossicomania. Si dovranno anche informare i giovani sui danni prodotti dalla droga, badando che l'informazione non si traduca in sollecitazione. Ma il compito principale riguarda ciascuno di noi, è un compito di educazione. Se la tossicomania è una regressione ad uno stato infantile, una fuga di fronte alle proprie responsabilità e alle difficoltà della vita, il predominio della spinta al piacere sui principi di realtà e moralità, il miglior antidoto contro la droga è la personalità matura.

E nessuno si illuda che la maturità del nostro popolo possa venire per virtù di un decreto pubblicato sulla gazzetta dello Stato.

CRITERI E FINALITA' DELL'INTERVENTO TERAPEUTICO

La malattia mentale costituisce uno dei più ardui ed affascinanti problemi di ogni società civile. Problema arduo per i suoi numerosissimi aspetti e per le più disparate implicazioni; problema affascinante perchè centrato sull'uomo del quale investe tutti gli aspetti: fisici, psichici, morali e sociali.

Moltissimi studiosi si sono, in tempi diversi e con diversa angolatura, occupati di esso: dai biologi ai filosofi, dai medici ai sociologi, dagli psicologi ai politici, agli antropologi, tutti tesi a ricercarne le cause, a penetrarne la natura, a valutarne gli effetti.

La storia della malattia mentale non è soltanto un capitolo della storia della medicina, ma un capitolo della storia stessa dell'uomo fin dai tempi in cui egli ha organizzato la propria vita ed ha iniziato la costruzione della sua civiltà.

Vale la pena di ricordare che non solo nei suoi contenuti ma anche in alcune sue manifestazioni la malattia mentale ha più volte mutato aspetto nel corso dei secoli. Per così dire, si è tenuta al passo con i tempi. Oggi cercheremmo invano un invasato dal demonio nel quale era dato di imbattersi quattro o cinque secoli or sono, ma molto difficilmente potremmo assistere anche a certe manifestazioni isteriche (come l'arco di cerchio in opistotono) che or sono cent'anni il grande Charcot provocava quasi sperimentalmente nelle sue pazienti alla Salpêtrière. Per non parlare del contenuto dei deliri paranoici che si sono arricchiti di molte conquiste del progresso culturale e tec-

nologico. A parte questo, la storia della psichiatria — branca della medicina che si colloca nel punto di incontro di tutte le scienze che si interessano dell'uomo — ci fa vedere chiaramente un progressivo mutarsi delle concezioni e delle teorizzazioni in merito alla malattia mentale e, ciò che più conta ai fini del nostro discorso, degli atteggiamenti sviluppati dallo uomo nei suoi confronti.

UNA MALATTIA COME LE ALTRE

L'avvento del positivismo e lo sviluppo degli studi medici indussero gli uomini del XIX secolo a considerare, senza più esitazione, la malattia mentale alla stessa stregua di tutte le altre malattie e ad ipotizzarne la sede nel cervello del paziente. I manicomi cessarono di essere soltanto dei luoghi di isolamento e di custodia e divennero ospedali psichiatrici; le loro porte cominciarono ad aprirsi anche verso l'esterno per consentire l'uscita di coloro che avevano raggiunto un sufficiente grado di miglioramento.

Iniziava, anche, negli anni a cavallo fra l'800 e il '900 una lunga controversia scientifica sull'origine della malattia mentale, o meglio di molte sue forme ad etiologia non immediatamente e facilmente dimostrabile, controversia che vide e tuttora continua

a vedere gli uni contro gli altri armati di organogenetisti e gli psicogenetisti: convinti, i primi, che ogni malattia mentale debba riconoscere la propria origine in un'alterazione anatomica o quanto meno funzionale delle strutture nervose; gli altri, che oltre alle nevrosi anche molte forme gravi (come le psicosi schizofreniche, maniaco-depressive e paranoiche) siano la manifestazione di strutture psichiche sviluppatasi in modo abnorme a causa di insoddisfacenti rapporti dell'individuo con l'ambiente sociale di appartenenza (e con quello familiare in special modo).

UN PROBLEMA ANCORA APERTO

Argomenti a sostegno delle proprie tesi non mancano agli uni ed agli altri e la polemica è destinata a durare chissà per quanto tempo ancora, almeno per due ragioni. La prima di esse risiede nell'atteggiamento emotivo di fondo presente nei sostenitori dell'una e dell'altra teoria, atteggiamento che risente di diversa impostazione scientifica e filosofica e — per quanto riguarda gli organogenetisti — affonda le sue radici in un passato di tradizioni difficili da abbandonare.

La seconda ragione è data dal fatto che tanto l'organogenesi quanto la psicogenesi della malattia mentale sono teorie, cioè ipotesi di lavoro spesso indimostrabili per via diretta, ma semmai valide sul piano operativo, valide cioè in quanto si dimostrano utili ed efficaci — di volta in volta — le deduzioni pratico-terapeutiche che ne conseguono.

Il problema della malattia mentale è, dunque, ancora aperto e lungi dall'aver trovato finora la sua vera soluzione. Gli orizzonti che si aprono agli studiosi ed agli operatori impegnati a risolverlo inducono a pensare che, in un certo senso e senza nulla togliere al merito degli studi e dei progressi finora compiuti, la psichiatria appartiene al futuro molto più che al presente.

Già oggi, comunque, tenendo conto degli studi compiuti e delle moderne acquisizioni in fatto di fenomenologia, di patogenesi, di dinamica e di trattamento della malattia mentale, crediamo che il problema vada impostato ad un nuovo livello concettuale, in base ad una concezione dell'uomo polidimensionale e largamente comprensiva: una concezione che integri tutti gli aspetti biologici, psicologici, valoriali e sociali dell'essere umano visto in una precisa collocazione storico-geografico-culturale, quale figlio e prodotto del tempo in cui vive e della socie-

tà di cui fa parte. In questa prospettiva la questione riguardante la genesi organica o dinamico-ambientale della malattia psichica perde una buona parte del suo peso; l'accento è posto primariamente sulla sofferenza e sulle difficoltà esistenziali di colui che ne è affetto; lo sforzo del medico è rivolto non solo a chiarire la natura e la genesi dei fenomeni, ma soprattutto a comprenderne il significato dinamico esistenziale, cioè a comprendere il « malato » che è e resta sempre e comunque un uomo (Sullivan).

L'impostazione terapeutica si fa necessariamente multidimensionale ed utilizza in forma integrata e complementare le varie tecniche di intervento finora elaborate, fondandosi sul principio che il paziente *non deve essere guarito ma aiutato a guarire* e può essere aiutato nella misura in cui viene esistenzialmente compreso. In questa prospettiva il malato mentale, qualunque sia la natura specifica e la gravità della sua alterazione, ci appare come un essere sofferente a causa di una insufficiente integrazione dei vari aspetti della sua personalità e di questa (nel suo complesso) con i termini relazionali dell'ambiente in cui vive, capace di adattarsi alla realtà della vita in modo inadeguato alle esigenze poste dalla realtà stessa, parzialmente o malamente realizzato come uomo che non è in grado di attuare un impiego veramente produttivo delle sue energie e capacità.

Fra i molti criteri che potrebbero essere analizzati e discussi a fondamento dell'intervento terapeutico ne vogliamo considerare tre in particolare; essi sono:

- a) le finalità che l'intervento si propone
- b) gli atteggiamenti degli operatori nei confronti del malato
- c) i livelli in cui può essere realizzato l'intervento.

FINALITA' DELL'INTERVENTO

Non vi è dubbio che intervenendo su di un malato mentale ci si possano proporre molteplici e diverse finalità. Queste, d'altra parte, dipendono da svariati fattori quali: la concezione circa la natura ed il significato della malattia, la valutazione della guaribilità, la consapevolezza dell'efficacia dei mezzi terapeutici, la considerazione delle reali obiettive possibilità di successo.

Nei secoli in cui vigeva una concezione soprannaturale (demonologica) della malattia mentale i vari interventi sull'ammalato avevano lo scopo di li-

berarlo dal maligno cacciando quest'ultimo dal corpo del disgraziato in cui aveva preso dimora. Ma col mutare delle condizioni storico-culturali si profilano altre finalità di intervento come la salvaguardia e la difesa della società, difesa che poteva essere realizzata allontanandone gli elementi abnormi ed isolandoli nei manicomi. Soltanto con l'avvento della moderna psichiatria, iniziatosi nella prima metà del secolo XIX, le finalità dei vari interventi si configurarono sempre più in senso terapeutico: se la pazzia era malattia doveva essere curata; forse poteva essere guarita, quantomeno modificata. Da quei tempi hanno preso vita e si sono sviluppate molteplici concezioni di fondo e ciascuna di esse ha elaborato una propria finalità terapeutica (1).

LE MOLTEPLICI CONCEZIONI DI FONDO

La prima in ordine di tempo può essere chiamata con una certa approssimazione « concezione medica ». Essa considera il malato come una entità psichicamente alterata e si propone, nei limiti del possibile, resi sempre più ampi dal progresso degli studi bio-farmacologici, di agire su tale entità per riportarla alla normalità o, almeno, di ottenere una attenuazione o una scomparsa della sintomatologia. La normalità in questo caso è definita statisticamente ed il recupero della « salute » mentale è valutato esclusivamente sulla base della eliminazione dell'ansia e dei comportamenti abnormi in quanto diversi da quelli attuati da tutti gli uomini « sani » (ossessioni, fobie, allucinazioni, deliri, disforie, tendenze autosoppressive, ecc.). Se il malato è ricoverato in ospedale psichiatrico, si deciderà di dimetterlo quando vi sia ragionevole motivo di sperare che non vi saranno « ricadute » (almeno a breve scadenza), che il paziente potrà condurre una vita « normale », che i famigliari riusciranno a tenerlo con sé.

Manca in questo modo di vedere ogni considerazione di carattere psicodinamico circa la genesi ed il significato esistenziale della malattia. Sul piano conoscitivo predomina una preoccupazione diagnostica tesa a valutare il tipo e il grado dell'alterazione psichica, ma non v'è comprensione umana del malato.

Una seconda concezione, sviluppatasi successivamente, che chiameremo « dinamico-esistenziale », mi-

ra soprattutto a scoprire da un lato la genesi dinamica del disturbo e delle sue manifestazioni, che appaiono al medico come modi di essere e di adattarsi particolari, inadeguati, difensivi; dall'altro a comprendere il malato nella sua vicenda esistenziale, a comprendere, cioè, l'origine e l'entità della sua sofferenza che è sempre presente anche quando non appare evidente agli occhi altrui (esaltazione maniacale, schizofrenia). In questa linea la preoccupazione nosografica (che è, per sua natura, obiettivante) è ridotta al minimo e l'intervento terapeutico si propone di conseguire una ristrutturazione psichica del malato, rinforzandone l'Ego non tanto con espedienti di puro sostegno morale quanto piuttosto in un senso globale e sostanziale, in modo da creare in lui un nuovo e più stabile equilibrio, una più valida integrazione dei vari aspetti della personalità, un'augmentata capacità di adattamento produttivo. La preoccupazione in questo caso non è quella di far scomparire il sintomo o di garantire un maggior benessere soggettivo al malato, quanto quella di eliminare le cause psicodinamiche del disturbo, i complessi e le situazioni conflittuali inconscie, liberando energie a disposizione del paziente, e di guarire quest'ultimo attraverso un lento e faticoso processo di maturazione psicologica. La normalità non è qui intesa in senso statistico, ma clinico-dinamico: normalità è maturità e libertà dai conflitti, libertà da una pesante schiavitù dell'inconscio.

Vi è poi una terza concezione, che chiamiamo « socio-genetica »; il suo concetto chiave è quello che stabilisce l'equivalenza: malattia mentale = disadattamento sociale. L'originalità di questo punto di vista consiste nel fatto che tale disadattamento è considerato causa e non conseguenza dell'alterazione della personalità. Il malato è tale perchè non ha mai avuto la possibilità di stabilire e di vivere autentici rapporti con l'ambiente sociale. Anzi, nell'incapacità o nell'impossibilità di stabilire tali rapporti consiste la malattia o quanto meno si manifesta il suo carattere predominante.

Se si assume questo punto di vista, ne consegue che ogni intervento risanatore deve muoversi in due direzioni contemporaneamente. Ove possibile, si pone la necessità di modificare l'ambiente di provenienza del malato (molto spesso si tratta della sua famiglia) in modo da portarne la struttura e la dinamica ad un livello più maturo e libero da conflitti più o meno latenti. D'altro canto appare importante recuperare il malato al di fuori dell'ambiente patogeno di provenienza, inserendolo in un nuovo ambiente sociale organizzato e funzionante in modo tale da consentirgli di compiere esperienze relazionali positive e rassicuranti, nel quale la rete di relazio-

(1) - Vale la pena di notare che le tre concezioni qui ricordate sono comparse e si sono sviluppate in tempi successivi, ma sono oggi tutte e tre presenti nel mondo psichiatrico, ciascuna con i suoi teorici e sostenitori.

ni sociali e le stesse attività siano controllate da un punto di vista tecnico e possano essere utilizzate come veri e propri strumenti terapeutici.

ATTEGGIAMENTI DEI TERAPISTI

Ogni intervento terapeutico scientificamente fondato presuppone una definita concezione in merito alla malattia da curare, alla sua natura ed alla sua origine. Lo abbiamo visto nelle pagine precedenti. Ma necessariamente qualunque concezione della malattia si accompagna — all'atto pratico — con un particolare atteggiamento del terapeuta nei confronti del malato. Per atteggiamento intendiamo « una predisposizione durevole ed appresa a comportarsi in modo stabile e coerente nei riguardi di una data classe di oggetti; un persistente stato mentale... di prontezza a reagire a certi oggetti..., non per quello che sono ma per quello che noi pensiamo essi siano... Questo stato di prontezza ha un effetto direttivo sui sentimenti e le azioni collegati con lo oggetto » (English & English). L'atteggiamento è dunque prima di tutto una condizione psichica di natura emotiva ed è sempre un « atteggiamento verso » qualcosa. Esso implica perciò sempre un rapporto tra colui che ne è portatore e l'« oggetto » verso cui è rivolto: nel nostro caso si tratta del rapporto fra medico e paziente. Dalla definizione riportata risulta ancora che ogni atteggiamento lega chi lo porta non all'oggetto nella sua obiettiva realtà (per quello che esso è), ma all'oggetto *come appare* agli occhi della persona interessata. L'atteggiamento verso un « oggetto » dipende insomma da come questo è percepito e vissuto. Per questo si è detto che ogni atteggiamento nei confronti del malato dipende dalla concezione circa la malattia, presente nel medico. Ma l'atteggiamento (condizione emotiva), che dipende dalla concezione dell'oggetto (condizione conoscitiva), influisce sulle azioni rivolte verso l'oggetto. Il comportamento terapeutico del medico, come quello di tutte le altre figure professionali interessate alla cura del malato di mente, risente direttamente del loro atteggiamento verso il malato stesso, sia quando viene operata una scelta del mezzo terapeutico ritenuto più idoneo sia quando essi intrattengono concretamente un rapporto col paziente, cioè quando trattano con lui.

