

LA RELAZIONE DELL'AIUTO COMPRENSIVA: UNA VISIONE SOCIALE/MEDICA/PSICHIATRICA DI ALCUNI FATTORI CHE LA RENDONO DIFFICILE

Julio Mares

Psichiatra, psicoterapeuta direttore dell'International School of Gestalt Training,
Belo Horizonte (Brasile)

**"INformazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria", n° 41-
42, settembre - dicembre 2000 / gennaio - aprile 2001,
pagg. 30 - 33, Roma
<http://www.in-psicoterapia.com>**

La solidarietà non incontra un'espressione più eloquente che in una relazione di aiuto. Nella pluralità e varietà delle possibili cure effettuate da un essere umano verso il suo simile, la relazione di aiuto occupa un luogo di distacco, centrale, principale. Dall'ascolto semplice, attento, al contatto mediato dalla più avanzata tecnologia, è la presenza di un somigliante, in questo momento di mistero generato dalla sofferenza, che impedisce il patimento dell'isolamento, della mancanza di protezione e dell'abbandono.

La superiorità della relazione d'aiuto, pertanto, è indiscutibile, la sua importanza non può essere diminuita. La tecnologia che la mette in relazione, che la facilita, non può e non potrà sostituirla; dato che non sostituisce la sua condizione basica d'affetto e di rispetto, il suo attributo magico d'attaccamento alla condizione umana ed il suo carattere etico ed umanista dell'"amare il prossimo come te stesso".

Questa condizione d'insostituibilità è quella che rende il contatto diretto terapeuta-cliente il pilastro fondamentale del "fare" terapeutico. Questo include la conoscenza dei fattori che la deturpano, la impediscono o la complicano.

È impossibile tracciare un panorama soddisfacente di tutti questi fattori impeditivi. Avere una tale pretesa sarebbe ignorare la natura,

non soltanto dell'essere umano, ma della propria vita. La vita è in se stessa diversa, porta in se stessa il mutamento, la trasformazione ed è da questo lato, sotto questa ottica che dobbiamo affrontare il binomio salute-malattia, nel nostro caso, salute mentale, malattia mentale. La malattia, più che un fatto, è un concetto, poiché la sua rappresentazione è vincolata ad una storicità e ad un contesto sociale nel quale si manifesta. Stando così le cose, alcune appaiono, altre scompaiono, alcune resuscitano. Stando così le cose, anche le strategie per affrontarle si modificano. Si forma, pertanto, uno scenario di plausibili modificazioni nella relazione terapeuta-cliente.

L'uomo, per una buona parte del tempo, è irrazionale; la psichiatria, una specialità umana, non può logicamente essere esclusa da questo processo. Nella difficoltà di riflessione l'atto mimico diventa più efficace; sorgono, allora, i movimenti di moda, i modismi. Esisterebbero anche nella psichiatria, nella psicoterapia movimenti di moda? Sarebbe il campo di riflessione sulla sofferenza decorrente dal disequilibrio salute-malattia influenzato da questi movimenti? A prima vista sembrerebbe di sì! Cito alcuni esempi. Alcuni anni fa la depressione ed i suoi correlati erano concetti d'uso tanto corrente come oggi? Il termine si è popolarizzato in tale maniera che i clienti già arrivano nello studio con autodiagnosi. Quanto si parlava di bulimia, anoressia, sindrome del panico o fobia sociale alcuni anni fa? Trattandosi di movimenti di moda, questo minimizza l'importanza di queste affezioni come agenti causativi di sofferenza nei clienti che si rivolgono a noi? È evidente, no! E la corretta identificazione delle fonti generatrici di quello che banalizzando chiamo modismo – pur senza lasciare di lato il riconoscimento della loro importanza – deve essere la nostra preoccupazione, non soltanto come agenti promotori di salute e benessere individuali, ma come individui pensanti che assumono la loro parte nel fomento e manutenzione della salute mentale collettiva. Sollevo, a questo punto, alcune tematiche per la riflessione: non esiste più – e questo è il frutto della osservazione corrente – la minima tolleranza da parte delle persone per un "quantum", minimo che sia, di sofferenza, principalmente sotto il bombardamento costante della pubblicità che preconizza l'edonismo e la felicità immediata, anche se in forma di pillole.

