

Articoli/Articles

LA MEDICINA NARRATIVA IN PSICHIATRIA:
UN MODO PER CURARE E PRENDERSI CURA

ANTONIO VIRZÌ, SALVATORE DIPASQUALE, TIZIANA SALVATRICE
LO MONACO, GIOVANNI PREVITI, SARA RUTA
Unità Operativa Complessa di Psichiatria - ASP7 Ragusa, I

SUMMARY

NARRATIVE MEDICINE IN PSYCHIATRY: A WAY TO CARE AND CURE

Psychiatry in the last sixty years has undergone a profound evolution characterized by definition of guidelines, development of new pharmacological therapies, new psychiatric rehabilitation programs and mental health institutions. Initially the only treatment, without valid therapies, was “taking care” of psychiatric patients. In 1978 in Italy asylums were closed by the law 180 and mental health services were reorganized. The difference between “to cure”, more linked to pharmacological treatment, and “to care”, linked to various instruments and health services, becomes clearer. Recently narrative medicine has been identified as a versatile way to care and also to help psychiatrists to cure patients. Narrative medicine is based on patients’ histories, in a different way from psychotherapy, and it allows to see the psychiatric disease from the different points of view: clinicians, health care workers, patients and their relatives. In this article we will review the recent developments and uses of narrative medicine in psychiatry.

Introduzione

Ogni considerazione sul curare e prendersi cura in psichiatria non può prescindere dall'affrontare due aspetti preliminari rappresentati

Key words: Narrative medicine - Psychiatry - To care - To cure

dalla particolare posizione della psichiatria nelle scienze mediche e dal rapporto tra il curare e il prendersi cura in medicina.

La psichiatria possiede certamente una doppia anima. Ad un estremo, il desiderio dello psichiatra di essere medico come gli altri, all'altro, l'accentuazione di tutte quelle peculiarità che lo fanno diverso. La stessa sorte segue il suo paziente.

Il moderno santuario della psichiatria come branca medica è rappresentato dalle cliniche psichiatriche e ancora di più, per la forza che deriva dall'integrazione con il territorio, dai servizi di diagnosi e cura ospedalieri. All'interno di questi, la liturgia medica viene rappresentata in maniera abbastanza sovrapponibile a quella di altri reparti: il personale è costituito quasi esclusivamente da medici e infermieri, i camici sono quasi obbligatori, la terapia principale è rappresentata dai farmaci; non mancano gli elementi tipici dell'ospedale come le consulenze specialistiche, gli esami di laboratorio, gli esami neurodiagnostici; e così pure per tutta la parte burocratica come cartelle cliniche, fogli di terapia, fogli di dimissioni e quanto altro ancora costituisce ormai gran parte dell'impegno routinario dell'operatore sanitario oggi. Anche la visita in corsia, il cosiddetto "giro dei letti", sopravvive in moltissimi reparti e la discussione dei casi, pur con le dovute differenze, non si scosta molto dal normale briefing mattutino ospedaliero. Gli elementi distintivi si riducono ad un più stretto contatto con i colleghi del territorio e alla presenza, spesso sporadica e comunque secondaria, di figure come lo psicologo e l'assistente sociale.

A livello simbolico, le porte del reparto chiuse rappresentano una regola comune dettata da motivazioni diverse: in psichiatria sono utilizzate per non far uscire i pazienti, in medicina per non far entrare i familiari. Questo modello fortemente medicalizzato non rappresenta affatto una situazione definita in quanto subisce attacchi provenienti da varie direzioni. Continua ad essere molto forte il richiamo alla neurologia che rappresenta l'anima più profondamente medica del-

la psichiatria, nonostante siano passati quarant'anni dalla definitiva separazione delle relative Scuole di specializzazione da quella originaria in "Malattie nervose e mentali", avvenuta in Italia nel corso degli anni 70; dall'altro lato, è forte la recriminazione nei confronti di un modello radicalmente medico che rischia di disconoscere le enormi problematiche sociali che le grandi patologie psichiatriche affrontano sia in termini di cause che di conseguenze.

La grande giustificazione è data dal fatto che il modello medico trova la più ampia applicazione nel trattamento della fase acuta lasciando alle fasi successive, cronicità compresa, lo spazio per i modelli sociali e riabilitativi.

