



LA DIMENSIONE INTERIORE COME RISORSA DI CURA NELLA MALATTIA MENTALE

Aula Magna, Istituti Ospedalieri di Cremona,

Gianni Cervellera
28 gennaio 2016

Quel tratto tipico dell'adolescenza che spinge a sperimentare in prima persona, a bruciarsi con le proprie mani anziché ascoltare i consigli degli adulti, persiste in ciascuno di noi. Diffidiamo dei concetti e vogliamo sperimentare e se dobbiamo sentire qualcuno, piuttosto preferiamo ascoltare racconti, più che astrazioni. Così, per parlare di un tema che invita a scrutare le possibilità di cura nella malattia mentale attraverso la spiritualità mi servirò di alcuni racconti, frutto di esperienza.

Permettetemi, però, alcune notazioni che ci introducono al tema e fissano alcuni pilastri della nostra riflessione.

Possiamo pensare alla follia come un dono, come una risorsa?

E come intendere, altrimenti, quello stato di grazia che nasce lontano dalla normalità, sperimentato da molti artisti? E quanto vuote sarebbero le nostre biblioteche e soprattutto i nostri musei senza l'apporto di chi ha vissuto sulla propria pelle e nella testa il dramma dell'inquietudine, dell'angoscia profonda, della disperazione e dell'esaltazione, della depressione e dell'euforia dilagante?

C'è una enorme produzione artistico-letteraria che è opera di persona che hanno sofferto di disturbi mentali.

Non solo un modo diverso di guardare la realtà, ma anche un modo più sorprendente.

Il mondo interiore della persona con problemi mentali non è diverso da quello degli altri, è solo più abitato, quindi più ricco. Con Max Scheler possiamo affermare che i sentimenti spirituali non ammalano, aggiungendo che si colorano in modo differente. Non un peso, ma una risorsa è la stessa malattia mentale. Sono consapevole delle difficoltà di relazione e di comunicazione in questo stato, ma è bello scoprire il positivo che c'è in questa condizione di vita.

Quando si parla di cura in ambito psichiatrico, bisogna abbandonare il paradigma di malattia-guarigione degli altri settori della sanità. Qui per cura possiamo intendere quella riabilitazione che misura anche il più piccolo aumento di autonomia e/o di recupero della persona. Passare dallo sradicamento dell'io devastato dalla patologia alla ricostruzione della persona a partire dal proprio mondo interiore è possibile.

La cura attraverso la spiritualità del paziente è possibile a partire dalla cura del mondo interiore dell'operatore. È necessario coltivare questo per riuscire a leggere

più in profondità il sentire del paziente. La conoscenza delle dinamiche spirituali non è appannaggio solo degli esperti, ma è un sapere in larga parte diffuso, del quale tutti possediamo almeno alcune nozioni.

La persona come sintesi, ovvero o la cura è integrale o non è.

“Non bisogna tentare di guarire gli occhi indipendentemente dalla testa né la testa indipendentemente dal corpo, così non bisogna neppure tentare di guarire il corpo indipendentemente dall'anima: la causa, per la quale ai medici ellenici sfugge la maggior parte delle malattie, è che essi trascurano il tutto che bisogna curare e che, se sta male, rende impossibile che la parte stia bene. Tutti i mali e tutti i beni, diceva, provengono al corpo e all'uomo intero dall'anima, dalla quale affluiscono come dalla testa agli occhi: bisogna dunque curare in primo luogo e soprattutto quella, se la testa e il resto del corpo devono stare bene. E l'anima, caro amico, è curata con certi incantamenti e questi incantamenti sono i bei discorsi, dai quali si genera nelle anime la saggezza; e, quando essa si è generata ed è presente, è facile ormai procurare la salute alla testa e al resto del corpo” (Platone, *Carmide*)

Il senso del testo di Platone è chiaro.

Usare le parole

Le parole sono dunque lo strumento per la cura attraverso la dimensione interiore. Non necessariamente quelle verbali, anche i silenzi sono parole.

La difficoltà di comunicazione c'è, però attenzione alla logica interna del linguaggio, che può rivelarsi molto positiva.

Entrai in quel reparto per la prima volta come operatore pastorale. Mi accompagnò mia moglie che già lavorava lì come educatrice. Mi presentò ad alcune ospiti della comunità e una di loro (Carla), rivolgendosi a me disse: “Ah, lei è il marito dell'Anna?” e io, volendomi presentare anzitutto come operatore e non come il marito di ..., risposi: “anche”. E la paziente, alquanto sorpresa ma non troppo: “Come? Ha pure un'altra moglie?”