Vale anche la pena di ricordare che gli atteggiamenti, per loro natura, possono essere inconsci, presenti nel soggetto senza che egli se ne renda conto. Ed anche questo è importante per capire molti comportamenti terapeutici, come vedremo più avanti.

INCARNAZIONE DEL MALE

Gli atteggiamenti nei confronti del malato di mente sono certamente più di uno. A ciascuno di essi corrisponde un particolare valore o significato che il malato assume. Nell'era pre-scientifica il malato di mente appariva agli occhi dei suoi simili come l'incarnazione del male o come un nemico minaccioso. Ne conseguì lo sviluppo di un atteggiamento « difensivo » negli uomini di quei tempi, atteggiamento che li portò ad attuare comportamenti aggressivi (si ricordino i supplizi e i roghi) che avevano lo scopo di distruggere il male, o, più tardi, comportamenti « preventivi » basati sull'esercizio della forza e del potere: alla violenza fisica dei supplizi si sostituì l'annullamento del malato come membro della società (isolamento nei manicomi dove quasi sempre i pazienti finivano per ridursi a pura animalità; la stessa cosa vale per i criminali che in carcere diventano dei « numeri »).

SEMPLICEMENTE UN MALATO

Con lo sviluppo della concezione « medica » il pazzo diventa malato, ma resta pur sempre « pericoloso » (vedi l'art. 1 del legge manicomiale 1904, che definisce gli estremi per il ricovero nei manicomi). Anche l'atteggiamento dei « sani », e dei medici in particolare, si viene modificando: al fondo esso resta difensivo, ma la paura del malato cambia: egli non è più avvertito — almeno nella maggior parte dei casi — come un pericolo per la salute dell'anima e per quella del corpo, quanto piuttosto come una minaccia al sentimento di sicurezza ed all'autostima di coloro che si trovano in rapporto con lui. La tendenza ad escluderlo dal rapporto è perciò ancora presente, ma ad essa si associa il desiderio di curarlo e — forse — la speranza di portarlo a guarigione. L'esclusione del malato mentale dal rapporto col « sano » viene così realizzata in modo assai più sottile e mascherato, ma non meno reale dal punto di vista psicologico: a dispetto delle considerazioni e delle affermazioni coscienti, il malato non è considerato pienamente come persona (e perciò termine di un rapporto transitivo), ma come « oggetto » di studio e di manipolazione terapeutica. È un primo passo verso l'avvicinamento, ma questo muoversi incontro al malato si arresta quando si giunge al suo organismo, spesso paradigmaticamente rappresentato dal suo sistema nervoso o endocrino.

La convinzione che l'origine dell'alterazione mentale risieda primariamente in una modificazione anatomica o quantomeno funzionale delle strutture nervose (convinzione suffragata dalla effettiva concorrenza dei due ordini di alterazioni in buona parte dei casi) fornisce, a nostro avviso, un ottimo alibi. A questo punto anzi il medico si impegna fortemente e si prodiga: inventa o sperimenta ogni giorno metodi nuovi di terapia, scopre i psicofarmaci, approfondisce sempre più le sue ricerche nel campo del biochimismo cerebrale, e... finisce per dimenticare l'uomo che ha di fronte. Quest'ultimo è oggetto passivo: non spetta a lui l'impegno di guarire. Ci pensa chi lo ha in cura a somministrargli i farmaci, a vestirlo (spesso con « divise » di per se stesse umilianti ed alienanti), a regolare la sua vita in ospedale fin nei minimi particolari, a giudicare dal di fuori le sue condizioni di spirito e di mente, a decidere la sua dimissione. L'atteggiamento difensivo del medico nel rapporto interpersonale si traduce talvolta in un comportamento autoritario, talaltra in un comportamento improntato a sufficienza o, nel migliore dei casi, a paternalismo. Spesso il bisogno di difendersi dal malato porta all'attuazione di meccanismi di tipo « svalorizzazione dell'oggetto »: il malato muove allora compassione perchè è un « povero diavolo » che « capisce ben poco » o « non sa regolare da solo il suo comportamento ».

In una parola l'atteggiamento difensivo si traduce nella convinzione, radicata e spinta fino alla teorizzazione, che fra il sano e il malato esiste un salto qualitativo, quasi che il secondo appartenga ad una specie diversa da quella umana. Chi si trova sul gradino più alto è — naturalmente — il sano.

Ma vi è un altro modo di reagire al malato mentale e quindi di atteggiarsi di fronte a lui, un modo che presuppone non solo una diversa, maggiore disponibilità di spirito, ma anche e soprattutto una sicurezza ed una capacità di rapporto interpersonale che sembrano ancora piuttosto rare a trovarsi anche fra coloro che professionalmente si dedicano all'assistenza e al trattamento del malato stesso. Questo diverso atteggiamento non è improntato a difesa (seppure inconscia), ma a « comprensione ». Esso fonda una concezione del malato che è percepito come un uomo sofferente e diverso, solo apparentemente strano o incomprensibile, ma sempre e fondamentalmente uomo come tutti gli altri. Lo sforzo principale richiesto a chi si pone in questo atteggiamento non è più quello di diagnosticare il malato, ma quello di comprenderlo (cioè di comprendere empaticamente la sua sofferenza e le ragioni che l'hanno determinata); non più quello di curarlo, ma quello di affiancarsi a lui, ponendosi

al suo livello, per aiutarlo a star meglio e a guarire. Si tratta di un atteggiamento che è esso stesso terapeutico e che sostiene il valore terapeutico dei comportamenti che ne derivano.

È qui importante ricordare che, secondo la psicologia che studia la dinamica dei rapporti interpersonali, gli atteggiamenti emotivi sono percepiti prima e con maggior intensità dei comportamenti stessi, qualunque ne sia il carattere e il valore. Per questo dobbiamo riconoscere che i comportamenti terapeutici, da un punto di vista psicologico, sono tali solo quando sono terapeutici i sottostanti atteggiamenti.

I LIVELLI DI INTERVENTO

Chiarito il problema riguardante gli atteggiamenti, consideriamo infine un terzo criterio, di natura operativa. Esso concerne i livelli ai quali l'intervento terapeutico può essere attuato.

Un primo livello, il più scontato e tradizionale, è quello « individuale ». L'azione terapeutica, qualunque ne sia la natura, è in tal caso rivolta direttamente al malato e può essere svolta sia ambulatorialmente sia all'interno di strutture o istituzioni come gli ospedali psichiatrici o le case di cura. La decisione di intervenire a questo livello dipende da molti fattori, fra cui: la valutazione della natura del disturbo e della sua genesi, l'importanza assegnata alle diverse variabili della personalità (variabile biologica, psicologica, sociale), l'orientamento scientifico e « ideologico » dell'operatore, la concreta possibilità di agire o meno anche ad altri livelli.

Questi ultimi sono essenzialmente due: il livello familiare e quello sociale. L'intervento a livello « familiare » è attuato ogni qualvolta, in aggiunta o indipendentemente dal trattamento diretto del malato, si cerca di agire sulla sua famiglia. Tale azione può essere finalizzata sia a chiarire ai familiari i problemi e le difficoltà del paziente (dando loro eventualmente dei consigli sul come devono comportarsi nei suoi confronti), sia ad un vero e proprio trattamento del nucleo familiare quando si considera la malattia del paziente come sintomo ed epifenomeno di una « nevrosi familiare » o comunque derivata o aggravata da una anomala situazione familiare.

Il terzo livello di intervento è quello « sociale ».

In questo caso l'azione condotta dal medico non è più direttamente terapeutica nè sempre è di competenza dello stesso medico. Ricadono in questo

ambito tutte le iniziative ed i programmi di *igiene mentale sociale*, dall'orientamento scolastico e professionale (che, se ben condotto, può evitare l'insorgenza di disturbi da disadattamento lavorativo o ambientale) alla lotta contro l'alcoolismo inteso come piaga sociale, dagli studi ed interventi di ergonomia alla politica sanitaria realizzata nell'ambito di una data società.

A questo punto il discorso può farsi più politico che psichiatrico in senso stretto e l'attuazione dei provvedimenti ritenuti necessari coinvolge la responsabilità di persone operanti in settori anche molto lontani da quello dell'ospedale psichiatrico o dei servizi di igiene mentale: si pensi al mondo della scuola e del lavoro, alle strutture politiche ed assistenziali, al campo pedagogico, economico e così via.

INTEGRATI E POLIDIMENSIONALI

Per parte nostra riteniamo che nessun intervento rivolto a mantenere o a ripristinare l'equilibrio e la salute mentale dei singoli possa essere attuato ad un solo livello, sia esso individuale, familiare o sociale, senza correre il rischio di essere parcellare e, in definitiva, privo della necessaria efficacia. È auspicabile, invece, la realizzazione di interventi integrati e polidimensionali, data la pluridimensionalità della persona umana e l'enorme complessità del problema.

Ma ciò che più conta è il raggiungimento di una solida convinzione circa la vera, l'unica finalità dell'intervento psichiatrico e l'adozione di un corretto atteggiamento nei confronti del malato.

Non è, ci sembra, cosa facile poichè vi si oppongono molti fattori che agiscono come remore; fra questi, in modo particolare, il peso della tradizione psichiatrica e l'inconscia tendenza presente in ciascuno di noi a porsi costantemente in posizione difensiva di fronte alla realtà.

Lo sganciamento da certi legami che ancorano alla tradizione, senza tuttavia rinnegare quanto di valido essa ci ha trasmesso e l'abbandono degli atteggiamenti e delle posizioni difensive richiedono grande coraggio, accettazione consapevole del rischio, apertura all'esperienza, sicurezza esistenziale. Tutto questo dovrebbe avere o sforzarsi costantemente di raggiungere chiunque sia impegnato in un'attività di assistenza psichiatrica, anche perchè è di questo che il malato ha bisogno.

La teoria e i conflitti ideologici lo interessano un po' meno.

PER UNA TERAPIA POLIDIMENSIONALE

L'individuazione e la scelta degli strumenti piú idonei al trattamento consegue direttamente e logicamente dalla concezione circa la natura e la genesi della malattia mentale, dalla finalità terapeutica prefissata, dall'atteggiamento e dalla formazione del medico, dalla scelta del livello operativo di intervento.

Escludendo, per ovvie ragioni, tutte le tecniche ed i mezzi finalizzati esclusivamente al controllo del comportamento dell'ammalato o alla neutralizzazione della sua personalità, quando parliamo di trattamento o di intervento terapeutico ci riferiamo ad un processo tendente a riportare il malato su un piano di « normalità », almeno per quanto riguarda le sue manifestazioni comportamentistiche, riducendo l'ansia e favorendo la sua integrazione personale e sociale.

Di quali mezzi disponiamo oggi per giungere a tanto? Effettivamente di molti, anche se non tutti godono un ugual credito nè vengono ugualmente utilizzati.

A) Ricordiamo in primo luogo i trattamenti somatici, sia quelli basati su mezzi fisici, come per esempio l'elettroshock, o su mezzi chimici, come le terapie farmacologiche. Vale la pena che ci soffermiamo sugli psicofarmaci, il cui impiego diventa ogni giorno piú vasto. Si tratta di un'ampia categoria di sostanze chimiche capaci di svolgere a seconda della loro struttura e composizione, azioni diver-

se sul sistema nervoso centrale, substrato organico della psiche. La loro efficacia dal punto di vista terapeutico è talora messa in discussione non tanto per la mancanza o scarsità di attività farmacologiche quanto perchè la loro azione è ritenuta puramente sintomatica.

In realtà l'introduzione dei psicofarmaci nel trattamento dei disturbi mentali ha profondamente modificato le prospettive terapeutiche nonchè la fisiologia degli ospedali ed istituti di cura (si pensi alla drastica riduzione nell'uso dei mezzi di contenzione, all'abbreviazione dei periodi di degenza, all'aumentata stabilità delle remissioni, alle notevoli modificazioni del comportamento dei pazienti nell'ambiente ospedaliero ed extra ospedaliero).

A nostro avviso, la discussione sull'utilità degli psicofarmaci non va tanto impostata con il riferimento alla natura della loro azione (sintomatica e curativa), quanto in merito al valore piú o meno esclusivo che ad essi viene assegnato da coloro che li impiegano. In effetti una terapia basata esclusivamente o prevalentemente sugli psicofarmaci può riflettere un atteggiamento distaccato, tipicamente organicista, dal quale deriva una considerazione della malattia mentale perfettamente sovrapponibile a quella di qualsiasi altra malattia. In altre parole, trattando un ammalato mentale esclusivamente con gli psicofarmaci si rischia di vedere solo il suo sistema nervoso e di trascurare l'uomo.

Abbiamo detto piú sopra che il malato di mente è un uomo che soffre per la sua condizione esistenziale. Egli è cioè una persona che desidera sentirsi compresa e accettata, e che spesso inconsciamente vive in modo ambivalente il suo rapporto con il medico.

Il farmaco, dunque, non basta. Può rendere dei servizi preziosi (come quando riequilibra il tono dell'umore, attenua l'ansia, riconduce il pensiero entro schemi piú realistici e funzionali), può sbloccare una situazione e favorire l'instaurarsi di un rapporto interpersonale, può addirittura essere richiesto con grande insistenza dal paziente stesso: ma non basta.

B) Vi è una seconda classe di strumenti terapeutici, conosciuti da sempre ma raramente utilizzati nelle loro enormi potenzialità: sono tutti coloro che si prendono cura del malato: medici, infermieri, assistenti sociali, psico-ludo-ergo-fisioterapisti.

Può sembrare strano che tutte queste persone vengano classificate fra gli strumenti terapeutici.

Siamo infatti troppo abituati a pensare che i malanni si curano con le « medicine », le diete, il riposo e una razionale attività, i fanghi, gli interventi chirurgici, la montagna o il mare...