Un'analisi più approfondita del rapporto tra psichiatria e medicina non può prescindere dal significato dato al curare e al prendersi cura in medicina e quindi al particolare valore che questi due termini hanno per la psichiatria.

Curare e prendersi cura in medicina

Con Ippocrate la Medicina inizia ad allontanarsi dalle influenze di carattere religioso, gettando le basi di un approccio basato su un sapere razionalista. Questa forma di Medicina aveva sviluppato la sua "semeiotica", ovvero la capacità di leggere e decodificare i sintomi ed i segni attraverso i quali la malattia può rivelarsi, essenzialmente attraverso il dialogo fra Medico e Malato. Il Malato raccontava la sua storia, i suoi sintomi, le sue sofferenze, il suo vissuto soggettivo ed il medico ascoltava, raccoglieva le testimonianze e le confrontava con il sapere frutto della sua esperienza. Questa sorta di "approccio narrativo" *ante litteram* era l'unica strada per formulare una diagnosi, a cui faceva seguito la prognosi ed infine la prescrizione di una terapia. Tuttavia, molto spesso l'approccio si concretizzava esclusivamente nell'assicurare una presenza accanto al malato, un supporto alla sua sofferenza.

Con l'avvento della medicina scientifica, la cura del malato tende ad essere spostata quasi esclusivamente sul versante tecnico; ciò comporta tuttavia il progressivo disinteresse nei confronti della persona 'nella sua totalità'. Così, se la Semeiotica da un lato si arricchisce di riferimenti di effettiva concretezza (confrontare i vari indicatori di malattia conosciuti con le alterazioni effettivamente riscontrate nel paziente), dall'altro viene decisamente messa in secondo piano l'attenzione al racconto e all'ascolto del paziente.

In realtà, un'area dove probabilmente, anche nel passato, l'atto del prendersi cura si era già divaricato da quello di curare era l'area esplicitamente chirurgica: l'intervento chirurgico vero e proprio aveva una sua forte specificità e una sua collocazione temporale, a cui poi seguiva il prendersi cura durante tutta la convalescenza. Anche i successivi interventi chirurgici di carattere relativamente più semplice, fra cui le medicazioni, rientravano nel processo del prendersi cura tant'è vero che spesso tutta questa sezione terapeutica, al di fuori dall'intervento vero e proprio, non era più praticata dal chirurgo, ma dagli antesignani delle attuali figure degli infermieri. È resa ufficiale la distinzione tra chi cura e chi si prende cura. In questa differenziazione di ruoli, un elemento determinante è rappresentato dal contatto fisico con il paziente. Per il medico, per chi cura, il contatto si riduce al minimo indispensabile e nella moderna medicina rischia di scomparire delegando ogni raccolta di informazioni alle macchine o agli esami clinici; per ovvie necessità, tutto ciò che concerne il contatto fisico viene demandato ai non medici, riscontrando anche in questa area professionale notevoli cambiamenti. Si pensi all'uso ormai obbligatorio dei guanti e dei sollevatori per pazienti allettati.

Tali e tante importanti innovazioni, per di più realizzatesi in un arco di tempo estremamente breve, solo due secoli rispetto ai millenni di storia della medicina, in un contesto sociale caratterizzato da una radicale perdita di valori umani, fortemente incentrato su criteri di efficienza e produttività, in cui la Persona vale per quello che ha e per

quello che fa e non per quello che è, non potevano non mettere in crisi anche la Medicina, mortificata sia da una scarsa e a volte scadente partecipazione degli operatori, sia da contenuti etici e morali sempre più limitati e talora discutibili. Paradossalmente, la Medicina, nata a seguito del bisogno di mettersi al servizio della Persona per ciò che essa ha di più prezioso, la vita, sembra non essere in grado di trasformare i grandi progressi scientifici conseguiti in un efficace miglioramento della qualità della vita stessa. Così il Medico, sembra assumere sempre più il ruolo dell'“ingegnere” del corpo umano, e sempre meno quelli del “compagno di viaggio” della persona sofferente.