Lo stile di vita caratterizzato dall'indebolimento dei legami sociali, dalla valorizzazione dell'individualità e maggiore competitività, in niente contribuisce per il miglioramento di questo quadro. L'essere umano realizza uno sforzo fuori dal comune per accompagnare la rapida evoluzione sociale. Le conquiste tecnologiche ci preannunciano un mondo nuovo, virtuale, lasciando molta gente senza direzione in questo mondo che finirà senza una guida, risucchiato l'eccesso di tecnicismo. Questa visione del futuro, apocalittica e caotica – ma infelicitamente molto prossima alla realtà – spiegherebbe la reale epidemia depressiva che si verifica, attualmente, come un'anticipazione di questa perdita. Mentre la nostra capacità scientifica e tecnica aumenta, la nostra abilità nel

risolvere problemi affettivi diminuisce; abbiamo, quindi, un campo più che propizio alle modificazioni nella relazione terapeuta-cliente, nel concetto malattia/salute.

Un altro punto oggetto di riflessione: i sintomi oggi possiedono una nuova funzione sociale, assistiamo ad un vero processo di pastorizzazione, di massificazione, d'uniformazione. Dimenticata la vita di serena contemplazione, questa è un'epoca nella quale tutti devono essere asserviti, devono lottare per le luci della ribalta e per il diritto ai propri quindici minuti di fama. Esiste, anche, una continua ricerca per la scoperta e cura di nuove malattie come giustificazione della nostra delusione e della spersonalizzazione della condotta. Esiste una reale crociata culturale per elargire cure, medicare qualunque aspetto fisico o culturale non conforme agli ideali generati dalla cultura popolare, da propaganda, norme politiche e morali. Quanto maggiore il numero di persone che si identificano in questi ideali, definiti culturalmente, minore sarà la tolleranza che riserveremo a tutti coloro che non lo siano.

Questa massificazione ha reso i sintomi "democratici" avviene una democratizzazione dei sintomi, il sintomo ha smesso d'essere caratteristica della borghesia, è divenuto popolare.

Un settimanale brasiliano ha pubblicato, poche settimane fa, la notizia secondo cui nella fila per ricevere la cesta basica, ausilio alimentare per le popolazioni bisognose, una donna reclamò all'assistente sociale: "Non c'è la cesta base diet? Oltre a poveri il governo ci vuole brutti, grassi?".

Come possiamo vedere sono molti ed ampi i viali aperti alle modificazioni della relazione salute-malattia, cliente-terapeuta. Accanto ai modismi, alla massificazione, all'indebolimento dei valori individuali o all'individualismo eccessivo, cos'altro provocherebbe queste distorsioni nel relazionamento medico-cliente? A chi più interesserebbero queste modificazioni? Esiste una mitificazione del cervello come organo più importante dell'organismo, viviamo un tempo di seduzione per le bioammine, dando loro la responsabilità di spiegare qualunque condotta dell'essere umano. Questa attitudine è frutto di due mali attuali: il tecnicismo esagerato, arrogante, che sta distruggendo il pianeta e un capitalismo selvaggio, un potere economico che sovrasta le nostre teste, anche quando non ci rendiamo conto della sua esistenza. I risultati sono quelli che già sappiamo: i medici stanno perdendo la capacità di raziocinio clinico. Questo è un assunto che va discusso mondialmente.

Il disinteresse per l'osservazione clinica è crescente, e si osserva un'inversione di valori; le diagnosi e le strategie terapeutiche sono elaborate in funzione della cura; le infermità sono classificate in funzione della cura che, a sua volta, è influenzata da questo tecnicismo esagerato, o da interessi economici. Le malattie sono

catalogate in una classificazione conosciuta come "DSM CID", che include o sopprime disordini d'accordo con le esigenze del momento. Il punto critico a dispetto di queste classificazioni tanto per i medici come per i pazienti è che, senza essere codificata in questo catalogo, una condizione mentale non è coperta dalla Cassa Malattia; in questa maniera le Associazioni Psichiatriche possiedono più che un piccolo incentivo per tante inclusioni quante si possono in queste classificazioni. Il discredito del medico dinanzi alla società diventa, pertanto, quasi automatico e questo, naturalmente, si riflette nella relazione medico-paziente.