In un simile programma, il compito del medico si riduce a quello di valutare e prescrivere secondo scienza e coscienza mentre spetta agli infermieri ed agli assistenti di attuare le disposizioni del medico e di sorvegliare il paziente.

In che modo, dunque, un uomo può essere « medicina » per un altro uomo? Quando per ricchezza e disponibilità personali, per competenza tecnica specifica, per valida motivazione è in grado di dargli un aiuto sul piano emotivo, attraverso un rapporto che soddisfi le sue esigenze di persona che soffre: esigenze di sicurezza, di protezione di affetto.

Su tale possibilità si fonda in gran parte la psicoterapia, cioè quella forma di trattamento che si basa essenzialmente sul rapporto emotivo fra terapeuta e paziente con utilizzazione dello stesso rapporto emotivo come vero e proprio strumento terapeutico.

Qui, però, ci sono grossi pericoli di equivoco. Ci sono infatti problemi di motivazione (spesso si assiste ad un'inconscia strumentalizzazione del paziente nel quale si identifica il medico o il benefattore che ha — in realtà — un forte bisogno di aiuto) e di idoneità (non bastano, per aiutare veramente una persona mentalmente disturbata, nè dei principi etici, nè l'età piú o meno matura, nè una laurea o un titolo di specializzazione). Ci sono soprattutto dei problemi di ordine tecnico per cui l'uso di noi

stessi come strumenti terapeutici non può basarsi sull'improvvisazione o sul buon senso, nè tanto meno — come spesso accade — sulla convinzione di essere nel giusto e di muoversi secondo principi generali ed operativi inoppugnabili.

Il maggior ostacolo alla possibilità di impiego del medico e dei suoi collaboratori quali strumenti terapeutici può essere spesso individuato nella presenza, in loro, di problemi emotivi e di conflitti non risolti, i quali finiscono per limitare la disponibilità degli operatori e per interferire negativamente nei loro rapporti interpersonali.

Tutto questo spiega assai bene i frequenti e facili movimenti di « ritiro » dal rapporto interpersonale, vissuto come eccessivamente ansiogeno, il facile ricorso alla farmacoterapia, la teorizzazione della malattia mentale in chiave puramente organicistica o tradizionalmente medica. Tutto questo rende anche ragione della necessità che i terapeuti e i loro collaboratori siano persone umanamente ricche e mature, preparate al rapporto col malato attraverso un addestramento psicoterapeutico, che è tecnico ed emotivo insieme.

Per la preparazione dello psicoterapeuta si sostiene anche la necessità di un'analisi didattica e senza dubbio questa può portare ad una feconda maturazione personale, purchè si svolga al di fuori di ogni settarismo e non sia dunque istituzionalizzata. Possiamo convenire con Jaspers che « si dovrebbe sopprimere non l'analisi didattica, ma l'esigenza dell'analisi didattica come condizione indispensabile per la formazione psicoterapeutica. Di assoluto resterebbe allora per lo psicoterapeuta solo l'esigenza della chiarificazione di se stesso, che però per la sua natura sfugge al controllo oggettivo, all'esame e all'accertamento ».

Le forme di intervento psicoterapeutico attualmente in uso, tanto nella pratica privata quanto in situazioni di istituzionalizzazione, sono estremamente numerose e si differenziano non soltanto dal punto di vista tecnico o da quello relativo alla concezione teorica di fondo. Alcune di esse, almeno, trovano anche una specifica indicazione a seconda della forma psicopatologica o della personalità del paziente; a seconda inoltre delle concrete possibilità di attuazione, della disponibilità del personale tecnico, e così via.

Prescindendo, tuttavia, dagli indirizzi specifici si può bene parlare di una possibile complementarietà.

Attività psicoterapeutiche diverse possono allora operare in modo sinergico, come avviene — ad esempio — quando il paziente che fa parte di un gruppo psicoterapeutico è anche trattato individualmente.

La giustificazione razionale di questa complementarietà si riconosce essenzialmente nel fatto che forme diverse di intervento agiscono su livelli o aspetti diversi della personalità dei pazienti. Ciò giustifica l'adozione contemporanea o successiva di interventi tecnicamente diversi: a volte può essere una esperienza terapeutica di gruppo che conduce un paziente a trarre un maggior vantaggio da un successivo trattamento individuale; altre volte può avvenire il contrario. Una psicoterapia individuale o di gruppo, d'altra parte, può riportare un paziente a tale livello di socializzazione da consentirgli di trarre vantaggio da un'attività ergo- o ludoterapica.

Noi siamo convinti che in campo psicoterapeutico sia più importante lo « strumento » che non la « teoria »: vogliamo dire che ogni psicoterapeuta deve scegliere quella tecnica che è più adatta a se stesso, prima ancora che al malato. E ciò affinché meglio si stabilisca quel rapporto interpersonale tutto particolare che costituisce il presupposto e il mezzo di ogni trattamento psicoterapeutico.

Senza nulla togliere ai meriti della psicoanalisi, riteniamo errato trascurare, per un feticismo di scuola, tecniche terapeutiche diverse da quella freudiana ortodossa. Ricordiamo, tra le psicoterapie individuali, la terapia analitica del profondo di Jung, la psicoterapia secondo Adler, la psicoanalisi abbreviata di Alexander, la « direct analysis » di Rosen per la terapia degli schizofrenici, la logoterapia di Frankl tesa essenzialmente a curare il malato fornendogli l'opportunità di aderire ad un sistema di valori, la terapia non direttiva (« client-centered therapy ») di Carl Rogers.

In situazioni di istituzionalizzazione vengono meglio utilizzate le psicoterapie di gruppo che non trovano giustificazione soltanto in motivi di ordine pratico ed economico, ma anche in particolari concezioni psicodinamiche.

Tra le psicoterapie di gruppo di marca psicoanalitica ricordiamo quelle elaborate da Bion, Slavson e soprattutto Foulkes. Tutte queste forme assegnano una particolare importanza alla rete di relazioni interpersonali in cui il paziente è vissuto e tuttora vive: tale importanza è riconosciuta sia in funzione della genesi dell'alterazione psichica, sia in funzione delle particolari modalità adattive dei pazienti.

Nella situazione analitica di gruppo i pazienti entrano in interazione dinamica fra loro e con il terapeuta, sperimentano una nuova rete di relazioni e verificando progressivamente il significato delle proprie modalità reattive sia mediante le interpretazioni del terapeuta sia mediante il conforto diretto con gli altri membri del gruppo.

Una particolare forma di psicoterapia analitica

di gruppo è la psicoterapia dei gruppi familiari proposta da Akerman. Il concetto base informativo, estremamente interessante e moderno, è quello per cui ogni persona che presenti un comportamento psicopatologico (per dirla con Cameron) non è altro che il « sintomo » di una famiglia nevrotica e pertanto nessun intervento terapeutico può dirsi valido se non interessa anche il nucleo familiare.

Un ultimo strumento terapeutico, al quale finora si è prestato — a nostro avviso — troppa scarsa attenzione, è proprio lo stesso paziente.

Può sembrare strano che si voglia considerare anche lo stesso paziente come strumento della sua guarigione, tanto siamo abituati a considerarlo — nello spirito della medicina biologica — come oggetto passivo dell'azione terapeutica. Ogni uomo, anche se malato di mente, possiede delle risorse, spesso insospettite, che può utilizzare per il conseguimento di un maggior benessere spirituale.

Apparentemente il nevrotico, ed anche lo stesso psicotico, sono inermi di fronte alla loro malattia, tant'è che, quando lo possono, chiedono esplicitamente l'aiuto del medico. Ma non si può essere tanto sicuri che le cose siano così se si ritiene valida l'opinione, sostenuta da psichiatri di diverso orientamento teorico, secondo cui il paziente si rifugia nella malattia di fronte alle difficoltà esistenziali, la sceglie — per così dire — come male minore e non è pertanto capace di uscirne proprio perchè inconsciamente non lo vuole. Da questo punto di vista l'aiuto terapeutico che il medico può offrire al malato mentale si concretizza essenzialmente in un « incoraggiamento », in un tipo di intervento — cioè — che riesca a fargli acquistare il coraggio di « abbandonare la malattia » e di sentirsi capace di affrontare autonomamente e realisticamente le varie situazioni della vita. Una volta giunto a tale determinazione, il paziente può trovare in se stesso la forza e le capacità di vincere la sua battaglia.

Secondo l'impostazione psico-dinamica, infatti, il paziente è una sorta di « bambino » che deve maturare e il ruolo del medico nei suoi confronti può essere per un certo verso assimilato a quello dei genitori nei confronti del bambino.

Il fatto di pensarla a questo modo è di per se stesso un presupposto terapeutico, nel senso che sostiene nel medico un atteggiamento generale di fiducia verso i suoi pazienti, atteggiamento che ha un elevato valore terapeutico proprio perchè di fiducia molto spesso essi hanno bisogno, prima che di ogni altra cosa.

A questo punto il discorso rischia di diventare semplicistico e perfino banale. Si potrebbe infatti pensare che un sincero desiderio di aiutare il mala-

to a guarire sia sufficiente alla bisogna e possa rendersi operativo attraverso frasi quali: « deve farsi forza anche lei », « abbia fiducia, vedrà che starà meglio », « cerchi di non pensare ai suoi problemi e si impegni in una sana attività », frasi che purtroppo si colgono ancor oggi sulle labbra di molti medici, convinti, tra l'altro, di usare in tal modo la giusta misura. Una banalizzazione del nostro discorso può indurre anche a pensare che chiunque sia dotato di pazienza e spirito caritativo possa « curare » un malato di mente o quanto meno una persona disturbata emotivamente o socialmente disadattata: si tratterebbe infatti di scoprire le risorse di quella persona e di fargliene presenti perchè si decida ad impiegarle. Il tutto accompagnato da un caldo sorriso di incoraggiamento e da un affettuoso colpetto sulla spalla. Niente di più insensato. La persona emotivamente disturbata ha bisogno di ben altro per sbloccare le sue resistenze e risolversi a far ricorso alle proprie energie e capacità. Anche se vogliamo definire la psicoterapia come una forma di intervento che mira all'utilizzazione dello stesso paziente come fondamentale strumento di cura, essa resta pur sempre un fatto tecnico, una opera difficile e dotata di alta dignità scientifica, che richiede in chi la pratica una preparazione tutta particolare.

C) Una terza categoria di strumenti terapeutici è rappresentata dalle strutture sociali. La stessa famiglia potrebbe agire come strumento terapeutico nei confronti di quei componenti più fragili predisposti ad ammalare o già vittime di una realtà patologica.

Purtroppo la famiglia molto spesso non è in grado di dare sufficiente sostegno emotivo a quei membri che non hanno potuto, per cause diverse, raggiungere una strutturazione della personalità sufficientemente stabile ed armonica, tale da consentir loro di adattarsi in modo realistico e produttivo alla vita ed alle sue difficoltà.

Altre strutture sociali, oltre alla famiglia, possono agire in senso terapeutico (o profilattico) nei confronti di molte forme psicopatologiche: la scuola, le organizzazioni giovanili, gli ambienti educativo-formativi extrafamiliari, le strutture lavorative, infine, il cosiddetto terzo ambiente, privo di una struttura sociale evidente e modificata, ma importante per le esperienze di utilizzazione del tempo libero.

Tutte queste strutture sociali hanno alcune caratteristiche comuni: anzitutto esse preesistono di solito all'individuo, non in senso storico genetico, ma nel senso che ciascuno di noi si inserisce in realtà sociali già esistenti. In secondo luogo, le strutture

accennate non hanno carattere e finalità specificamente ed ufficialmente terapeutici; possono tuttavia acquistarli per questo o quel membro che ne faccia parte, se sono in grado di offrirgli, per un caso felice, il clima sociale e l'aiuto emotivo di cui egli ha bisogno; per la medesima ragione, quelle strutture sociali operano al di fuori di ogni controllo tecnico e, soprattutto, si presentano spesso come armi a doppio taglio: possono impedire, ma anche favorire il disadattamento del singolo; rinforzare l'Io, ma anche indebolirlo; rimetterlo in sesto, ma anche precipitarlo nella malattia.

Ma esistono anche strutture sociali appositamente create e funzionanti con finalità terapeutiche e tecnicamente controllate: gli Ospedali Psichiatrici e tutte le altre istituzioni preposte all'assistenza psichiatrica. Esse saranno tanto più idonee al compito terapeutico quanto più sapranno sfruttare le caratteristiche psicodinamiche ed i fenomeni tipici delle comunità.

Il valore terapeutico dell'ambiente ospedaliero appare legato a molti fattori: l'allontanamento del paziente dall'ambiente di provenienza con possibilità di riposo e di « vacanza »; l'interruzione delle relazioni sociali patogene (Foulkes, Akerman, Cameron e Magaret); la possibilità di realizzare e stabilire nuove relazioni positive per il malato e capaci di favorire il riadattamento sociale.

Tutto ciò può sfociare e confluire nel concetto di « socioterapia », che è pur essa psicoterapia.

Ma perchè lo diventi realmente è necessario che la organizzazione e la vita dell'ambiente ospedaliero siano programmate in modo oculato e scientificamente giustificato, soprattutto che siano programmate sempre con riferimento ad una valida concezione della malattia mentale, della sua genesi, del suo significato sociale.

D'altra parte, solo in ambiente ospedaliero è possibile attuare un tipo di trattamento che, sfruttando la complementarità delle varie tecniche a nostra disposizione, possa ripromettersi ed ottenere una ristrutturazione completa e duratura della personalità del malato di mente.

Solo in ambiente ospedaliero, infatti, è possibile attuare un trattamento integrato polidimensionale, capace di influire su tutte le dimensioni del malato stesso: quella biologica, quella psicologica e quella sociale.

Al fine di utilizzare l'Ospedale come « ambiente terapeutico » in modo razionale e scientificamente fondato, lo psichiatra inglese Maxwell Jones propose, più di trent'anni or sono, la creazione di « comunità terapeutiche ».

Con questo termine ci si riferisce al modo di ge-

stire un piccolo Reparto psichiatrico in un ospedale. Idealmente un reparto dovrebbe accogliere tra 20 e 40 pazienti; in un grande ospedale ci può essere più di una comunità terapeutica.