Se a queste problematiche sovrapponiamo poi le esigenze legate all'aziendalizzazione, alla burocratizzazione e alle varie necessità temporali ed economiche che affliggono la Medicina attuale, ci possiamo rendere conto di come il “prendersi cura” sia progressivamente diventato quasi un termine anacronistico, una sorta di evitabile “perdita di tempo” da sacrificare facilmente sull'altare dell'efficienza, della rapidità e del risparmio, salvo riproporlo come *slogan* nei convegni.

Eppure, ci si dimentica che la medicina esiste proprio per i pazienti, i quali hanno avvertito nel corso degli anni gli esiti inevitabili e disastrosi di questa frattura, allontanandosi sempre di più da un rapporto di fiducia nei confronti di un medico che tende ad ignorare la grave sofferenza soggettiva legata al vissuto di malattia. Se a ciò aggiungiamo che le varie scoperte tecnologiche hanno ridotto notevolmente il prestigio ed il potere diagnostico e terapeutico del medico a vantaggio della “macchina”, si comprenderà facilmente come si sia venuta a creare una situazione terribile in cui medici e pazienti non rappresentano più le due parti di un accordo finalizzato ad un processo di cura, semmai i due attori di un confronto sterile in cui da un lato c'è un individuo che solleva un problema, e dall'altro ce n'è un altro che deve risolverlo.

Ed è proprio in questo contesto che qualcosa inizia a muoversi. La nascita della bioetica, le critiche alla medicina basata sulle evidenze, gli scandali legati alla malasanità e all'influenza del potere economico

sulla medicina, fino alla sempre più diffusa “medicina difensiva” di stampo legale, rappresentano delle condizioni che hanno spinto ad una riflessione più profonda sul ruolo e le mansioni del medico nel XXI secolo, fino a riproporre, come drammatica ed attuale necessità, quella di porre nuovamente il “prendersi cura” alla base dell’atto medico.

La situazione in psichiatria

Per la psichiatria, la storia procede con velocità e percorsi diversi rispetto a quelli della medicina. Si suole far risalire la nascita della psichiatria, intesa come momento nel quale la patologia psichiatrica viene riconosciuta come entità a se stante sia rispetto ad altre patologie sia rispetto ad altre devianze sociali, al famoso gesto di Pinel che libera dalle catene i malati psichiatrici come splendidamente rappresentato nel quadro di Tony Robert Fleury, *Philippe Pinel alla Salpêtrière*.

Sempre storicamente, non è un caso che le prime strutture ausiliari espressamente dedicate ai malati di mente coincidano, spesso, con strutture inizialmente dedicate ad accogliere le vittime delle grandi epidemie e che ora si prendono cura di una popolazione che, anche se sulla base di una patologia completamente diversa, continua a non essere in grado di poter vivere autonomamente e quindi necessita di qualcuno che se ne prenda cura.

Con la medicalizzazione della psichiatria, che si impadronisce di alcuni strumenti terapeutici considerati alla pari con quelli delle altre branche: psicofarmaci, terapie di shock, lobotomia, eccetera, la sfera del “prendersi cura” in psichiatria comincia a perdere di interesse scendendo in quella che è la rappresentazione manicomiale dei decenni che precedono la legge 180, per trovare nuova dignità, solo successivamente, attraverso i principi della riabilitazione. Prende vita un modo di concepire il “prendersi cura” che precede di almeno 30’ anni quei concetti che solo oggi timidamente si evidenziano in area medico-chirurgica come il principio dell’*empowerment*, ovvero del prin-

cipio di coinvolgimento sempre più ampio del paziente nelle scelte di cura. In psichiatria¹, la vera rivoluzione, derivante dai principi sui quali si basa la riabilitazione, è quella di reinterpretare completamente il vecchio modello assistenziale del manicomio per poi sostituire il tradizionale prendersi cura con un “restituire” al paziente la capacità di prendersi cura di se stesso. Non è un caso che fra le pratiche riabilitative di base vengano messe in primo piano quelle relative alla cura della propria persona esercitata direttamente dal paziente.