Lei era stata molto logica nella sequenza delle parole, io, invece prevenuto e già con la risposta in testa, avevo seguito il mio pensiero e non la sequenza del dialogo, dando forse per scontato che la persona che mi stava di fronte non fosse in grado di capire del tutto.

Un frammento di dialogo che pur mosso da buone intenzioni nello stabilire una relazione su chiare posizioni, finisce immediatamente per confondere le idee.

Questo breve scambio poteva avvenire ovunque e sappiamo che l'equivoco è all'ordine del giorno nelle nostre conversazioni. Da che cosa si capisce che è avvenuto in ambito psichiatrico? Beh, nulla se non viene detto esplicitamente. Se potessimo rivedere la scena ci accorgeremmo che il moto di sorpresa era appena percettibile. In un altro contesto, la sorpresa sarebbe stata più evidente, oppure per rispetto dell'interlocutore la signora si sarebbe trattenuta dal fare altre domande. In questo caso la paziente poteva essere abituata a risposte non del tutto logiche o coerenti con le domande e sgombra da pregiudizi, senza aver nulla da perdere, ha proseguito il dialogo.

Dialogo, colloquio, discussione, chiacchierata, conversazione... ed altro per dire che senza una mediazione comunicativa non ci può essere relazione.

Perciò, il tema della relazione si sposta immediatamente su quello della comunicazione. La motivazione è ovvia, il perché è nella nostra vita, ma le domande più interessanti sono: che cosa comunichiamo? Come comunichiamo? Con quale obiettivo? E in psichiatria come funziona la comunicazione? Le domande sono importanti anche se spesso le risposte che diamo in questi contesti non sono efficaci.

La domanda decisiva, quella che ci sta a cuore per l'evento nel quale ci inseriamo è: "La presa in carico attraverso la dimensione interiore in che modo può sostenere le persone che soffrono di disturbi mentali? E questa, come può inserirsi nella più generale cura?" Non è questione da poco se pensiamo che fino a non molto tempo fa, e forse ancora oggi, lo stigma sulla malattia mentale faceva ritenere queste persone "carne perduta". Un convegno in Vaticano nel 1996 (meno di vent'anni fa) aveva per titolo: "*A immagine e somiglianza di Dio, sempre? Il disagio della mente umana*". La frase provocatoria faceva riferimento a tempi in cui nel mondo e in alcune frange della chiesa si riteneva che il malato di mente non avesse piena dignità di figlio di Dio. Ed è proprio questo che può fare la differenza: vedere nella persona affetta da problemi mentali l'immagine piena di Dio, la sua somiglianza, il suo volto.

Nel cuore del tema

Entriamo più in profondità nel nostro argomento. Quella "immagine" va ricostruita perché spesso appare scomposta, proprio come un quadro di Picasso, pensiamo per esempio a Guernica.

Qui Picasso ci presenta tutti gli elementi di un bombardamento durante la guerra, ma il racconto va ricostruito, segue una logica più emotiva che intellettuale, colpisce il dramma, anzi la tragedia e le sue conseguenze, più che il fraseggio figurativo del dipinto. Per Guernica abbiamo bisogno di uno strumento interpretativo che può

essere una guida oppure studi specifici sull'opera oppure di un articolato lavoro di decodifica con esiti diversificati e soggettivi. Lo stesso fenomeno avviene in psichiatria. Di fronte a noi ci sono tutti gli elementi, basta saperli leggere. Certo nell'interpretazione clinica abbiamo bisogno di alcuni criteri scientifici di valutazione, ma se ci sono due persone l'una di fronte all'altra non è difficile riconoscersi simili in qualcosa.

Se l'episodio citato prima (*quello di Carla*) è un frammento di una conversazione che a sua volta è un frammento di una relazione, in generale noi possiamo affermare che ogni relazione è frammento per l'impossibilità a fondersi pienamente di due persone e per una certa incomunicabilità che rimane anche tra chi ha un'intesa profonda.

È vero anche che noi possiamo ritrovare il tutto in un frammento, come recita uno dei principi della cultura post-moderna. A livello spirituale tutto ciò è senz'altro presente. È come l'amore di una mamma per i figli: non si divide in parti uguali ma dà tutto a tutti.