Un elemento fondamentale del metodo è lo stretto rapporto fra il personale ed i pazienti che partecipano al lavoro ed alle attività del Reparto e contribuiscono alle decisioni che lo riguardano. I metodi terapeutici comprendono le psicoterapie, la terapia farmacologica se necessaria, diverse attività e terapie di gruppo ed il trattamento della famiglia. Tuttavia l'aspetto più caratteristico di questo metodo è il tentativo di curare e di mantenere il senso della comunità fra i pazienti ed il personale.

Il Reparto viene inteso come una « comunità il cui scopo è che ognuno possa imparare come divenire responsabile di se stesso e capace di aiutarsi aiutando gli altri ».

Oltre alla terapia individuale si organizzeranno sedute di terapia di gruppo in piccoli nuclei, incontri di gruppi con i familiari e molte riunioni di tutta la comunità.

La comunità terapeutica ha un suo antecedente in una tecnica assai diffusa nel diciannovesimo secolo, nota come « trattamento morale », e nel metodo chiamato « terapia ambientale », sviluppato all'inizio di questo secolo dallo psichiatra tedesco Hermann Simon e introdotto negli Stati Uniti circa quarant'anni fa da William C. Meninger. Nella terapia ambientale lo psichiatra, in base a una comprensione derivatagli dalla psicoterapia con paziente, prescriveva un particolare metodo che doveva essere adottato dai membri del personale impiegati nell'assistenza ai pazienti e nella terapia occupazionale. Questo metodo comportava per la prima volta il riconoscimento del fatto che il paziente è capace di rispondere al suo ambiente, ma sul piano concettuale non era progredito molto oltre al tradizionale rapporto fra medico e paziente. Un singolo medico trattava un singolo paziente e l'ambiente era considerato come « un'appendice » del medico stesso.

La terapia ambientale attrasse l'interesse degli studiosi di scienze sociali, che intrapresero diverse ricerche sui reparti che la praticavano. Emersero due osservazioni principali. In primo luogo, anche là dove viene praticata la psicoterapia intensiva, c'è una serie di norme comportamentali che vengono mantenute all'interno del gruppo. La cultura dei pazienti può divergere dalle finalità terapeutiche del personale, e anzi può essere in gran parte sconosciuta al personale stesso. In secondo luogo, negli ospedali dove si pone l'accento sulla psicoterapia vi sono gravi problemi di comunicazione fra i membri del personale e fra pazienti e personale. Spesso que-

sti problemi portano a un deterioramento del comportamento dei pazienti.

In questi ospedali le difficoltà sembrano in gran parte connesse al problema dell'autorità. Un ospedale, al pari di qualunque altra organizzazione, ha bisogno di un qualche sistema di autorità per mantenere la propria funzione. Gli ospizi, le prigioni e gli ospedali pubblici mantengono l'ordine ricorrendo in gran parte alla coercizione fisica e psicologica. La psicoanalisi, insistendo perchè, al paziente sia concessa la massima libertà, si situa su posizioni opposte. Negli esperimenti iniziali di psicoterapia negli ospedali si insisteva sulla libertà e sulla riduzione al minimo dell'uso dell'autorità; il comportamento distruttivo era tollerato per quanto possibile, mentre lo psichiatra cercava di produrre un cambiamento durevole attraverso la psicoterapia.

La comunità terapeutica può creare un'atmosfera di reparto in cui i pazienti si comportano per la maggior parte del tempo in modo del tutto « normale » e possono rapidamente ritornare alla loro famiglia e al loro lavoro.

Oggi ancora si constata troppo spesso che molti pazienti, dopo aver ricuperato una soddisfacente « normalità » con la permanenza in ambiente ospedaliero (dove si sentono assicurati e protetti) non reggono poi all'urto con la realtà e la vita extra-ospedaliera e quindi ricadono nella malattia e devono far ritorno in ospedale. Quasi sempre in questi casi si deve riconoscere che l'ambiente ospedaliero non li ha aiutati a risolvere uno dei loro problemi di fondo (quello della autonomia esistenziale), ma al contrario ha favorito il loro adagiarsi in una infantile condizione di dipendenza e di deresponsabilizzazione. Questo tipo di rischio esiste, ovviamente, anche per la comunità terapeutica se essa propone ai pazienti un modello di vita sociale del tutto artificioso e non corrispondente alla realtà sociale esterna.

A conclusione del nostro discorso vogliamo ribadire un concetto che ci sembra fondamentale per una corretta e valida fondazione di ogni intervento terapeutico in psichiatria: la scelta degli strumenti deve essere attuata tenendo conto tanto delle particolari esigenze del paziente e delle caratteristiche della forma morbosa, quanto delle peculiari attitudini del medico e delle possibilità e risorse offerte dalla realtà ambientale.

Ciò, tuttavia, non deve farci dimenticare che la prima e più importante condizione per un trattamento dell'uomo ammalato, e non della semplice malattia, è l'assunzione da parte del medico di un atteggiamento « comprensivo » e perciò autenticamente umano.

SOCIOERGOLUDOTERAPIA IN OSPEDALE PSICHIATRICO

Fin dai primi del '900 H. Simon pose le basi non solo sul piano teorico, ma anche con pratiche applicazioni, di quella che lo stesso Autore, secondo lo spirito dell'epoca, definì « una vita collettiva attiva e ordinata », tappa fondamentale nella rieducazione del malato di mente. L'Autore ebbe il merito di individuare e sperimentare alcune strutture di base, quale la « unità terapeutica », che in seguito furono riprese e sviluppate dalla moderna scuola francese e soprattutto dalla scuola aglo-americana.

Con queste premesse e sotto il decisivo influsso della mutata sensibilità nei confronti del malato di mente, possiamo affermare che la psichiatria tradizionale, in passato individuale e preminentemente interessata al singolo, si rivolge con sempre maggiore impegno all'individuo nel contesto della collettività.

Necessariamente, anche l'aspetto terapeutico ne esce trasformato.

In linea di massima, tale terapia si identifica nell'insieme di attività a fine terapeutico, che tendono a realizzarsi in e per mezzo di gruppi.

Perchè tale prospettiva sia veramente valida, deve essere estesa a tutte le persone che vivono ed agiscono all'interno dell'Ospedale Psichiatrico. A viverla, cioè, non devono essere solo gli ammalati, ma anche tutto il personale che di essi si occupa: infermieri, assistenti sociali, medici.

Di conseguenza non ha più significato l'immagine della piramide gerarchica ispirata, in verità, a molte delle strutture sociali della vita attuale: i rapporti interpersonali ne escono radicalmente mutati, alle situazioni stereotipate ed alienanti si sostituisce il « dialogo » e la dinamica dei ruoli viene modificata.

È così che molte strutture preesistenti subiscono una mobilitazione. Gli infermieri, ad esempio, che sicuramente rappresentano gli operatori più a disagio ed in difficoltà in questa fase di trasformazione, perdono la triste prerogativa di distributori di pillole, per assumere il ruolo stimolante di strumento terapeutico insostituibile.

Per renderci conto della novità di tale indirizzo, dobbiamo prendere brevemente in considerazione la drammatica situazione verificatasi nel passato, ma purtroppo, in molti casi, ancora attuale.

Il malato di mente tende ad essere emarginato, specie se viene istituzionalizzato. Anzi, il suo ricovero in ospedale rischia di creare nuovi motivi di alienazione e disadattamento.

Tale situazione produce naturalmente espressioni con modalità di comportamento e vissuti abnormi: il malato percepisce la realtà ed il proprio rapporto con essa in modo distorto, trova difficoltà di autorealizzazione, deforma i rapporti sociali ed interpersonali, ha vissuti e reazioni più o meno an-

siosi. Nascono così forme di protesta, in cui la violenza di una crisi o il silenzio di uno stato catatonico sono espressioni, solo apparentemente contrastanti, di una difesa spontanea. D'altra parte, il malato non è mai stato considerato soggetto e quindi parte attiva del proprio ricupero, ma solo oggetto che deve attendersi l'intervento magico del terapeuta.

Nel passato furono create delle organizzazioni che avevano lo scopo di riadattare fisicamente ed educare professionalmente alcune categorie di handicappati (tubercolotici di vecchia data, menomati nei sensi e così via).

Il malato, riacquistando almeno in parte l'uso delle proprie funzioni perdute, imparava a tenere in esercizio l'abilità lavorativa, riusciva a programmare la giornata, evitando di fossilizzarsi nell'inattività, teneva vivi gli interessi fondamentali che fanno parte della vita di ogni giorno. Si creavano così nuovi canali di comunicazione e nuove potenzialità terapeutiche.

Questo processo di riadattamento mediante il lavoro, attraverso una serie di tappe, ciascuna delle quali presenta un grado di indipendenza più elevato e una progressione nella vita libera, se rivolto al malato di mente, assume un significato e delle prospettive particolari. È evidente infatti che per il malato di mente non basta quanto viene offerto agli altri handicappati.

A questo punto ha senso parlare della nozione di progressione terapeutica e cioè di quel programma di interventi terapeutici che, nel riavvicinamento del malato al proprio ambiente naturale, tenga conto del grado iniziale di disadattamento e di « lontananza » dallo stesso. In altre parole, progressione terapeutica significa applicazione di mezzi adeguati, tendenti ad una crescente completezza risocializzante.

Perciò, accanto ai tradizionali interventi terapeutici che si basano su trattamenti fisici, farmacologici e psicoterapici in senso stretto, trovano posto altri criteri di azione, ispirati da finalità concrete e ben determinate. È necessario sottolineare che un simile programma terapeutico è applicabile a due categorie di ammalati:

- al lungodegente, ben conosciuto, che rischia di fossilizzarsi anche fisicamente nella lunga inattività.
- al malato recentemente ospedalizzato e per il quale non è prevedibile la scadenza a breve termine del ricovero, ma che, per altre considerazioni, trarrà sicuro miglioramento da tale attività.

In alcuni casi — i più gravi — il malato di mente deve, prima di tutto, riacquistare in pieno la dimensione della propria personalità, dal momento che è andato incontro ad un progressivo processo di depersonalizzazione, ha perso quindi la propria identità personale, ovvero ha perso o non ha mai acquistato la propria « immagine » o « schema corporeo ».

In altre parole, l'individuo non riconosce sé stesso, il suo corpo è frammentato in una miriade di parti. Lo schizofrenico, ad esempio, è l'espressione evidente di tale situazione: può essere disorientato nello spazio e nel tempo, può essere afflitto da allucinazioni, può non riconoscersi nel proprio corpo o riconoscersi diverso. Inoltre può identificarsi con le persone o il mondo esterno, sentendoli in sé stesso, diventando un colore, un suono.

Questa sorprendente frammentazione dello schema corporeo, base somatica di ogni individualità e di conseguenza di ogni relazione sociale ed interpersonale, è ben comprensibile, se pensiamo che le informazioni veicolate dai canali percettivi vengono interpretate in modo distorto.

Per riparare il danno, talora irreversibile, il malato deve imparare nuovamente per la prima volta, come il bambino fa fin dalla nascita, ad usare correttamente le parti del proprio corpo. Come il bambino, il malato deve fare sempre nuove e continue esperienze.

Solo dopo il raggiungimento di un risultato di base, e cioè dopo la presa di coscienza della propria « dimensione », sarà possibile, nell'applicazione di un programma terapeutico razionalmente fondato, passare ad una fase ulteriore dello stesso, con l'impiego, ad esempio, del metodo classico della psicoterapia verbale.

Gli interventi fisioterapici, esercitando le funzioni percettive, permettono di sviluppare una attività fisica che scuote e dinamizza. I massaggi e le applicazioni idroterapeutiche, richiesti talora dal malato stesso, che ne ha imparato l'utilità, stimolano lo schema corporeo e prevengono eventuali crisi.

Ma è attraverso il lavoro, inteso sia come attività che come ambiente di lavoro e pertanto predisponente al « dialogo », che il malato, realizzando sé stesso, le proprie capacità ed aspirazioni, acquista pienamente il senso dell'individualità.

Nel lavoro il malato scopre il desiderio di agire e di produrre. Viene a contatto con materiali che attraverso il suo intervento, devono subire una trasformazione, resi utili o piacevoli, a scopo di guadagno o, senza alcuno sfondo economico, ad esclusivo carattere artistico.

A questo proposito non dobbiamo mai dimenticare di tener sempre in primo piano l'intento terapeutico rispetto a quello economico.

Alcuni criteri organizzativi, dettati dal livello delle persone impiegate e, d'altra parte, dalla complessità dei materiali prodotti e, di conseguenza, dalla responsabilità che essi richiedono, ci conducono a due soluzioni principali:

— il lavoro può trovare vita all'interno dell'ospedale stesso, dove però l'attività lavorativa deve necessariamente far uso di organizzazione e strutture piuttosto semplici.

In questo senso è da considerare la, talora male applicata, ergoterapia dei servizi. Il malato, remunerato, dovrebbe potersi dedicare alla pulizia di un ambiente, di un cortile, di una strada dell'ospedale, pienamente libero di programmare ed eseguire il lavoro. Ne deriverebbe una chiara responsabilizzazione, nell'esecuzione di una attività utile alla comunità, con un vantaggio pratico di risparmio di personale in aggiunta.

Per quanto riguarda la remunerazione, se ben condotta, può rappresentare un'espressione positiva del programma ergoterapico. Accanto all'evidente aspetto gratificante, essa induce il malato a fare nuove scelte, può renderlo economicamente indipendente o quasi, lo impegna nella ripartizione e nella utilizzazione del denaro, magari in seno alla comunità.

Con tale intendimento, in Svizzera sono state istituite all'interno degli ospedali delle vere e proprie banche, a disposizione non solo dei pazienti, ma anche di tutto il personale, infermieri e medici.

Infine la remunerazione può diventare una specie di unità di misura, un metro per mezzo del quale il malato impara a differenziarsi dagli altri, collocandosi in una ritrovata dimensione;

— una attività di lavoro che richieda una organizzazione più complessa, quale è, ad esempio, una attività artigianale, può trovar spazio vitale all'interno dell'ospedale stesso o all'esterno, inserendosi, in tal caso, adeguatamente nel mondo del lavoro.

Non dobbiamo però nasconderci le pur attuali carenze legislative e le difficoltà non tanto organizzative, quanto assistenziali e medico-sociali, di fronte alle quali viene a trovarsi ancor oggi il malato che esca dai cancelli dell'ospedale.

Tuttavia, anche in Italia è stato fatto qualcosa in tale senso, indirizzandosi in via sperimentale verso una organizzazione cooperativistica.