Proprio dal punto di vista organizzativo, l’ospedale psichiatrico, con la sua chiusura, viene sostituito dalle cosiddette strutture alternative. È interessante notare come, all’interno di queste ultime, le modalità di cura non cambiano: in tutte si praticano varie forme di psicoterapia, la terapia psicofarmacologica è quasi sempre presente, gli interventi riabilitativi dovrebbero essere i trattamenti portanti. Le differenze tra le varie strutture consistono invece nel livello di “protezione”, di “autonomia”, di “intensità della presa in carico”. Le strutture, che in ordine di protezione decrescente possiamo elencare, come Comunità Terapeutiche, Comunità Alloggio, Gruppo Appartamento fino alla struttura dell’affidamento etero-familiare, si connotano con una sempre maggiore riduzione degli interventi strutturati ed una maggiore autonomia del paziente, confermata in maniera notarile dagli standard di personale via via più ridotti, così come le rette.

In psichiatria il prendersi cura, nel senso stretto del termine, è guardato con molto sospetto fino ad assumere connotazioni decisamente negative. Addirittura, ogni intervento che non sia espressamente proiettato al raggiungimento di un maggiore livello di autonomia, può assumere il valore di “intrattenimento”, nel senso così caro a Benedetto Saraceno² per il quale molte delle pratiche, sia terapeutiche che riabilitative, rischiano, private della progettualità verso l’esterno, di diventare “intrattenimento”, impedendo esse stesse la crescita della persona.

Il rischio paventato da Saraceno rimane attuale e non di rado quelle che dovrebbero essere strutture principalmente riabilitative, finalizzate alla crescita della persona, possono diventare invece, a loro volta, elemento di cronicizzazione passando per un processo di destoricizzazione della persona. In questi casi, così come capitava in maniera pressoché totalizzante in ospedale psichiatrico, il paziente perde ogni identità personale attraverso un processo che ha il suo momento centrale nella perdita della storia personale dell'individuo che rimane fissata e limitata al periodo precedente all'istituzionalizzazione. Il recupero della storia personale rappresenta il primo passo verso la reistoricizzazione del paziente.

In questo ambito, la medicina narrativa, con la sua attenzione alle storie individuali, rappresenta un utile aiuto ponendo le basi per la sua applicazione nei confronti della psichiatria dove assume una posizione assolutamente originale per una serie di ragioni che passeremo adesso in rassegna.

La nascita della Medicina Narrativa e l'applicazione in Psichiatria

A partire dagli anni '70, mentre in Italia prendevano forza i primi movimenti che contestavano tutta l'organizzazione psichiatrica in favore di approcci più attenti all'ascolto delle storie dei pazienti, fino a quel momento considerati "incapaci" e privi di voce in capitolo, la bioetica e le *medical humanities* cominciarono a svilupparsi e a mettere in discussione il modello di formazione medica, un modello americano che si basava soprattutto sul Flexner Report del 1910³, poi esportato anche in Europa. Sebbene non si possano negare i benefici che tale modello apportò all'organizzazione generale dei corsi di medicina e alla ricerca scientifica, esso si basava esclusivamente sulle scienze biologiche. Ciò comportò che il medico ponesse in secondo piano, affidandosi al suo buon senso, la capacità di comunicare e gestire gli aspetti umani della malattia. In risposta a queste critiche, cominciarono a svilupparsi nuovi modelli di medicina, come per esempio quello

biopsicosociale o quello centrato sul paziente, che tendevano a valorizzare l'aspetto "umano" delle cure sanitarie traendo spunti dalla filosofia, dall'etica, dalla storia, dalla letteratura, dall'arte⁴.

Il termine medicina narrativa, reso famoso da Rita Charon nel 2001, fornisce degli strumenti pratici e concettuali per comprendere il paziente, la sua malattia e la relazione umana che si viene a creare tra il medico ed il paziente. Attraverso la medicina narrativa, i medici e tutti gli operatori sanitari, possono coltivare ed ampliare le proprie capacità empatiche, riflessive, di ascolto e riuscire a prendersi cura della persona con le sue emozioni, paure, speranze, oltre che curare la malattia⁵.

Alla base di questo modello c'è la narrazione fatta dal paziente che diventa uno strumento di comprensione della sua relazione con la malattia e dei suoi effetti sistemici nella vita relazionale. La ricostruzione della storia della malattia e del suo contesto obbliga il paziente a rimettere in ordine i vari elementi e integrarli in una visione d'insieme che favorisce un'analisi critica da parte dell'ascoltatore. Il paradigma narrativo assume un particolare valore nell'approccio ai soggetti con malattie croniche e con disabilità, dove il soggetto e la sua famiglia entrano a pieno titolo come protagonisti e co-autori del percorso di cura⁶. In tal senso la medicina narrativa non è solo un approccio complementare utile a comprendere meglio il paziente e la sua malattia, ma diventa un elemento fondante l'atto diagnostico e di cura^{7,8}. Bisogna tenere anche conto che, attraverso il racconto, il paziente può dar voce non solo al bisogno di essere curato, ma anche a quello di essere accudito.