La frammentazione in psichiatria può dare origine ad un certo sconforto nell'operatore il quale farà fatica a rintracciare i progressi del percorso terapeutico. Si può seguire per anni una persona, fare mille attività riabilitative e poi scoprire che in un attimo tutto viene bruciato da un malinteso, da una parola detta male. È necessario recuperare un'altra modalità comunicativa e di comprensione. A livello di gratificazione dell'operatore bisogna essere contenti dei piccoli progressi nel recupero dell'autonomia e della capacità di vivere bene con se stessi e con gli altri, proprio come si fa con i progressi di un neonato, per il quale ci si rallegra del minimo accenno di sorriso e del primo balbettio, come se fosse il discorso di un grande oratore. Per fare questo occorre perdere molto, molto tempo con i pazienti psichiatrici per capire il loro linguaggio, il loro modo di essere. Siamo troppo abituati al nostro modo, per così dire "normale" che facciamo molta fatica a comprendere altre modalità di stare al mondo. La frequentazione supera il fenomeno della frammentazione. Stando insieme si riconosce il tipo di sorriso, di pianto, di sguardo proprio come fa la mamma con il neonato. Una mamma capisce anche il figlio muto. Stare è sempre più importante del fare.

Ancora una storia

Durante il viaggio di ritorno da una visita alla sindone di Torino mi ritrovo a fare qualche commento sul pullman insieme ai colleghi con i quali abbiamo accompagnato un gruppo di ospiti della nostra struttura. È presente qualcuno dei nostri figli. Il discorso finisce sulla colazione del mattino. Ludovico che ha ascoltato tutto e con la voglia di intervenire dice: "crumiri, Torino, fiat". Un operatore rimprovera Ludovico dicendogli di tacere con le sue storie. Per tutta la sua vita da

ricoverato Ludovico aveva come abitudine di collocarsi al centro di una piazzetta o nel bel mezzo di un viale e tenere un comizio, di solito contro i comunisti o per ricordare le atrocità della guerra. Ho pregato allora Ludovico di continuare. Mi sono accorto della sua voglia di intervenire nel colloquio che si stava sviluppando in quell'improvvisato salottino in fondo al pullman.

Il suo intervento a ben riflettere era molto logico: noi parlavamo di biscotti e lui ha detto crumiri, che sono tipici biscotti torinesi. La parola “crumiri” non indica solo i biscotti ma anche coloro che non fanno sciopero. Subito ha detto Torino con molta coerenza. Tornavamo proprio da quella città e poi era la città dei biscotti. Infine, Fiat. Beh, per un oratore di comizi come lui, cosa c'è di più entusiasmante della Fiat, dove magari poter tenere un bel discorso sindacale?

Il nostro discutere sui biscotti da colazione non era più interessante del suo e poi c'era la voglia di dire la propria nel contesto in cui si trovava.

Se, dunque, la relazione si fonda essenzialmente sulla comunicazione la domanda che circola sempre, e deve essere così, nella nostra mente è: “Che cosa vuole dirmi?” “C'è un messaggio che posso cogliere oltre il contenuto che mi viene proposto?”

È tipico, ad esempio, che, quando una persona entra per la prima volta in un contesto psichiatrico si veda circondato da qualcuno che chiede una moneta, un caffè, una caramella. Questo ho visto che accade in Italia, in Spagna, in Germania... se mi fermo al contenuto della richiesta, mi muovo a pietà e sborso una moneta, ma se vado un po' oltre, capisco che quella non è probabilmente che una domanda di affetto e di attenzione. È probabile che l'alienazione non faccia più percepire al malato che sta chiedendo affetto, ciò non vuol dire che il vero messaggio sia proprio quello.

Sulla malattia mentale e i processi di cura.

Va precisato che quando si parla di malattia mentale bisogna pensare ad un campo vastissimo e di una serie di patologie che non sono sovrapponibili né per diagnosi, né tanto meno per terapia. Spesso si mettono insieme, schizofrenie, depressioni, disturbi della personalità, disturbi cognitivi, disturbi dell'alimentazione, ritardi cognitivi... Insomma, si accomunano patologie che riguardano la mente ma che è necessario distinguere per un corretto percorso terapeutico. E poi quali sono le patologie che non riguardano la mente quando si afferma che il 95% delle nostre malattie è di natura psicosomatica? Dirò di più. La particolare configurazione con cui si presenta la malattia da soggetto a soggetto richiede una estrema attenzione individuale. Non esistono protocolli strettamente definiti e rigidi per la cura psichiatrica, che è sempre al tempo stesso scienza ed arte, conoscenza scientifica e sapienza umana. Se la

psichiatria vuole evitare le derive farmacologiche e fisiopatologiche, ha necessità di integrare nella clinica modalità umane ed umanizzanti.