Considerando brevemente le attività che il mala-

to può esplicare all'interno dell'ospedale, possiamo ricordare i lavori di giardinaggio, il ricamo, la confezione di giocattoli di pezza.

All'esterno invece, il malato può dedicarsi alla confezione di scatole di cartone, alla costruzione di pannelli elettrici e così via.

Per poter realizzare nel modo più adeguato tale attività lavorativa, sono già state poste le basi, non solo teoriche, per l'istituzione di corsi professionali, indispensabili per l'apprendimento ed il miglioramento dell'attività stessa.

L'espressione artistica, che prende vita nell'ambito degli atelier d'arte, rappresenta una fase importante nel processo rieducativo del malato di mente. Essa non deve essere solo mezzo di vera evasione, ma elemento insostituibile ai fini diagnostici e terapeutici. Attraverso il disegno o la musica, il malato si esprime e parla di sé. Pregio della scultura e del modellare la creta, sono la immediatezza e l'efficacia che racchiudono nelle forme. Nei movimenti ritmici il malato pone armoniosamente il proprio corpo nello spazio, ritrovandone la dimensione.

Quando risultino particolarmente disturbati ed anomali i rapporti interpersonali, trova una precisa indicazione l'attività socioterapica.

Riunendosi, i malati si responsabilizzano, sono indotti a nuove scelte di approvazione o di rifiuto, sentono finalmente di far parte di una società che prima li confinava in uno spazio ben definito, se non proprio chiuso. Bandita ogni forma di imposizione dall'esterno, qualsiasi espressione di vita sociale è ispirata da una libera scelta, modellata sui propri gusti e dalla propria cultura. Con questo spirito nascono i vari clubs. Le iniziative che in essi si attuano, portano a sperimentare nuovi rapporti, finalmente gratificanti, anziché ansiogeni, rompendo il cerchio della immobilità e dell'isolamento.

Le occasioni sono molteplici: gite o visite, in particolari circostanze, al di fuori dell'ospedale, magari proposte ed organizzate dai malati stessi, riunioni al centro sociale o nella Biblioteca o, più semplicemente, al bar, luogo d'incontro non solo tra pazienti, ma anche tra e con i familiari.

Accenniamo solo all'importanza che ha in tale attività il cineforum.

Ultima, ma non meno importante espressione di vita sociale, è lo sport.

Non è certo necessario cimentarsi in gare, che richiedano uno sforzo atletico: è sport qualsiasi movimento che impegni in qualche modo l'uso del corpo.

La ricreazione stessa può divenire espressione di attività sportiva.

Così, ad un'altro livello, il teatro ed il mimo permettono di impegnare il corpo attraverso i gesti o la voce.

Possiamo affermare che, quanto detto non resterà premessa teorica, solo se sarà convalidato da una precisa realizzazione, attraverso adeguate ipotesi di lavoro e con operatori adeguatamente preparati e razionalmente impiegati. A loro spetta valutare e rendere coscienti i malati stessi dei risultati via via raggiunti. Dovranno inoltre evitare che il malato cada nell'errore di interpretare il lavoro come una mera assimilazione nella istituzione ospedaliera, riproponendo così quel rigido schema gerarchico che si voleva abbattere.

Si dovrà inoltre evitare di assistere alla nascita di gruppi chiusi, a sé stanti, vere e proprie caste, magari basate su sperequazioni economiche, che creerebbero un'ambiente frustrato e per nulla terapeutico, per molti versi simile a quello dell'attuale società industrializzata.

Ciò che conta, in realtà, è il recupero e la « normalizzazione » del paziente sia sul piano personale che sul piano sociale. L'attività fisica, lavorativa, ricreativa, debbono essere chiaramente finalizzate a tale scopo e pertanto realizzate in base a criteri scientificamente validi e con programmi e procedure operativamente efficienti. Troppo spesso si finisce, in pratica, col giustapporre tali attività ai programmi farmaco o psicoterapici che rimangono nella mente degli psichiatri e degli altri operatori come gli unici validi e degni del loro nome. A volte un'esperienza ludo- o fisioterapica può essere più importante dell'assunzione di un farmaco o di un lungo colloquio di chiarificazione fra medico e paziente.

Lo sforzo deve essere dunque rivolto ad una effettiva e razionale integrazione dei diversi sistemi ed espedienti terapeutici, secondo un programma unitario nel quale ogni forma di terapia trovi la sua esatta collocazione ed una precisa, specifica indicazione.

L'ambiente ospedaliero, grazie alle sue strutture, alla costante presenza dei « tecnici », alla stessa natura sociale, offre le migliori possibilità per la realizzazione di un simile programma; soprattutto delle componenti ergo-socio-ludoterapiche che ben difficilmente potrebbero essere realizzate in altra sede (come avviene, ad esempio, per la farmaco- e la psicoterapia). Lungi dall'essere istituzione alienante, esso può allora proporsi come l'unica efficace struttura terapeutica, tappa spesso necessaria, ma sempre provvisoria attraverso cui il malato può ritrovare sé stesso ed il proprio posto nel contesto della società.

LA PERSONALITA'

DEL « BEVITORE »

L'uso delle bevande alcoliche è presente nei costumi delle più antiche civiltà. Le particolari proprietà dell'alcool, che è in grado di dare uno stato di ebbrezza con sensazione di benessere, di calore e di energia, hanno fatto considerare il vino e le altre bevande alcoliche come dotate di poteri magici, con l'attribuzione di significati simbolici, legati a rituali di carattere religioso e mistico. Si ritenne anche che l'alcool fosse dotato di proprietà terapeutiche e se ne consigliò l'uso nella cura di varie malattie.

Gran parte di questi significati hanno subito delle modificazioni nel corso dei secoli, benchè ancora oggi alcune credenze tramandate permangano fra le popolazioni e siano diffuse abitudini legate al significato dell'alcool come simbolo di amicizia e di comunanza. L'uso moderato di bevande alcoliche è ancora considerato consigliabile e benefico, per l'apporto calorico che forniscono, per la loro azione eupeptica e per la stimolazione che esse esercitano sul tono dell'umore.

L'alcool è tuttavia una vera e propria « droga », cioè una sostanza dotata di proprietà tossiche sia nei confronti della psiche che dell'organismo, ed il cui uso può provocare assuefazione fino alla tossicomania. A differenza delle altre droghe però, l'azione tossica dell'alcool si esercita solo a dosi molto elevate, e

l'assuefazione non si determina rapidamente, ma solo col prolungarsi degli abusi.

La tossicità apparentemente scarsa, la facile reperibilità, l'uso consacrato da secoli di tradizione e la benevolenza con cui da sempre è stato considerato l'abuso etilico occasionale, senza che vi fosse associato un significato di vizio e di depravazione, come avviene per le altre droghe, ci può far comprendere come, pur trattandosi di sostanza dannosa, il suo uso si sia così notevolmente diffuso.

Se l'alcool, a dosi moderate, aumenta la sensazione di benessere, dona una leggera euforia ed ha un effetto rasserenante ed un'azione disinibente che facilita il rapporto interpersonale, nell'abuso l'euforia diviene stolidità ed immotivata, la disinibizione diventa incontrollata liberazione di impulsi e i processi ideativi appaiono sconnessi e confusi. L'intossicazione acuta da alcool, o ubriachezza, può rimanere un caso isolato, le cui conseguenze sono transitorie e reversibili, senza alcuna modificazione della personalità. Diversa è la situazione quando gli abusi diventano continui, determinando il cosiddetto « alcoolismo cronico ».

Cerchiamo ora di analizzare le modalità attraverso le quali si giunge all'abuso di alcool.

Esiste il cosiddetto bevitore « per abitudine », per il quale l'assunzione costante di notevoli quantità di

alcool rappresenta un'usanza diffusa nell'ambiente in cui vive. Contribuisce a crearla l'iniziazione precoce all'alcool, quale segno di un comportamento da adulti, rafforzata dal desiderio di imitazione dei modelli familiari; particolari condizioni di lavoro, per le quali la pausa riempita dall'alcool è la norma; la partecipazione a forme di svago alle quali è connesso l'uso abbondante di bevande alcoliche. Si tratta di soggetti che riescono a mantenere un certo grado di controllo nel consumo dell'alcool, senza una vera e propria dipendenza psicologica, nei quali però si prepara il terreno per la dipendenza farmacologica, con progressivo deterioramento psichico, accompagnato da modificazione della personalità e difficoltà di ordine familiare e sociale.

Per un'altra categoria di bevitori, l'alcool costituisce un mezzo per superare difficoltà di ordine personale o sociale. Ciò si verifica soprattutto in soggetti con personalità immatura, che non essendo in grado di affrontare le normali frustrazioni imposte dalla vita di tutti i giorni, cercano nell'alcool la possibilità di una fuga dagli ostacoli o il coraggio per superarli. In questi casi la dipendenza « psicologica » si instaura con estrema facilità ed il ricorso all'alcool diventa una abitudine per affrontare non solo le difficoltà ma il vivere quotidiano.

Non va tuttavia dimenticata l'influenza che le condizioni ambientali possono esercitare: in primo luogo la situazione socio-economica particolarmente disagiata, ma anche attività lavorative insoddisfacenti, sia per la loro pesantezza sia per il succedersi monotono di ritmi di produzione, nei quali è lasciato scarso spazio alla partecipazione personale.

Esiste poi l'abuso etilico quale espressione sintomatica di una malattia psichica ben definita. Per esempio il bevitore nevrotico si serve dell'alcool come di un farmaco, allo scopo di rendere più tollerabili l'ansia e l'angoscia, per sciogliere le inibizioni, o per alleviare i sentimenti di colpa e la depressione.

Occorre tuttavia tenere presente che non sempre è possibile operare queste distinzioni in modo così netto, poichè è difficile stabilire con esattezza quale parte giochini nel determinismo dell'abuso etilico le influenze ambientali e quanta importanza sia da attribuire ai disturbi della personalità.

Abbiamo affermato in precedenza che l'abuso etilico può portare alla tossicomania. Riteniamo opportu-

no precisare questo concetto, soprattutto da un punto di vista farmacologico. L'abuso abitudinario delle bevande alcoliche porta dapprima allo stato della « assuefazione », nel quale l'alcool, per produrre i suoi effetti, deve essere introdotto a dosi sempre maggiori. Contemporaneamente si instaura un meccanismo di « dipendenza psicologica » dall'alcool, che si inserisce come costituente insostituibile nella vita di una persona, tanto che nessuna azione è compiuta senza lo stimolo alcolico. Quando si giunge al punto che il bisogno dell'alcool diventa irrefrenabile e la sua mancanza provoca gravi disturbi di ordine fisico si ha la « tossicomania ».

Alcuni Autori identificano il termine di « alcoolismo » con lo stato di tossicomania, soffermandosi sulla sintomatologia clinica presentata da questi malati, ed in modo particolare sui sintomi da astinenza (tremori agli arti, eccitabilità, stato d'ansia, sudorazione), che scompaiono con nuove introduzioni di alcool. Secondo il giudizio comune è però alcoolista anche colui che abusa di alcool pur senza essere un vero e proprio tossicomane. Alla definizione del termine concorrono cioè fattori non solo di ordine farmacologico e clinico, ma anche comportamentale. Dal punto di vista sociale infatti si è portati a dare importanza non tanto all'abuso etilico, quanto alle conseguenze che esso provoca. Chiamiamo perciò alcoolista il bevitore che non riesce più a svolgere una normale attività lavorativa, quello che trascura i doveri familiari e quello che sotto l'effetto dell'alcool assume comportamenti antisociali.

Più arduo è il tentativo di comprendere il significato di questi comportamenti e le motivazioni che sottendono l'abuso etilico.

Numerosi Autori hanno cercato di giungere alla definizione di una « personalità prealcolica » comune agli etilisti. Si tratta tuttavia di un'indagine alquanto complessa, per la difficoltà di stabilire a posteriori quanto sia da attribuire alla personalità del paziente e quanto all'intossicazione etilica. Ogni caso di alcoolismo inoltre è un problema a sè stante.

Ci si trova infatti, il più delle volte di fronte al compito di studiare un soggetto, l'alcoolista cronico, la cui personalità ha probabilmente subito modificazioni notevoli nel corso degli anni di abusi etilici. L'alcool ha agito in senso deleterio sulla psiche e sull'organismo del bevitore cronico, che presenta un decadimento intellettuale ed affettivo, con marcate alterazioni del carattere e del comportamento.

Dalla pratica clinica si può osservare come l'alcolismo si riscontri in individui con diversa struttura di base, che presentano certamente disturbi della personalità, ma peculiari e caratteristici per ognuno, mentre ciò che rimane patrimonio comune è la modalità di soluzione dei propri conflitti mediante lo abuso etilico. È opportuno quindi distinguere quelle che sono alcune caratteristiche comuni « acquisite », che rendono la personalità degli alcolisti abbastanza uniforme, dagli aspetti della personalità che invece conducono agli abusi etilici.

Tra i fattori favorenti l'alcoolismo, vengono presi in considerazione una generica predisposizione verso l'assunzione di droghe, oppure l'aspetto costituzionale, somatico, nel senso di una minore resistenza individuale all'alcool.

La teoria psicanalitica ha cercato di dare una spiegazione delle alterazioni della strutturazione della personalità dell'alcoolista, che vengono fatte risalire, nella loro origine, al complesso rapporto che si instaura tra madre e figlio e tra bambino e ambiente, con sviluppo di determinati tratti del carattere, che predisporranno alla tendenza verso l'alcool. Dalla regressione alla fase della soddisfazione orale deriverebbe la disposizione verso sostanze che vengono assunte per bocca, secondo un modello che ricorda il rapporto del lattante con il seno materno.

Per questi soggetti la soddisfazione di un bisogno orale mediante l'alcool diventa la maniera più consona per alleviare l'ansia che deriva loro dalla incapacità di risolvere i propri conflitti e le proprie difficoltà di adattamento. Mediante l'azione disinibente delle bevande alcoliche infatti il bevitore cerca di superare le difficoltà che incontra nel rapporto interpersonale e di sciogliere le eccessive inibizioni derivanti dalla severità della coscienza morale, che coesiste nell'alcoolista accanto alla cosiddetta debolezza della volontà. L'alcool, esercitando pure un'azione euforizzante e di sostegno del tono dell'umore, permette di superare momenti di abbattimento morale ed episodi di inadeguatezza. Quando l'ansia diventa insopportabile e le responsabilità troppo pesanti, l'alcool offre ancora la possibilità di evasione e di fuga.