La Medicina Narrativa in Italia

In Italia la medicina narrativa si è sviluppata nell'ultimo decennio e dalle varie realtà ed iniziative locali, nel 2009 nasce la Società Italiana di Medicina Narrativa con l'intento di riunire all'interno di una società scientifica le sue diverse anime e favorire un confronto nazionale. Nel 2014 si è tenuta a Roma la prima *Consensus Conference* sulla medicina narrativa promossa dal Centro Nazionale

per le Malattie Rare (CNMR) dell'Istituto Superiore di Sanità che ha elaborato le linee guida per definire il fine e le applicazioni della medicina narrativa:

Con il termine di Medicina Narrativa si intende una metodologia clinico-assistenziale basata su una specifica competenza comunicativa. La narrazione è lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura. Il fine è la co-costruzione di un percorso di cura personalizzato e condiviso (storia di cura) ... Le persone, attraverso le loro storie diventano protagoniste del processo di cura...⁹.

Queste definizioni, in linea con i fondamenti teorici internazionali, sintetizzano la finalità della medicina narrativa e il suo potenziale come strumento di crescita nella pratica quotidiana per tutti i professionisti della salute aiutandoli a prendersi cura, ma anche a curare il malato.

La Medicina Narrativa in Psichiatria

La psichiatria storicamente, almeno da quando Freud ha dato una lettura eziologica degli eventi di vita del paziente, aprendo la strada a teorie anche lontanissime dalla psicoanalisi, ma sempre basate su un'interpretazione dei vissuti, ha sempre prestato attenzione alle storie dei pazienti e al loro significato, puntando sull'ascolto e sulla creazione di una relazione significativa. Tuttavia quest'approccio negli anni ha ridotto il suo spazio man mano che questo veniva conquistato dal *to cure* attraverso la neurobiologia, la psicofarmacologia ed un approccio sempre più scientifico e categoriale. Alcuni autori individuano l'inizio di tale processo con la pubblicazione della terza edizione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-III)¹⁰ nel 1980 che, come il rapporto di Flexner, ha dato un'impronta più scientifica alla psichiatria a scapito del rapporto empatico tra medico e paziente. I nuovi studi si basavano sul funzionamento dei neurotrasmettitori e sullo sviluppo di nuove molecole

piuttosto che su temi relativi a conflitti interiori o traumi pregressi, temi cari alla psicoterapia in genere. L'inquadramento diagnostico e la conseguente terapia si basano quasi esclusivamente sulla presenza o assenza di sintomi, mentre la dimensione storico-temporale rimane marginale e gli eventi vitali, ai quali è comunque riservato uno specifico asse, si riducono anch'essi ad una mera presenza o assenza.

Nell'ultimo decennio le critiche al sistema neuroscientifico sono aumentate e la medicina narrativa, all'interno delle *medical humanities*, delle scienze sociali e della bioetica, ha rappresentato un ottimo rifugio per coloro che non si identificavano con tale modello. Questo fermento "narrativo", pur sviluppandosi lontano dalla psichiatria, ha forse contribuito al recupero di un rinnovato approccio narrativo alla psichiatria e alla psicoterapia sull'onda delle teorie narrative che hanno progressivamente invaso la filosofia, l'antropologia, la letteratura e le arti negli ultimi 50 anni¹¹. In questo excursus, Foucault e Ricoeur furono fra i maggiori studiosi a riconoscere alla narrazione il potere di "vincolare o liberare le percezioni, le convinzioni e le speranze umane".