In un contesto multiforme e variegato anche la cura spirituale delle persone affette da problemi mentali deve seguire specifiche identità, senza dimenticare che l'uomo resta sempre uomo con le stesse caratteristiche e questa cura non deve tralasciare nulla di quanto viene offerto nei contesti più diffusi nei quali si svolge la vita sociale ed ecclesiale, se rimaniamo in ambito cristiano. Anzi, la parola chiave può essere quella della integrazione, associata ad una concreta valorizzazione. Queste persone in contesti di buona accoglienza possono dare un contributo enorme alla vita delle nostre comunità.

Proprio qualche settimana prima che papa Francesco regalasse in piazza un vangelo a tutti i presenti, anticipando quel gesto, abbiamo regalato un piccolo vangelo agli ospiti che frequentano la catechesi settimanale, con la sola indicazione di leggere almeno un brano per la volta successiva. È stata sbalorditiva la loro capacità di leggere e interpretare il brano, con un entusiasmo che poche volte si vede nelle parrocchie.

Talora ci si chiede come si fa a fare catechesi con pazienti psichiatrici? Il modo migliore non è fare a loro la catechesi, ma lasciare che siano loro a farla a noi.

Il dono

Se usciamo dalla logica dell'handicap per approdare alla visione di un modo diverso di stare al mondo, allora anche le persone con disturbi mentali appaiono come un dono. Non che la malattia mentale sia un dono. Chi ne soffre avrebbe quantomeno qualcosa da ridire e la maggior parte farebbe volentieri a meno di sentirsi triste, scoraggiato, depresso, di dover rincorrere le voci di dentro e dover sopportare l'ironia e la pietà degli altri. Dal nostro punto di vista come persone che vogliono farsi accompagnatori di chi soffre ci deve essere la consapevolezza e direi ancora di più il desiderio di farsi compagno di strada. La malattia mentale fa saltare tutte le logiche di benessere che quotidianamente rincorriamo, eppure, nascosta sotto la coltre, ammantata dalle delusioni e dalle occasioni mancate, resiste in maniera decisiva quella sensibilità che ogni cuore umano sperimenta. L'angoscia, l'amarezza, il disprezzo di sé, l'incapacità a capire non cancellano il linguaggio dell'amore, che è sempre possibile adoperare.

Che cosa permette di avvicinarci con affetto e amorevolezza ad un malato verso cui l'istinto ci spinge a tenerci lontani?

Lo sguardo differente. Basta leggere alcune delle tante pagine scritte da Eugenio Borgna per scoprire la grande opportunità che ci viene data dalle persone che soffrono di disturbi mentali. Per altro, la psichiatria, studiando il comportamento

differente, illumina tutto l'agire umano, come dire: al limite della condizione umana, quando le connessioni sono esasperate e i limiti imposti dal rispetto sociale sono saltati, ecco apparire l'uomo così com'è. Perciò, possiamo dire che la relazione in psichiatria è paradigmatica della relazione umana. Nel frammento della psichiatria viene spiegata la nostra condizione.

Nonostante gli studi e le ricerche, la mente umana rimane ancora un grande mistero e la psichiatria fatica a trovare nuove soluzioni. Questa percezione del mistero accosta la nebulosità della mente a quel velo dietro cui si nascondono le verità divine: la mente è mistero, così come Dio è mistero. Cosa c'è di più teologico del mistero? Questo carattere, anziché dettare la legge dell'impassibilità, ha sempre spinto a cercare piste di letture e squarci attraverso cui apprendere qualcosa di Dio. Allo stesso modo il mistero della mente muove a scoprire nuovi elementi di diagnosi e nuove attenzioni di cura.

Se entriamo nella logica di considerare il malato come un dono allora scatta in cambio una risposta d'amore. "Amor ch'ha nulla amato amar perdona" direbbe Dante. Non si può non ricambiare l'amore che ci viene donato con l'amore. E così mettiamo in atto mille risorse per rispondere ai bisogni di chi è colpito nella mente. Dono chiama dono.