Tuttavia, se da una parte l'etilista mostra di voler fuggire dalla realtà, nel medesimo tempo l'assunzione di bevande alcoliche costituisce un mezzo per « calarsi » in essa. Se noi infatti cerchiamo di analizzare il modo di « essere nel mondo » dell'alcoolista ed il suo porsi in rapporto con la realtà, ci

accorgiamo come il suo bere abbia un significato esistenziale. Incapace di darsi un suo progetto di vita e di ritrovare un ruolo soddisfacente, anche da un punto di vista sociale, egli ricerca una identificazione ad un livello più basso, in una, se così si può dire, « sottosocietà ». L'alcool costituisce dunque l'unico mezzo per l'etilista di mettersi in rapporto con una realtà che gli sfugge e lo respinge, ed egli non è disposto a rinunciarvi neppure sapendo che il bere può significare per lui il suicidio. Questo ci può far comprendere per quale motivo il prospettare a questi pazienti gli effetti tossici dell'alcool spesso non serve a farli desistere dagli abusi etilici.

Da parte di alcuni AA. si è posto l'accento sulle affinità esistenti, da un punto di vista psicodinamico, tra depressione ed alcoolismo. L'insicurezza, la dipendenza ed il bisogno di appoggio che caratterizzano la personalità di base dell'alcoolista determinano una incapacità a sopportare le frustrazioni, le quali suscitano impulsi ostili ed aggressivi, accompagnati da un marcato senso di colpa. L'azione dell'alcool è in grado di alleviare temporaneamente i sentimenti di colpa, e, facilitando la liberazione degli impulsi ostili, permette di scaricare l'aggressività repressa. Ma poichè ciò porta non raramente a manifestazioni comportamentali che vengono disapprovate in modo più o meno grave, ne deriva una ulteriore accentuazione del senso di colpa, con l'insorgenza di sentimenti di indegnità e di autoaccusa e talora con manifestazioni di tipo francamente depressivo. Si forma così un circolo vizioso: insicurezza-alcool-aggressività-sentimenti di colpa-insicurezza-alcool. Ricordiamo a questo proposito la definizione che è stata data dell'alcoolismo come di un « lento suicidio », nel desiderio di appagare il bisogno di espiatione e di autopunizione.

L'interpretazione dell'alcoolismo non può essere ridotta ad un unico modello. Nel suo determinismo convergono infatti fattori di origine ambientale e motivazioni psicologiche, che possono essere diversamente interpretati a seconda della impostazione teorica.

Riteniamo comunque importante insistere sulla scarsa utilità di volere individuare nell'alcoolista una entità nosografica ben definita, senza tener conto degli aspetti individuali della personalità, i quali restano comunque fondamentali non solo nell'indirizzare il diagnostico, ma anche nell'attuare una terapia che non si limiti alla disintossicazione, ma risolva i problemi che stanno alla base e motivano la tossicomania alcoolica.

COME GUARIRE

L'ALCOOLISTA

La terapia dell'alcoolismo ha sempre causato notevoli problemi, sia di ordine strettamente medico, che, più di frequente, riguardanti l'atteggiamento dei medici e della società in generale nei confronti dell'alcoolista. Al concetto di alcoolismo come « vizio » si è andato gradatamente sostituendo il concetto di alcoolismo come « malattia » e sono quindi aumentati gli interventi di ordine medico, psicologico e sociale. Numerosi sono stati infatti gli interessamenti a questo problema, sia da parte degli psichiatri e degli psicologi, che da parte delle Organizzazioni Sanitarie.

Tuttavia gli ingressi per intossicazione etilica rappresentano ancora una percentuale notevolmente elevata negli Ospedali Psichiatrici e, ciò che è più grave, le dimissioni sono seguite, assai frequentemente, da ricadute che si fanno sempre più ravvicinate, finché in molti casi l'alcoolista, soprattutto se appartiene alle classi sociali più disagiate, diventa un ospite fisso dell'Ospedale.

Il paziente affetto da intossicazione etilica che viene ricoverato in Ospedale Psichiatrico è immediatamente sottoposto a terapia disintossicante. In tale ambito i progressi compiuti sono notevoli, per cui anche le forme più gravi di « delirium tremens » si risolvono quasi sempre con successo.

A questo punto il paziente è ristabilito sul piano fisico, salvo i casi nei quali gli abusi etilici, protratti negli anni, hanno provocato danni irreversi-

bili, sia a carico del fegato che del sistema nervoso centrale. Rimangono invece invariate le motivazioni personali e sociali all'alcool e permane l'abitudine di ricorrere agli abusi etilici per risolvere qualsiasi contrarietà: possiamo dire cioè che è risolta la dipendenza farmacologica dall'alcool, ma vi è ancora la dipendenza psicologica.

Una dimissione, in questo momento, lascerebbe irrisolti gran parte dei problemi del paziente, con notevoli probabilità di ricaduta.

Si procede allora alla terapia di disassuefazione, che si propone di indurre nel paziente un riflesso condizionato di repulsione per l'alcool, mediante la somministrazione di determinati farmaci (per es. Disulfiram) che debbono essere assunti giornalmente. Questo metodo terapeutico aveva lasciato intravedere la possibilità di ottenere buoni risultati, che tuttavia non sempre sono stati confermati nella pratica clinica. Occorre infatti tenere presente il notevole grado di tossicità posseduto dalle sostanze « anti-alcool », che talora ne preclude l'utilizzazione per pazienti in scadenti condizioni fisiche. Le prime esperienze di disassuefazione prevedevano l'uso del Disulfiram per instaurare il riflesso condizionato di repulsione all'alcool. Un volta ottenuto questo, la somministrazione veniva sospesa, con possibilità di dimettere il paziente, salvo essere ripresa per brevi cicli allo scopo di rinforzare il riflesso. Questa metodo-

logia viene spesso abbandonata, forse perchè giudicata troppo lunga e dispendiosa. Si preferisce invece provocare un certo numero di reazioni di disgusto e poi dimettere il paziente, mantenendo la « paura » dell'alcool con la somministrazione quotidiana di Disulfiram. Da tale metodo possono trarne beneficio solo quei pazienti nei quali il desiderio di astenersi dalle bevande alcoliche è fortemente motivato a livello cosciente e che quindi chiedono spontaneamente di essere aiutati con il farmaco nella disassuefazione.

Ma per la grande maggioranza dei pazienti la terapia con Disulfiram rappresenta solo l'introduzione più o meno forzata, e quindi male accetta, di un tossico che dovrebbe impedire l'assunzione di alcool, ma che spesso non riesce che ad aumentarne la tossicità, poichè i soggetti bevono nonostante la « pastiglia ». Inizia così una lunga lotta contro medici, personale sanitario e familiari, che non vengono più considerati strumenti di aiuto o di incoraggiamento, ma semplicemente dispensatori delle terribili « pastiglie ».

Il desiderio per l'alcool viene in questo modo spesso rinforzato, l'aggressività del malato aumenta e frequentemente interrompe egli stesso l'assunzione del farmaco, nonostante i sotterfugi dei familiari che talora cercano di somministrarglielo di nascosto.

In alcuni Ospedali Psichiatrici si è giunti anche alla creazione di reparti appositi per alcoolisti. Si tratta tuttavia di attività che vengono svolte all'interno dell'Ospedale e che finiscono per prolungare il periodo di degenza dell'alcoolista.

Ritorna in questo prolungamento del ricovero parte dell'atteggiamento punitivo di un tempo, ed è difficile per l'operatore psichiatrico sottrarsi alla tentazione di assicurarsi la collaborazione del paziente promettendo una dimissione a breve scadenza o, al contrario, minacciando il protrarsi della degenza.

Nel momento in cui l'alcoolista percepisce il medico come una persona che lo condanna e lo punisce, preoccupandosi soprattutto dell'aspetto morale del problema e senza tener conto del significato che per ogni singolo caso deve essere attribuito al ricorso all'alcool, viene a cadere immediatamente la possibilità di un reale approccio di tipo psicoterapeutico.

Le stesse contraddizioni presenti nella società, dove l'alcoolista è alternativamente il « malato » bisognoso di cura ed il « cattivo » da punire, sono troppo spesso presenti anche all'interno dell'Ospedale Psichiatrico.

In esso l'alcoolista assume una particolare posizione, in quanto si sente « diverso » dagli altri pazienti. Egli stesso cerca, nel colloquio col medico e

nelle discussioni di gruppo, di differenziare la propria posizione, mettendo in evidenza la sua capacità di ragionamento e di autogoverno, rispetto agli altri degenti e manifestando il desiderio di non essere mescolato con « quelli che non ragionano ».

La convivenza con individui che egli ritiene inferiori e che comunque spesso sono indifesi dal punto di vista psicologico, permette l'assunzione, da parte dell'alcoolista, di un ruolo di guida e di portavoce delle esigenze del reparto. È lui che chiede particolari agevolazioni e permessi, che rifiuta le limitazioni di orario, che si lamenta per il vitto, etc., apparentemente spinto da motivi altruistici.

In realtà, con questo comportamento, egli supera il senso di inferiorità e la scarsa valutazione di sé che ha in genere ricavato dalle precedenti esperienze e sfoga i sentimenti di aggressività procuratigli dal succedersi delle frustrazioni.

L'Ospedale diventa in questo modo l'ambiente in cui l'alcoolista, nella ricerca di identificazione, soprattutto sociale, trova un ruolo di suo gradimento e che spesso lo gratifica. Alla dipendenza all'alcool si sostituisce la dipendenza dall'Ospedale. Le spinte alla realtà esterna si affievoliscono, mentre aumenta la consapevolezza delle difficoltà che la normale vita di relazione impone e che appaiono sempre più insormontabili. Il desiderio di dimissione diventa in certi casi desiderio di qualche giorno di libertà, dove libertà significa solamente ritorno agli abusi etilici.

Ciò che sembrerebbe dover restituire all'alcoolista l'attitudine al rapporto interpersonale, la fiducia nelle proprie capacità ed il senso di sicurezza, finisce per rinchiuderlo in un mondo, l'Ospedale, avulso dalla realtà.

Queste difficoltà non sembrano attenuarsi nemmeno con la costituzione, all'interno degli ospedali, di appositi reparti nei quali viene confinata la microsocietà degli alcoolisti. Tali reparti sono vissuti dagli altri pazienti di volta in volta come luoghi privilegiati, ma anche come reparti per persone non affette da vere malattie.

Si ripetono cioè per gli alcoolisti, in Ospedale, gli stessi meccanismi di esclusione della società esterna, contro i quali essi reagiscono rafforzando il significato difensivo dei comportamenti di gruppo. Si viene a creare una « pseudo-solidarietà » nella quale gli atteggiamenti ostili e antisociali finiscono per essere rafforzati.

L'insieme di queste considerazioni ci può far comprendere alcuni dei motivi per cui si registrano ancora tanti insuccessi in tema di terapia degli alcoolisti.

È chiaro che per cercare di giungere ad una vera terapia dell'etilista non basta tenerlo lontano dallo alcool.

Occorre tentare di comprendere in che tipo di meccanismo psicologico la bevanda alcoolica si è inserita, indagando sulla struttura della personalità del paziente, ricercandone i motivi di insoddisfazione personale, familiare, sociale, e studiando il suo modo di « essere nel mondo ».

È quanto attualmente ci si sforza di fare, cercando di assumere un atteggiamento più comprensivo nei confronti del malato, promuovendo attività e discussioni di gruppo, fino a giungere in certi casi a vere e proprie sedute psicoterapeutiche, e potenziando le attività del servizio sociale, con la creazione dei centri di Igiene mentale allo scopo di seguire più da vicino, dopo la dimissione, i pazienti degli Ospedali Psichiatrici.

Noi riteniamo però che sia essenziale ridurre il momento del ricovero ospedaliero al tempo necessario per la terapia disintossicante e che essa debba comunque svolgersi in un ambiente non legato allo Ospedale Psichiatrico, onde diminuire il rischio che il paziente acquisti la dimensione di alienato e di escluso.

Dovrebbe trattarsi di una struttura aperta all'esterno, alla quale i pazienti possano rivolgersi con estrema libertà, senza il timore di un « marchio » e nella quale non vengano attuati sistemi punitivi più o meno coscienti.

In questa struttura l'alcoolista deve poter trovare, dopo la dimissione, ogni aiuto di ordine psicoterapeutico ed assistenziale senza tuttavia essere sradicato dal suo ambiente sociale.

Anche per quel numero di pazienti nei quali l'alcool ha esercitato da troppo lungo tempo i suoi influssi, determinando un decadimento globale della personalità, o per i quali l'alcoolismo rappresenta solo un aspetto di una più grave psicopatologia, non riteniamo che l'Ospedale Psichiatrico possa svolgere un reale ruolo terapeutico.

Si impone a questo proposito la creazione di particolari strutture (Ospedali di notte, comunità ergoterapiche) nelle quali venga mantenuto un legame con le attività lavorative di ogni paziente e si possa contemporaneamente tentare di giungere ad una graduale ristrutturazione della personalità di questi pazienti.

È chiaro che tutto questo deve essere accompagnato da un'adeguata opera di prevenzione, svolta a tutti i livelli, ma lo studio di questo aspetto, pure importantissimo, esula dagli scopi che ci siamo proposti e sarà argomento di un altro lavoro.

L'ASSISTENZA

ALL' ANZIANO

Analizzando le variazioni che si sono verificate, nel corso degli ultimi 100 anni, nella composizione della popolazione, constatiamo un notevole aumento percentuale del numero di soggetti anziani. Questo fenomeno ha carattere generale, come è dimostrato dal fatto che in Europa si è avuto un incremento della percentuale di persone in età superiore a 65 anni dal 4,8% nel 1890 al 10% nel 1955, fino al 20% nel 1971. In Italia la percentuale di persone in età superiore agli 80 anni raggiunge l'1% per i maschi e l'1,6% per le femmine, con un incremento costante e significativo nel corso di un secolo (tab. I). Il numero globale degli anziani presenti attualmente nel nostro paese si può far risalire ad otto milioni circa. In particolare, i dati del censimento demografico riguardanti la popolazione della provincia di Verona rilevano una significativa variazione dell'indice percentuale della popolazione in età superiore ai 60 anni: si è passati dal 12,3% del 1951 al 14% del 1961 (tab. II).

Questo fenomeno trova la sua spiegazione in due principali fattori: da una parte la riduzione della natalità, dall'altra l'allungamento della durata media della vita.