Negli anni '70 e '80, White ed Epston, due psicologi australiani, svilupparono la "*narrative therapy*", una forma di psicoterapia basata sull'esternalizzazione e decostruzione dei problemi tramite la narrazione dei problemi. Molto più recentemente, influenzati dalla nascita del concetto di medicina narrativa, Mehl-Madrona, Lewis e Hamkins hanno sviluppato la psichiatria narrativa¹², che dà particolare importanza alle storie dei pazienti per il valore e il significato che essi stessi attribuiscono agli eventi di vita¹³. Secondo questa teoria, le storie che le persone raccontano non solo descrivono le loro vite ma contemporaneamente le modellano¹⁴. Di conseguenza, lavorare sul racconto della propria storia di vita e/o malattia può favorirne un cambiamento.

Le narrazioni trovano, dunque, terreno fertile nella salute mentale venendo impiegate in vari ambiti e con diverse tipologie di pazienti (J. Launer 1999¹⁵, Pickren Valenti 2010¹⁶, Van der Gaag 2011¹⁷, Hipple

Walters 2015¹⁸). Esse, non solo rappresentano uno strumento per curare, ma sono soprattutto uno strumento per prendersi cura, poiché è proprio nel prendersi cura attraverso le narrazioni che trova senso il curare.

Appare evidente come per la psichiatria la narrazione sia estremamente importante venendo utilizzata come vero e proprio strumento terapeutico. L'ascolto che in medicina generale, pur rivalutandone l'importanza, rimane sempre un passo indietro rispetto alla richiesta di competenza medico-specialistica, in psichiatria rappresenta la tecnica principale alla base di tutte le psicoterapie. Questa "super specializzazione", "super competenza" in ambito narrativo da parte della psichiatria, ha fatto sì che la medicina narrativa, come è stato chiaramente sottolineato nelle linee guida espresse dalla *Consensus Conference* dell'Istituto Superiore di Sanità, prendesse le distanze da questa interpretazione che rischiava di farla diventare come una nuova psicoterapia, anche se applicata in ambito medico-chirurgico. Il riconoscimento di queste posizioni rappresenta la premessa per potere distinguere, all'interno della psichiatria, quella che potremmo chiamare "psichiatria narrativa" come area che utilizza la narrazione in senso psicoterapico, da una medicina narrativa applicata alla psichiatria che mantiene obiettivi, strumenti e modalità sovrapponibili a quelle della medicina narrativa applicati in tutte le altre branche medico chirurgiche. Del resto, anche in ambito medico-chirurgico applicazioni specifiche della narrazione - finalizzate a cambiamenti profondi della persona ed inseriti in *setting* con una strutturazione di tipo psicoterapico - possono diventare vere e proprie psicoterapie

Avendo ben chiare queste distinzioni, bisogna riconoscere che la "super competenza" della psichiatria in ambito narrativo non ha protetto questa specializzazione dal generale allontanamento della classe medica dall'ascolto del paziente. Più precisamente, è come se lo psichiatra avesse circoscritto la sua capacità di ascolto, a volte anche sviluppata con anni di formazione professionale, a *setting* precisi, di tipo psicoterapico, spesso in ambito privato, mentre nell'intervento territoriale e ancora di

più in quello dei servizi di diagnosi e cura questa capacità arriva quasi a scomparire come ben dimostrato dalla generale povertà delle notizie anamnestiche riportate nelle cartelle cliniche. Si sta rischiando così di riproporre, in un ambito non manicomiale, gli stessi percorsi di destoricizzazione così tanto criticati. E' forte, quindi, il bisogno che anche nella psichiatria di tutti i giorni, quella povera, quella dei malati cronici, della porta girevole e ancor di più per gli esordi, si raccolga almeno la storia del paziente, anche quello psichiatrico, e anche al di fuori di competenze specifiche che, pur possedute dalla classe psichiatrica, non vengono utilizzate. In questo quadro vogliamo segnalare solo alcune attività praticate in psichiatria che, pur rimanendo in un ambito di medicina narrativa, possono assumere delle connotazioni particolari.

Tra gli strumenti narrativi utilizzati con i pazienti psichiatrici, una menzione particolare la merita la scrittura autobiografica e creativa che viene utilizzata per consentire ai pazienti di raccontarsi in un modo molto intimo e personale e, nello stesso tempo, favorisce la riflessione su ciò che è cambiato a causa della malattia, su come si sono modificate le relazioni con gli altri e la visione di se stessi. Inoltre, la scrittura autobiografica, con il suo potere ricompositivo, permette di fare ordine nei propri ricordi favorendo il processo di cura. Anche in questo caso, appare evidente come il confine tra una vera e propria "psicoterapia" narrativa ed un uso "normale" della narrazione dipenda molto dalla profondità dell'intervento e soprattutto dalla competenza e capacità di chi gestisce la narrazione.