La responsabilità

Se nella comunicazione interpersonale la domanda fondamentale è: Che cosa vuole dirmi? Per la dinamica del dono la domanda di fondo è: "Che effetto ottengo da una determinata azione?" La risposta del dono chiama in causa la nostra responsabilità nell'accompagnamento e nella cura, quel senso di solidarietà che ci invita a dare a chi ha ricevuto meno, oppure a chi ha ricevuto altro, ci invita a scambiare i doni. In qualità di operatori sanitari, volontari, operatori di pastorale è necessaria quella responsabilità nell'usare tutti i talenti che possediamo in favore degli altri. Il dono è al tempo stesso talento e regola, comunque è responsabilità. Voler bene a qualcuno vuol dire prendersi carico, offrire il meglio, predisporre affinché l'altro cresca nel migliore dei modi. Amare è servire. Il sofferente parla al nostro cuore di persone e alla nostra mente di professionisti della salute.

In psichiatria siamo soliti parlare di riabilitazione per esprimere la modalità principale di attenzione e di cura. Siamo usciti dalla dimensione cautelativa e custodialista per ridare nuova dignità ai malati di mente. In senso tecnico vi sono diverse modalità operative. Quando si riabilita qualcuno non solo gli si offre la possibilità di fare ciò che prima gli era negato, vuol dire al tempo stesso ridare alla persona quel consenso sociale che permette di essere ben accetto. Qui è necessario superare ancora lo stigma esistente e resistente sulla malattia mentale.

La cura pastorale con persone che soffrono di disturbi mentali

(Potremmo dire con Battiato: *Ti proteggerò dalle paure delle ipocondrie, dai turbamenti, dai dolori e dai tuoi sbalzi d'umore...dalle ossessioni delle tue manie*).

Prendersi cura del mondo interiore di una persona si può anche tradurre in cura pastorale. L'immagine del buon pastore che prende in braccio la sua pecora più debole è la stessa che con termine tecnico definiamo *caregiver*, colui che si prende cura, colui che si prende in carico.

Se la psichiatria tende a superare atteggiamenti paternalistici e puramente assistenziali con l'intento di generare a vita nuova i soggetti sofferenti, la cura pastorale non può non seguire la stessa strada. Perciò, supera l'atteggiamento di pietà e di malintesa compassione per approdare a nuove modalità di relazione. Nulla viene negato di ciò che la Chiesa propone normalmente. Sicuramente i sacramenti dell'iniziazione cristiana (battesimo, comunione, cresima) e della guarigione (riconciliazione e unzione degli infermi) – discorso a parte, ovviamente, meritano il matrimonio e l'ordine. Le affermazioni precedenti sulla dignità del malato di mente e sulla sua completa integrazione sociale non devono far dimenticare che comunque esiste un problema di salute e condizioni che rendono difficile l'accesso a specifiche situazioni.

L'accesso ai sacramenti deve prevedere la dovuta catechesi. E qui la domanda che già ho anticipato: “Come si fa a fare catechesi a persone con ritardo mentale, a schizofrenici, a depressi, a psicotici?” C'è una sola risposta possibile: provare e riprovare, sperimentare sul campo. Come ogni cosa fino a quando non la si sperimenta tutto sembra impossibile, poi lentamente nel tempo emergono scenari imprevedibili. Certo, ci vuole un buon lavoro sul linguaggio da usare, non solo espressioni logico-verbali ma anche linguaggi del corpo, canali e modalità comunicative semplici ma non banali, comprensibili ma non infantili, considerando che non tutto è deteriorato nelle persone.

Oltre la dimensione sacramentale e catechetica c'è tutta una serie di relazioni sananti che possono guidare ad un accompagnamento spirituale utile ai destinatari.

Da qualche decennio la pastorale (ed anche la teologia che sostiene l'azione ecclesiale) per veicolare il messaggio eterno del Vangelo utilizza il paradigma e gli strumenti delle scienze umane, in particolare della psicologia (nei secoli precedenti il paradigma era quello della filosofia). Ora, non bisogna perdere di vista che una cosa è il mezzo, altro è il contenuto. Viviamo in un'epoca, però, in cui il mezzo rischia di

essere il fine, al punto da essere talmente ingombrante che si perde di vista la meta. In particolare, nel mondo della salute si è fatta strada la dinamica della relazione d'aiuto sul modello della psicologia umanistica. È un ottimo strumento per stabilire una sana comunicazione. Ha solo il limite di fermarsi sempre un attimo prima della proposta, che a volte è necessaria e sanante. Non è detto che la forma della proposta debba essere forzatamente verbale, a volte basta solo la testimonianza di vita, la vicinanza, la compagnia.