La riduzione della natalità, che porta ad una minore proporzione di soggetti giovani nell'insieme della popolazione, è dimostrata da una statistica dalla quale risulta che nel corso di un secolo la per-

tuale di soggetti in età fino a 5 anni è scesa dal 14% all'8%.

Contribuisce poi in maniera determinante ad accrescere il numero degli anziani l'allungamento della durata media della vita: nel 1900 la vita media della popolazione era di 42 anni; 10 anni fa, nel 1961, si è registrata una durata media di circa 70 anni, ed oggi si è giunti, in Europa e negli Stati Uniti, all'età media di 72 anni.

Nel raggiungimento, da parte di un numero sempre maggiore di individui, di età che si avvicinano alla età massima ritenuta possibile sulla base di considerazioni teoriche che tengono conto dei fattori biologici e fisiologici dell'invecchiamento, intervengono determinanti quali il miglioramento delle condizioni di vita, le conquiste della medicina, la migliore assistenza sanitaria, come è dimostrato dal fatto che nei paesi più progrediti dal punto di vista sociale ed economico è più alta la percentuale di persone anziane nel complesso della comunità.

Sono noti i processi biologici e fisiologici attraverso i quali si manifesta l'invecchiamento. Il termine « senescenza » sta ad indicare il progressivo invecchiamento cui va incontro l'organismo umano e che si conclude con la senilità. È una lenta involuzione che colpisce le cellule ed i tessuti, con interessamento delle funzioni più complesse che regolano la normale vita vegetativa. I tessuti si induriscono e

perdono la loro normale elasticità e le cellule si atrofizzano: la cute del vecchio appare infatti spesso scura e grinzosa, compaiono alterazioni scheletriche (incurvamento, deformità), la circolazione sanguigna si fa più difficoltosa, i movimenti diventano più lenti e perdono in scioltezza e si possono avere deficit a carico della vista e dell'udito.

Accanto a questi aspetti biologici della senescenza, nell'uomo si evidenziano anche fenomeni involutivi che interessano le funzioni psichiche e che sono la conseguenza di processi atrofici a carico del S.N.C. Si manifestano innanzitutto deficit attentivi e mnemonici: le persone anziane incontrano una certa difficoltà nel concentrarsi, e ricordano con fatica, soprattutto gli avvenimenti recenti. Diminuisce anche la capacità di apprendere nuove nozioni e si possono manifestare disturbi dell'affettività, con facile emozionabilità e tendenza alla depressione del tono dell'umore. L'insieme di queste turbe porta alle tipiche alterazioni del carattere che si riscontrano negli anziani, che possono apparire sospettosi, egocentrici, talora prepotenti, altre volte irritabili e lamentosi.

I limiti di età nei quali si svolge il processo della senescenza non sono ben definiti, ed esistono ampie possibilità di variazioni individuali: i dati statistici permettono di fissarli tra i 45 ed 60 anni.

L'invecchiamento comporta una progressiva diminuzione dell'efficienza sia sul piano fisico che sul piano psichico. È questa la prima realtà che l'anziano si trova a dover accettare, e che causa le prime difficoltà di ordine psicologico. Il progressivo indebolimento e l'obbligata rinuncia ad attività che richiedono forza e dinamismo propri dell'organismo giovanile possono risultare particolarmente sgradevoli e suscitare una sensazione di inadeguatezza. Se però da una parte alcune funzioni psichiche (apprendimento, memorizzazione) possono apparire menomate, dall'altra vi è l'apporto di una maggiore esperienza e di una maggiore capacità di riflessione, qualità che caratterizzano la saggezza dell'anziano.

La serena accettazione da parte dell'anziano di questa situazione è fortemente condizionata dall'ambiente sociale in cui vive. Un tempo, nonostante la diminuzione dell'efficienza fisica e del rendimento lavorativo, l'anziano manteneva ugualmente un suo ruolo, nell'ambito di una struttura familiare di tipo patriarcale, quale depositario delle tradizioni e quale guida « esperta » cui chiedere consiglio. La composizione dei nuclei familiari, quasi sempre assai numerosi, e la coesione esistente tra i vari membri, fra i quali era molto sentita l'autorità derivante dall'età, dava alla figura del « pater familias » il valore di simbolo da tutti rispettato, ed il vecchio ve-

niva assistito anche quando andava incontro a gravi disturbi di ordine fisico e psichico.

Nella società attuale, nella quale lo sviluppo industriale e tecnologico ha assunto proporzioni vistose, viene richiesta soprattutto la piena efficienza nello svolgimento dell'attività lavorativa ed il valore di una persona viene troppo spesso commisurato sul suo rendimento e sulla sua utilità. È chiaro che sotto questo aspetto le persone anziane si trovano svantaggiate e si assiste ad un progressivo abbassamento dell'età di pensionamento, con l'esclusione dall'ambiente di lavoro di persone che sono ancora in grado di svolgere la loro attività, anche se non possono mantenere i ritmi di produzione richiesti dalla società dei consumi. L'apparente conquista sociale rappresentata dal precoce pensionamento finisce per aumentare la sensazione di inutilità e di esclusione dalla vita attiva.

Oggi nella società e nella famiglia il vecchio ha perso spesso il ruolo di saggio consigliere: il valore dell'esperienza è sminuito per il rapido succedersi delle conquiste tecniche e scientifiche e le opinioni degli anziani sono considerate sorpassate e scarsamente aderenti ad una realtà in continua evoluzione. I grossi nuclei familiari di un tempo si sono spezzettati: i figli che si sposano preferiscono vivere per conto proprio, rimanendo legati ai genitori solo affettivamente, ma rifiutandone il ruolo di guida e di autorità.

L'edilizia moderna ha diminuito notevolmente gli spazi nelle abitazioni, che sono frequentemente anguste ed in grado di ospitare piccoli nuclei familiari. Pur nella loro funzionalità, le case vanno perdendo gradatamente la funzione di centro della vita familiare e diminuisce il tempo che le persone trascorrono in esse. Il vecchio diventa una persona « in più » da ospitare, che può gravare sul bilancio economico e che costituisce comunque un impedimento fastidioso alla libertà di movimento dei componenti la famiglia. Non mancano i figli che assicurano ai genitori la tranquillità economica, ma evidentemente questa non è sufficiente per far sentire l'anziano meno inutile.

Il problema poi si complica nel momento in cui il vecchio comincia ad avere bisogno di assistenza continua: le famiglie attuali difficilmente sono in grado di assicurarla, in quanto l'attività lavorativa tiene spesso occupati tutti i componenti, ed anche i più abbienti trovano notevoli difficoltà nel reperire personale di assistenza.

Il vecchio si avvia così alla solitudine e all'isolamento, anche per le difficoltà che incontra nell'adeguarsi ai nuovi costumi ed ai nuovi modi di vivere, nei confronti dei quali spesso assume un atteggiamento

mento ipercritico, che può essere interpretato come una reazione di difesa davanti a situazioni dalle quali comprende di essere escluso.

L'insieme di queste difficoltà che l'anziano incontra nel processo di adattamento causano reazioni e disturbi di ordine psicologico, con una regressione a modelli di comportamento che ricordano quelli del bambino: il vecchio è spesso ansioso ed irrequieto; talora manifesta sentimenti di aggressività nei confronti di chi lo circonda, nel tentativo di imporre un'autorità ed un rispetto che sente sfuggire; altre volte si isola dal contesto familiare e dalla partecipazione alla normale vita di comunità, incolpando poi i parenti di non renderlo sufficientemente partecipe alle varie attività. Come meccanismo di compenso, egli tende a fuggire da una realtà che gli è ostile, rifugiandosi nei ricordi del passato e nella confabulazione. Ad aggravare poi la situazione di isolamento possono contribuire fattori di privazione sensoriale, derivanti dalla compromissione della vista e dell'udito, che accrescono la difficoltà a percepire e a comprendere il mondo circostante. Talvolta gli aspetti negativi del carattere dell'anziano possono accentuarsi a tal punto da rendere difficile per i familiari la convivenza.

Accanto a queste turbe dell'adattamento esiste poi un vasto capitolo di patologia mentale dell'anziano, nel quale un posto di preminenza è occupato dai disturbi provocati dall'arterioscleosi cerebrale, che può manifestarsi con gravi disordini del comportamento, disorientamento spazio-temporale, perdita della memoria, stato confusionale, fino alla vera e propria demenza.

Nelle demenze, che possono manifestarsi anche in età presenile per precoce atrofia cerebrale, il paziente diviene assolutamente incapace di badare a se stesso, spesso ridotto a pura vita vegetativa e bisognoso quindi di continua assistenza. Le recenti acquisizioni hanno però modificato il concetto classico di demenza senile, finora considerata progressiva ed irreversibile, mettendo in luce quanta parte nel deterioramento mentale dei pazienti istituzionalizzati giochino le deficienze dell'ambiente, l'inattività e l'assenza di interessi.

Abbastanza frequenti sono anche le forme psichiatriche legate a turbe dell'affettività. Le depressioni costituiscono per l'anziano una modalità di reazione alquanto comune davanti alle difficoltà di adattamento o di fronte ad esperienze traumatizzanti (lutti, malattie fisiche, distacco dai familiari, etc.). In altri casi forme depressive insorgono in assenza di un'evidente causa scatenante ed hanno un andamento cronico, dando luogo ad un quadro

sintomatologico caratterizzato da un notevole rallentamento psicomotorio e da perdita di ogni interesse per la vita, con estrinsecazione talvolta di idee di morte e di suicidio.

Non dobbiamo infine dimenticare le forme psichiatriche che rappresentano l'evoluzione di un quadro morboso sviluppatosi in età giovanile (schizofrenia, psicosi maniaco-depressiva).

La persona anziana, per l'insieme dei fattori di ordine fisico e psichico esposti precedentemente, incontra notevoli difficoltà nel condurre una vita indipendente, anche quando le condizioni economiche lo permetterebbero, per cui si rende necessaria un'opera di assistenza. Le mutate condizioni sociali rendono difficile lo svolgimento di questo compito da parte della famiglia, per cui esso deve essere assunto dalle organizzazioni assistenziali, che tuttavia non sono ancora in grado di far fronte a queste necessità.

L'assistenza agli anziani appare quindi nella nostra società ancora deficitaria, e numerosi ed urgenti sono i problemi da risolvere, soprattutto se si tiene conto del progressivo aumento del numero dei vecchi registrato negli ultimi decenni.

Per quanto riguarda le malattie somatiche dell'anziano, notevoli sono stati gli sforzi compiuti con la creazione degli Ospedali Geriatrici e di centri di studio e di ricerca, nei quali vengono prese in esame le cause dell'invecchiamento ed i mezzi per prevenirlo. Queste strutture specializzate nell'assistenza agli anziani sono però spesso limitate ai grossi centri urbani. Nelle altre zone invece il vecchio deve ricorrere alle cure degli Ospedali Generali, che risultano spesso gravati di un numero elevato di soggetti anziani.

Anche soggetti che non presentano forme morbose di gravità tale da richiedere il ricovero in ambiente ospedaliero ricorrono all'ospedale, non tanto come ad un luogo di cura, quanto come ad un ambiente che fornisca protezione ed assistenza.

La frequenza con cui si verifica questo fenomeno, soprattutto nei mesi invernali, testimonia della scarsità di strutture atte ad accogliere l'anziano nel momento in cui non riceve più un'adeguata assistenza dalla famiglia. Le case di riposo per anziani sono insufficienti per numero, ricavate generalmente da edifici inizialmente adibiti ad altri servizi, poco adatte a soddisfare le particolari esigenze dei vecchi, talora con notevoli carenze dal punto di vista dell'igiene e scarsamente fornite di personale di assistenza e di consulenza medica. È una carenza

che è possibile riscontrare nella maggior parte delle regioni italiane e che è sentita anche nella nostra provincia.

Riportiamo alcuni dati ricavati da una indagine eseguita nella provincia di Verona: nel censimento del 1961 le persone oltre i 60 anni erano 94227, con una percentuale di 14,2% rispetto al resto della popolazione. Il numero di posti letto attrezzati negli istituti per anziani sia dipendenti da enti pubblici che da associazioni ecclesiastiche era, nel 1967, di 4.104. La sperequazione tra queste due cifre risulta evidente ed è confermata da uno studio del 1969 condotto in profondità in una zona campione della provincia di Verona. La popolazione interessata ammontava complessivamente a circa 83.000 persone delle quali 13.000 (circa il 13%) erano di età superiore ai 60 anni. Questi anziani avevano a disposizione negli istituti di assistenza solo 455 posti letto. Esisteva cioè 1 solo letto, in casa di riposo, per ogni 28 ultrasessantenni.

Si è accennato in precedenza al fatto che è abbastanza comune riscontrare nell'anziano la presenza di disturbi psichici più o meno marcati. Riteniamo importante soffermarci su questo aspetto, poiché accade frequentemente che proprio per la presenza di questi disturbi il vecchio venga inviato in Ospedale Psichiatrico. In realtà solo raramente l'anziano può definirsi « pericoloso a sé e agli altri », ed in genere la « pericolosità a sé » si limita al fatto che egli non è in grado di badare a sé stesso, ed ha quindi bisogno, come un bambino, di essere guidato ed assistito. Più delicata appare la posizione dei soggetti anziani, quando si affronta il problema sollevato dall'alto numero dei suicidi in età avanzata, come dimostrano i dati statistici. In questo caso la presenza del rischio di un suicidio giustifica la etichetta di « pericolosità », ma non bisogna dimenticare che il fenomeno sta ancora una volta ad indicare la profonda situazione di disagio del vecchio, che può essere risolta solo a livello di prevenzione, con la messa in atto di un insieme di provvedimenti, dei quali il ricovero in Ospedale Psichiatrico è solo l'ultimo aspetto, e non raramente costituisce un'ulteriore motivazione al desiderio di rinunciare alla vita.

Anche nel determinare il ricovero in Ospedale Psichiatrico dell'anziano, giocano i fattori ricordati in precedenza, ossia il rifiuto da parte del nucleo familiare e la scarsità di strutture atte ad accogliere il vecchio. Si giunge così al ricovero di persone che non hanno praticamente alcun disturbo psichico e che anzi si rendono lucidamente conto della loro

situazione. A ciò deve essere probabilmente riferita parte della sintomatologia depressiva spesso presentata dagli anziani in Ospedale Psichiatrico.