In quest'epoca di facilità tecnologiche, ragionare, pensare, riflettere non sono attività ben retribuite; è preferibile optare per specializzazioni tecniche, nel fare il corso di Medicina, piuttosto che per una specializzazione cognitiva, anche perché quest'ultima economicamente rende molto meno ed esige di più dal punto di vista emozionale.

L'autoregolazione, la marca d'identità, i dispositivi che i medici ancora possiedono per preservare il proprio controllo cognitivo, tanto personale come professionale, è oggetto d'attacchi sistematici da parte degli impresari e dei regolatori dello Stato che cercano di ridurre i costi o indurre comportamenti che combinino qualità con economia, il che non sempre è possibile. Esiste una crescita costante del cosiddetto medico commerciale, che fa della medicina un commercio o che si sottomette alle esigenze, poco etiche, dei "manager care". Nell'epoca delle assicurazioni mediche l'appello della psicofarmacologia è questo: essa è più rapida, più economica e meno difficile d'essere lavorata, rispetto a quanto si spende in energie e tempo con i pazienti. Una parte significativa della popolazione è, quindi, forzata a cercare la medicina per le piccole miserie quotidiane e sofferenze dello spirito nei moderni psicofarmaci.

Stiamo diventando una società psicotrucata.

L'industria farmaceutica rappresenta in questo particolare un fattore preponderante. È un'industria che non fabbrica esclusivamente medicine, fabbrica anche punti di vista sopra le malattie. Esiste molta gente coinvolta: medici, corporazioni, cittadini che diffondono la cattiva notizia che una malattia raggiunge proporzioni allarmanti assieme alla buona notizia che adesso la stessa è curabile attraverso medicine, essendoci già, inoltre, farmaci specifici per combattere questi mali. Tutto ciò che aiuta l'immaginario popolare a mantenere il fulcro sopra qualche malattia, includendo programmi d'attualizzazione per i medici, campagne per chiarificazioni della popolazione, articoli nella prima pagina delle riviste, finisce con l'aiutare i laboratori a movimentare i loro prodotti. Uno straordinario strumento nella genesi di queste vere epidemie di malattie mentali, degli enormi lucri conseguenti dalla vendita dei farmaci che le combattono, è la pressione esercitata dai risultati degli impatti

economici, che si propone di quantificare l'alto costo di questi disordini sulla produttività di una nazione. È inutile affermare che l'industria farmaceutica sempre dispone di risorse per finanziare questi studi, ed è chiaro che l'industria possiede, naturalmente, un enorme interesse nell'aumentare la quantità di persone che si suppone abbiano questi disturbi, convincerle che possono essere curate attraverso farmaci ed aumentare considerevolmente la vendita dei prodotti lanciati nel mercato con questa finalità specifica. In uno degli ultimi numeri dell'organo ufficiale dell'Associazione Brasiliana di Psichiatria, i due ultimi paragrafi di un articolo d'attualizzazione riflettono bene quello che, in questa sede, è esposto: "Forse la grande sfida attuale per la psichiatria è educare la popolazione sull'esistenza della fobia sociale e sulle cure disponibili, altrimenti si corre il rischio che la fobia sociale diventi un fenomeno nella psichiatria, una categoria di diagnosi, con cura ben stabilita, ma alla ricerca di pazienti".

Concludo con alcuni chiarimenti: abbiamo bisogno, ed è questa la finalità delle mie parole di riscattare uno sguardo critico sopra la relazione salute-malattia, terapeuta-paziente, medico-cliente, ma questo, naturalmente, non passa attraverso una negazione romantica della malattia mentale; la sofferenza esiste e noi, professionisti della salute, esistiamo per combatterla. Un secondo chiarimento si deve al fatto d'essere stati usati da me indistintamente e come equivalenti alcuni termini: sofferenza, malattia, clienti, pazienti, medico, terapeuta. So, perfettamente, che sono differenti, ma la mia impressione è che sono differenti soltanto nella forma e non nell'essenza, siamo tutti professionisti della salute, non importa quale sia la nostra formazione o la linea teorica con la quale abbiamo scelto lavorare: aiutiamo coloro che soffrono e chi si rivolge a noi, ed è secondario il fatto che questa sofferenza sia malattia o no, diagnosticabile o no, classificabile o no, siamo nella stessa barca, molto oltre le differenze, e il principio e la fine della nostra attività sono comuni, è stare in relazione con l'obiettivo dell'aiuto e far sì che quest'aiuto sia ogni volta più comprensivo.