In psichiatria c'è un sapere scientifico che viene dalla clinica, un sapere psicologico altrettanto necessario e c'è un sapere spirituale e pastorale che non può essere considerato da meno.

Costruire relazione

Come si fa a stabilire una buona relazione? Questo è ciò che abbiamo imparato a contatto con persone sofferenti. Ci soffermiamo su cinque aspetti, a partire da alcune esperienze.

1. Primo elemento: **discernere** e capire i messaggi.

Giorgio è la riprova di come l'ostilità apparente sia solo un muro di difesa contro chi in qualche modo gli "rompe le scatole" in un contesto in cui gli è negato tutto e tutto è sotto controllo. Dal primo momento in cui siamo arrivati alla Certosa lui si è defilato in un percorso personale fatto di andirivieni, un'altalena tra distanza e appartenenza al gruppo, probabilmente con lo scopo di farsi i fatti propri e dimostrare la propria indipendenza e autonomia. Refrattario ad ogni invito ad unirsi in maniera compatta al gruppo. Alla richiesta di accodarsi per visitare il chiostro, mi ha letteralmente mandato a "fanc...". Più tardi, Cesare è uscito dal cortile per sedersi su una panchina del piazzale e fumare una sigaretta. Giorgio lo ha seguito ma non aveva le sue sigarette Marlboro oro. L'educatrice mi ha dato un pacchetto di Marlboro rosse che in precedenza aveva rifiutato. Mi sono avvicinato ai due in silenzio. Giorgio continuava a girare attorno alla panchina senza chiedere nulla, di tanto in tanto lanciando occhiate alla sigaretta di Cesare. Dopo qualche minuto ho estratto il pacchetto rosso e l'ho proposto a Giorgio, dicendogli che, se voleva c'erano quelle. Lui ha preso il pacchetto (prima sorpresa positiva) lo ha scartato e gettato la plastica nel cestino. Ha preso una sigaretta, ha chiesto di accendere e l'ha fumata. A metà non ha resistito e l'ha gettata. È stato positivo il gesto di accettare la sigaretta, di provare a fumarla ma evidentemente era contro il suo desiderio.

Nessun altro segnale di partecipazione fino al pranzo. Sono capitato seduto al suo fianco destro. Erano rimasti solo due posti. Ho fatto cenno di sedersi sul lato lungo e io mi sarei seduto a capotavola. Lui non si è neppure spostato e si è

seduto a capotavola (doveva forse dire che era lui il capo?). Contrariamente al menù proposto, ha scelto la pizza che sapevamo essere un suo grande desiderio.

Ha aggredito la pizza con un coltello decisamente poco tagliente. Non mi sono prestato ad aiutarlo e lui non ha mai lanciato richieste di aiuto. Un paio di volte gli ho domandato se era buona e di suo gradimento. Ha risposto solo con un cenno della testa. Nel menù era previsto il vino e abbiamo scelto un quartino di rosso, ma lui preferiva il bianco e così ho fatto arrivare anche un quartino di bianco. All'arrivo del vino Cesare ne ha voluto un po' e ha scelto il bianco e quando Giorgio si è accorto che l'aveva quasi finito, ha fatto l'aria seccata. Così, ho chiesto un altro quartino e gli ho riempito mezzo bicchiere: questo deve averlo conquistato.

Verso la fine del pranzo si è recato in bagno e uscendo ha esclamato a voce alta: "mi sono pisciato addosso...". Fortunatamente lo abbiamo sentito solo noi, perché gli altri commensali parlavano in maniera sostenuta e comunque la cosa non era evidente dai pantaloni.

Prima di lasciare il tavolo, rivolgendomi per la prima volta la parola e senza guardarmi, mi ha detto: "quand'è che torniamo?" e io: "Allora, ti è piaciuto, non lo avevo capito finora".

Nel viaggio di ritorno è rientrato nel suo ruolo silenzioso. Scendendo dal pullmino mentre tutti salutavano a voce chiara, lui, senza proferire parola, mi ha dato due leggeri colpetti con la mano sul braccio e un leggerissimo cenno di complicità della testa. Avrà voluto ringraziare?