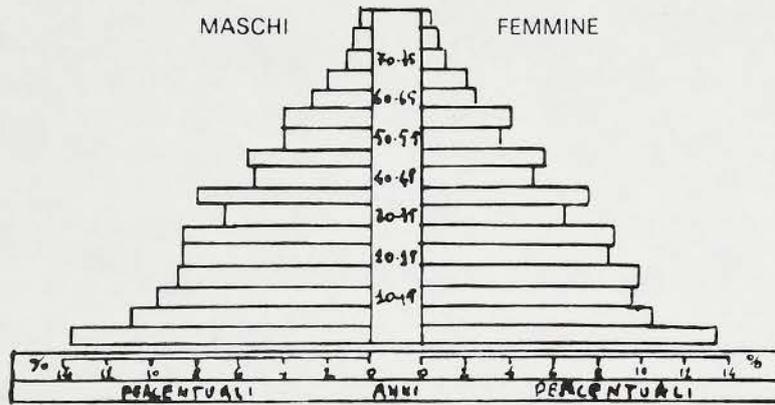
L'Ospedale Psichiatrico non è certamente il luogo più adatto per giungere ad una terapia e ad una riabilitazione del vecchio, che si trova a dover sottostare a regole e a misure cautelative necessarie per gli altri pazienti, con un personale di assistenza in genere pressato da necessità diverse da quelle dell'assistenza all'anziano. Ne risulta un'estrema difficoltà per l'anziano nell'inserirsi nella vita comunitaria dell'ospedale, per cui si accentua la sua tendenza all'isolamento e diventano più marcate le carenze affettive.

Con una certa frequenza la sintomatologia che poteva essere presente all'ingresso si risolve rapidamente, tuttavia per gran parte dei casi la dimissione diventa impossibile, per il disinteresse dei familiari e la scarsità di adeguate strutture extra-ospedaliere.

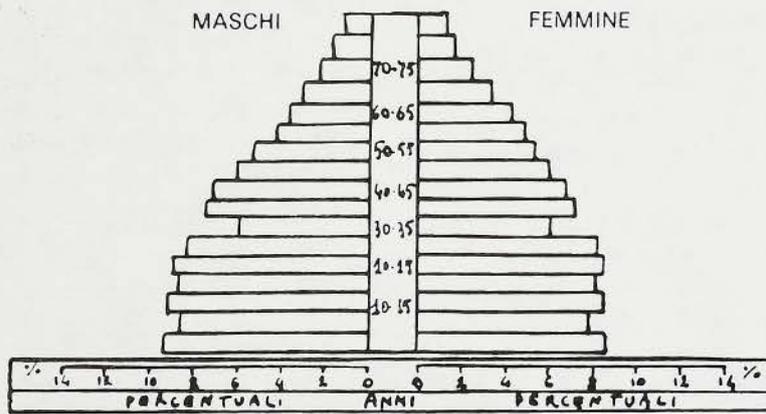
Si assiste così alla permanenza in Ospedale Psichiatrico di un numero sempre maggiore di soggetti anziani: gli ultrasessantenni nell'Ospedale Psichiatrico di Verona all'inizio del secolo rappresentavano il 14,8% dei degenti, mentre attualmente essi raggiungono circa il 30%, con un incremento del 100%.

Un aspetto particolare del problema dell'assistenza agli anziani è rappresentato da quei pazienti da lungo tempo degenti in Ospedale Psichiatrico, il cui ricovero fu dovuto al manifestarsi di gravi disturbi psichici, ma nei quali la forma morbosa ha perso gran parte degli aspetti produttivi, cristallizzandosi in una situazione ben dominabile con le comuni terapie. In questi soggetti, nei quali il motivo di pericolosità è praticamente caduto, con il prolungarsi del ricovero si assiste ad un progressivo impoverimento della personalità, con un deterioramento psichico globale: l'Ospedale Psichiatrico diventa veramente un luogo di indementimento. Nell'impossibilità di un ritorno in famiglia, tali malati dovrebbero invece, opportunamente guidati, essere inseriti in comunità di lavoro, case di riposo e soggiorni per anziani. Occorre cioè attuare, anche nell'ambito della patologia mentale, una terapia riabilitativa, sul modello di quanto viene fatto nella patologia somatica, cercando di ripristinare gradualmente il contatto interpersonale, che in questi malati è sempre deficitario, attraverso una continua stimolazione all'attività fisica e un costante tentativo di coinvolgere il malato in esperienze vitali.

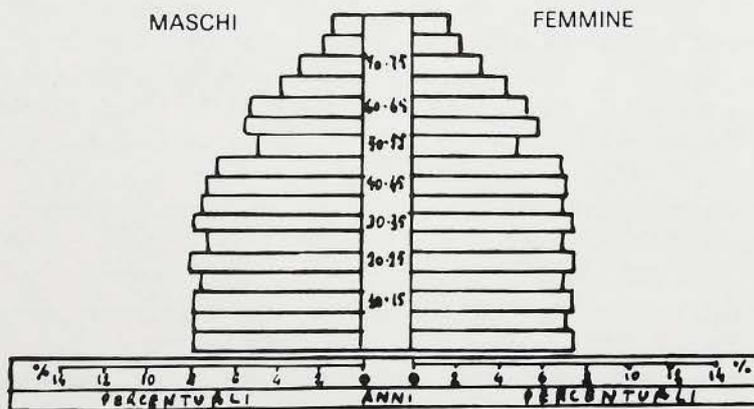
TABELLA N. 1



Composizione per età della popolazione italiana al censimento del 1861

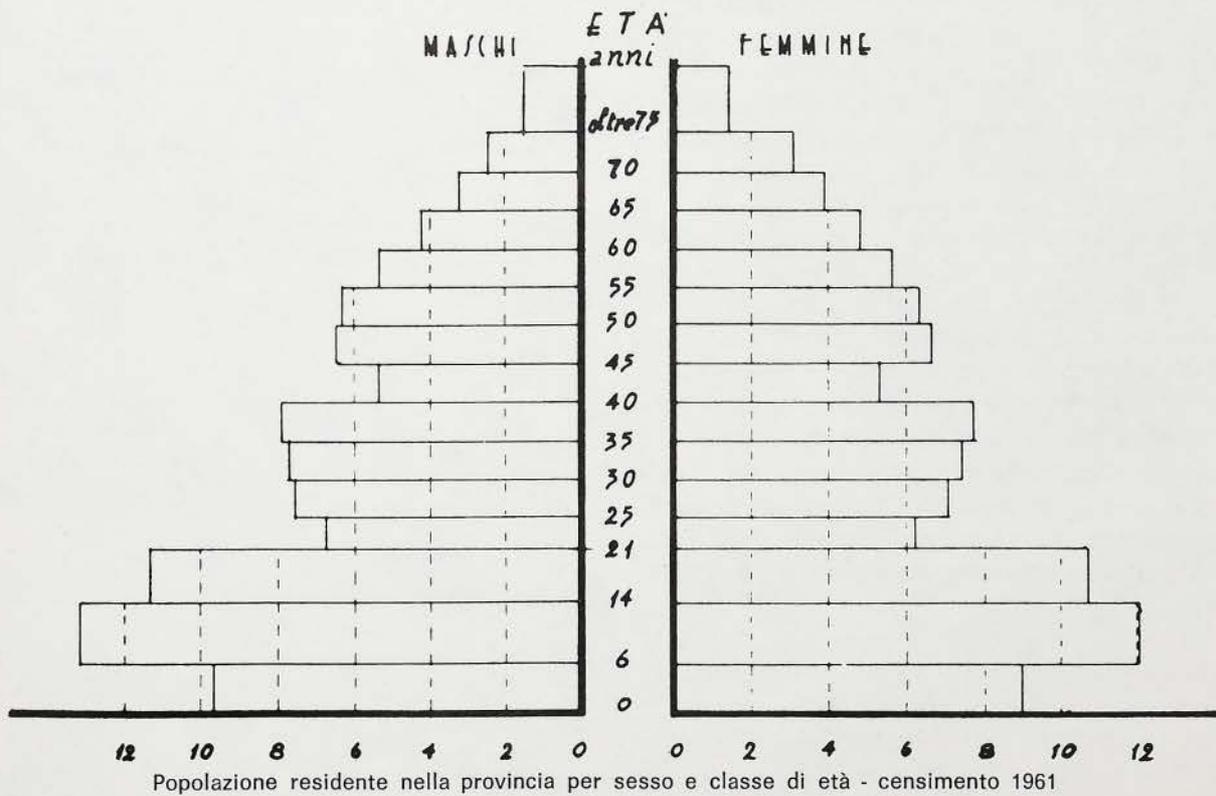
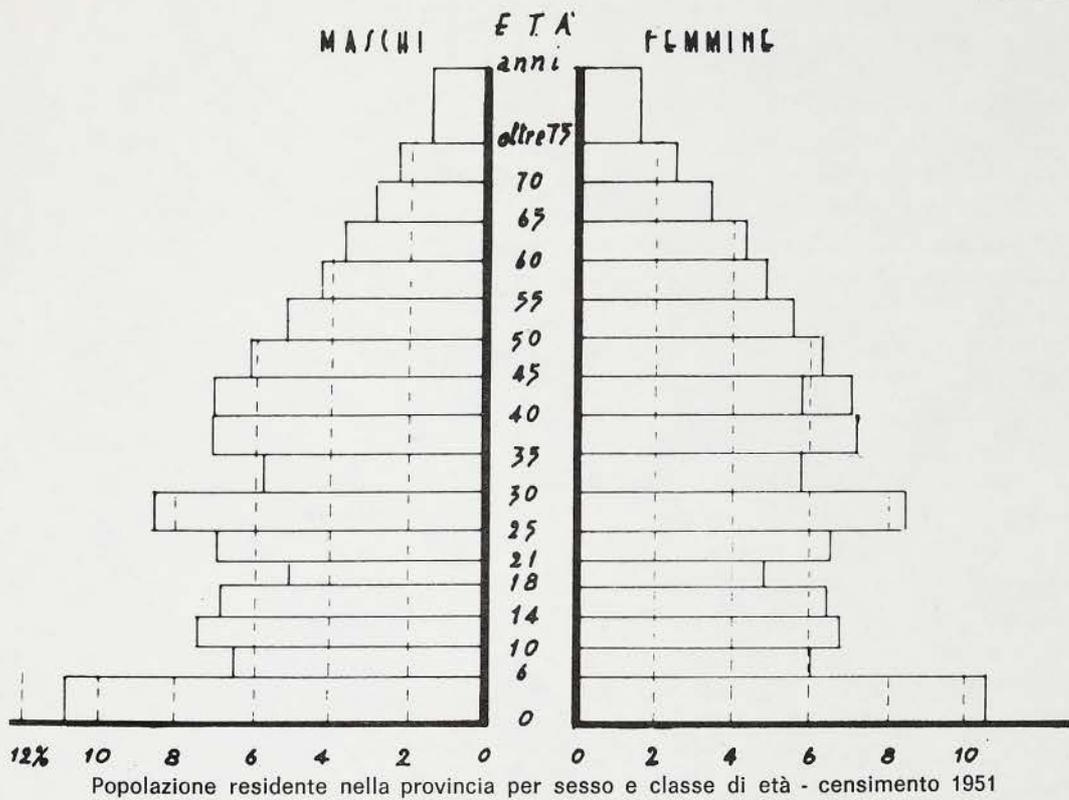


Composizione per età della popolazione italiana al censimento del 1961



Composizione per età della popolazione italiana calcolata al 1971

TABELLA N. 2



da: « LA POPOLAZIONE NELLA PROVINCIA DI VERONA - 1968 ».

Noi riteniamo che, per poter tentare un discorso costruttivo nell'ambito dell'assistenza agli anziani, sia essenziale una chiara presa di coscienza del problema, partendo da una valutazione obiettiva della realtà sociale e ambientale, che tenga nel giusto conto il fatto che la popolazione degli anziani è in continuo aumento, mentre le strutture sociali e familiari tendono ad escludere il vecchio. Senza di questo ogni proposta rischia di essere parziale e di contribuire ad aggravare il problema, anzichè a risolverlo.

È importante che la popolazione ed i nuclei familiari in particolare siano sensibilizzati alle difficoltà che l'invecchiamento impone, affinché il vecchio sia allontanato dall'ambiente in cui vive solo nei casi estremi, e resti sempre aperta una porta per un successivo reinserimento.

Il ricovero in casa di riposo va limitato alle persone rimaste pressochè prive di mezzi e soprattutto sole. Deve trattarsi anche in questo caso di strutture nelle quali, accanto alla modernità e funzionalità dei servizi, sia salvaguardata la personalità del vecchio e le sue particolari esigenze. Le esperienze finora compiute in questo campo con la costruzione di case di riposo « modello » e delle cosiddette « case albergo » per anziani, lasciano intravedere la difficoltà di ricreare in questo ambiente il clima affettivo che è proprio dell'ambito familiare.

Si è già detto dell'importanza che vanno assumendo gli ospedali geriatrici per la cura e lo studio della patologia dell'anziano. Anche questi Istituti tuttavia devono adattarsi al vecchio, non favorire il suo disadattamento, imponendogli un regime di vita impersonale e standardizzato, pronti ad allontanarlo, inviandolo in Ospedale Psichiatrico, quando egli diventi scontroso, irritabile, capriccioso e, in definitiva « noioso ». All'interno degli Ospedali Geriatrici occorre, al contrario, che sorgano reparti psichiatrici in grado di assicurare l'assistenza medica specializzata per l'anziano, anche nell'ambito della patologia mentale. Il ricovero in Ospedale Psichiatrico rimarrà così limitato alle forme acute e per il tempo strettamente necessario alla sua risoluzione, sia che si giunga alla guarigione e sia che la malattia si cronicizzi.

Il cammino per giungere a queste soluzioni sarà indubbiamente lungo e difficoltoso, ma solo con un impegno serio e globale sarà possibile riportare il « problema degli anziani » in termini più accettabili, ed ognuno di noi potrà avviarsi alla vecchiaia con animo più sereno, senza il timore della solitudine e dell'abbandono.

BANCA MUTUA POPOLARE DI VERONA

SOCIETA' COOPERATIVA DI CREDITO A R. L.

ANNO DI FONDAZIONE 1867

SEDE CENTRALE: VERONA

12 agenzie in Verona - 46 dipendenze in provincia

BANCA AGENTE

per il commercio dei cambi e delle valute

Tutte le operazioni di banca e di borsa