È chiaro, c'è qualcosa che va oltre i messaggi di ostilità e ci vuole un sano discernimento per entrare in relazione.

2. Come in ogni realtà anche in psichiatria va scelto il **momento opportuno** per dire qualcosa, modalità e opportunità.

Luisa è fortemente depressa e alcolista. Mi incontra sul viale quasi tutte le mattine mentre vado in ufficio. Si è stabilita una certa amicizia per cui mi saluta e mi chiede della famiglia, dei figli...io rispondo e chiedo qualcosa di lei. Una mattina mi dice che sta particolarmente male e mentre parla, sento che il suo alito sa molto di alcool. Prima resisto e poi cedo alla tentazione di dire: Ma cara Luisa se tu di primo mattino, subito dopo aver preso la terapia vai a bere la birra e chiaro che peggiori la situazione. Lei rimane visibilmente stizzita e mi rimprovera dicendomi: "chi ti credi di essere per rimproverarmi?"

Qui, ho sbagliato il momento e soprattutto sono uscito dal mio ruolo di operatore pastorale per vestire i panni del parente o peggio dell'infermiere. Non era quello il mio compito. Ci sono già i medici, gli infermieri, gli ausiliari e gli educatori a ricordarle quello che deve o non deve fare. Io sono per lei il respiro di un amico a cui confidare le cose senza sentirsi giudicata. Per tre anni non mi ha più salutato. Ci sono voluti molti gesti di vicinanza per recuperare la relazione con lei.

3. Terzo elemento: l'intuizione, quella capacità di saper leggere la situazione e decidere che direzione prendere, lasciandosi guidare dai sentimenti in gioco e dalle forze che si hanno a disposizione.

Durante un convegno mi trovo a condurre un laboratorio sulle persone che soffrono di problemi mentali dal punto di vista della pastorale della salute. Ai partecipanti era stata fornita una traccia di massima degli argomenti che avremmo trattato. Nella prima parte ho cercato di suscitare la partecipazione di tutti in un continuo gioco di rimando e di proposte. A metà vengo interrotto bruscamente da una partecipante che con tono austero mi rimprovera di non aver sviluppato gli argomenti scritti sul foglio di presentazione. Cerco di giustificare l'evoluzione dell'incontro ma la signora non sente ragioni e vuole sapere soprattutto come relazionarsi con un paziente psichiatrico perché lei, pur essendo infermiera, non riesce a capire come fare. Guardo i presenti e subito lo sguardo cade su un partecipante che era già intervenuto diverse volte e che sapevo essere ricoverato in una struttura psichiatrica da quasi vent'anni. Lui mi capisce al volo, senza che io dica una parola e risponde alla signora. La sua testimonianza era incontrovertibile. Era lui, in qualità di sofferente, l'unico a poter dire come ci si deve comportare. Ha salvato il laboratorio. Finito l'incontro l'infermiera mi avvicina giustificando il suo intervento a causa della malattia di un suo fratello che è costretta a curare da più di 30 anni senza riuscire a ricavare nulla di buono.

Ho fatto ricorso ad una intuizione e avevo anche, fortunatamente, a portata di mano la risorsa giusta.

4. Un altro elemento sta nel puntare all'obiettivo che vogliamo raggiungere insieme alla persona, ascoltando i suoi bisogni ma senza lasciarci distrarre da altro. Noi siamo lì come operatori sensibili alla dimensione interiore se non sempre possiamo dirlo, almeno sia chiaro per noi.

Carlo è ricoverato in una comunità psichiatrica riabilitativa. La sua diagnosi è di schizofrenia paranoide. Si porta dietro un'immagine da latin lover ma confida di avere molta paura delle relazioni interpersonali. Non parla volentieri del suo passato e del quartiere da cui proviene. La sua malattia è stata anche condizionata da un ambiente dove vige un notevole disagio sociale.

Qui fa amicizia con una suora presente nella struttura. Parla più volte con lei e tra l'altro confida di non aver mai ricevuto la prima comunione e la cresima.

La suora invia il caso al cappellano che incontra Carlo e, visto il suo desiderio, gli propone un percorso con incontri settimanali. Il cappellano gira a me la sua preparazione.

Carlo presenta alcuni problemi di comprensione del messaggio, di confusione tra diverse situazioni. Rincorre facilmente altre idee religiose (buddismo, new age...), pur senza rimanere mai pienamente coinvolto. È attratto dalle relazioni con le persone, vuole essere amico ma ha anche molta paura di incontrare gli altri. L'impegno che gli propongo consiste nel riflettere insieme sui due sacramenti e durante la settimana di leggere un brano del vangelo (gli fornisco una copia dei vangeli) sul quale discutere nel successivo incontro. Carlo segue le indicazioni nei primi incontri. Nel tempo però emergono altri desideri: vede il computer acceso e chiede di rintracciare una palestra, di leggere l'oroscopo, di verificare una notizia... Insomma sembra più interessato a sfruttare l'amicizia per informarsi su vari aspetti, piuttosto che approfondire la sua preparazione spirituale, tanto che sembra svanire anche il desiderio di ricevere i sacramenti. Rinvia sempre il discorso quando si tratta di fissare una data. È piuttosto incostante negli appuntamenti. Ha maturato però una buona amicizia e mi cerca anche al di fuori delle occasioni programmate. Spero che sia una promessa di futuro.

Come riportare Carlo sul binario spirituale può risultare impresa difficile ma la persona va anche educata alla situazione che vive e alla soddisfazione degli impegni presi.

Infine, l'ultimo elemento che fa emergere una buona relazione sta nel dare tutto quanto possiamo, senza limiti.

Laura è una paziente fortemente compromessa. Ricoverata da giovane, ha vissuto quella che si può purtroppo chiamare una vita da manicomio. Trascurata, lasciata in un angolo, con una estrema difficoltà a comunicare e a gestire la sua stessa persona, anche igienicamente. Ad un certo punto l'équipe decide di investire su di lei. Si scopre che ha una buona predisposizione al disegno e viene invitata ad un laboratorio artistico. Laura sembra reagire positivamente. Visto il primo risultato buono, si decide di invitarla anche al gruppo cucina. Dopo un po' da una parte lei dà segni di cedimento, dall'altra l'équipe presa dal desiderio di coinvolgere altri

pazienti la trascura. Si mette in moto una decisa regressione per cui Laura si rinchiude, l'équipe delusa la coinvolge sempre meno e si innesca un circolo vizioso. Laura non partecipa più ad alcuna attività. Poco tempo dopo mette in atto un misero tentativo di suicidio, fortunatamente fallito. L'atto è dimostrativo e serve per attirare l'attenzione.

Quando si inizia un'opera va portata fino in fondo, senza tentennamenti, dando il meglio di sé e l'équipe poteva essere più accorta a capire che abbandonare a se stessa una persona, dopo che per diverso tempo è stata oggetto di attenzione, è estremamente pericoloso.

Oltre le esperienze ricordate, tante altre ce ne sono e molte avrebbero diritto di essere narrate e soprattutto per la possibilità di cogliere l'essenza delle vicende, infatti, non c'è niente di più bello che imparare dalle persone che incontriamo con cuore aperto e sincero. Sono nomi e volti di gente che non è destinata ad apparire sui libri di storia, a cui nessuno ergerà monumenti, nessun pittore li rappresenterà e noi, come fece quella donna che asciugò il volto di Cristo, possiamo solo sperare che restino impressi nella nostra memoria.

Infine

Quali atteggiamenti possono guidarci per sanare le ferite di tanti e fare in modo che le capacità interiori siano utili alla cura? Brevemente alcune condizioni.

1. Tutti sono oggetto della nostra attenzione, anche coloro che riteniamo senza speranza e senza possibilità di dialogo.
2. Stare dalla loro parte con quel minimo di distanza terapeutica necessaria ad evitare coinvolgimenti eccessivi ma evitando di cadere nell'indifferenza e nell'abitudine.
3. Con spirito di servizio, quello spirito che non ci fa pretendere progressi, che non crea attese eccessive.
4. Disinteressatamente, senza alcuna pretesa o presunzione.
5. Coinvolgendosi nei gruppi di lavoro e riservando attenzioni anche ai colleghi, ai familiari, ai volontari, agli amici.

L'ultima parola di questa riflessione non può che essere affidata ad una donna che in prima persona ha sperimentato il disagio della malattia mentale ma anche la sua estrema fecondità: Alda Merini.

*Almeno un poeta ci sia
per ogni monastero:
qualcuno che canti*

le follie di Dio.

La città non conosce più canti

le strade stridono di rumore:

e anche là dove ancora

pare sopravvivere il silenzio

è solo muta assenza.

Ma in qualche parte

tu devi esserci Signore.