Altri strumenti particolarmente cari alla psichiatria sono le arti espressive quali cinema, letteratura, pittura, teatro e musica. Se solo di recente è possibile ritrovare a vario titolo la presenza di artisti in contesti sanitari, per la psichiatria questa è una tradizione ormai consolidata che va ben oltre il luogo comune dell'associazione arte e follia.

Il problema della comunicazione in psichiatria ha avuto sempre un ruolo centrale essendo presente in ogni disturbo psichiatrico sotto forma di distorsioni della realtà, carenze, deliri, ecc ... Per questa

ragione, si è reso da sempre necessario il ricorso a tecniche che potessero favorire e migliorare la comunicazione facendo leva proprio sulle arti espressive quali canali alternativi di comunicazione capaci di riuscire a superare l'ostilità del paziente psichiatrico permettendo una sua partecipazione emotiva profonda, immediata e coinvolgente. In particolare, il cinema ha da sempre mostrato un notevole interesse per la medicina e soprattutto per la psichiatria, che ne costituisce un vero e proprio filone con diverse declinazioni al suo interno in funzione anche dei contesti storici di partenza.

La narrazione cinematografica ha il potere di “insinuarsi distrattamente nella mente dell'osservatore, producendo delle modificazioni nel suo stato d'animo e nel pensiero. Nella situazione cinematografica agiscono delle dinamiche psicologiche che influenzano la percezione, la comprensione e la partecipazione degli spettatori, determinando l'immedesimazione o la distanza dagli eventi rappresentati” (Benjamin 1991), avendo così la possibilità di cogliere degli aspetti che difficilmente sarebbero affiorati.

La psichiatria, nel cinema, viene raccontata mettendo in luce la sua anima poliedrica, talora invasiva, altre volte grottesca e buffa, fino a giungere ai nostri giorni in cui è stato posto in risalto il suo aspetto più riabilitativo e umano; a tale proposito, nella cinematografia italiana, va annoverato, in particolare, *C'era una volta la città dei matti* (2010). Pur non essendo questo l'ambito per una trattazione approfondita di questi aspetti, va segnalato il particolare valore di questo film che ricostruisce tutta la storia degli ultimi anni dell'istituzione manicomiale in Italia fino al giorno della promulgazione della legge 180. Caratteristica particolare del film è quella di proporre il grande cambiamento culturale di quegli anni attraverso la ricostruzione delle storie dei protagonisti nel perfetto stile della medicina narrativa, attenta cioè, non solo alla storia clinica del paziente, ma anche alla sua storia di vita e di quella delle persone che gli stanno intorno come familiari, medici, vicini di casa e società in senso

lato. Secondo questa metodologia “narrativa”, le storie personali e professionali di medici come Basaglia e degli altri operatori sanitari come la moglie o gli infermieri, intrecciano le loro storie con quelle dei pazienti come quella di Margherita, la ragazza che, dall’Istituto di suore, viene ricoverata al manicomio per banali problemi comportamentali, e attraverso diverse vicissitudini passa dal degrado profondo che l’istituzione totale può dare ad una riappropriazione della propria vita anche mediante una ricostruzione della storia del rapporto con la madre. Ci piace ricordare anche la storia di Boris, paziente con il disturbo post-traumatico da stress (e già solo la definizione fa emergere il limite dell’uso della diagnosi per definire una persona) che permette di ricostruire non solo la storia individuale dal letto di contenzione occupato per anni alla realizzazione affettiva e professionale, ma anche quella di un intero popolo, quello dell’Istria, nel dopoguerra. E così ancora tante altre storie che proprio mediante la presenza di riferimenti biografici, anche della quotidianità, fanno emergere delle “persone” dalla massa indistinta, amorfa dei “malati di mente” all’interno di quel contenitore unico, destoricizzante, che era il manicomio. Infine, il film rappresenta un’ottima occasione di denuncia per il grave danno arrecato dalle istituzioni totali che sono riuscite negli anni, al di là delle buone intenzioni iniziali, a trasformare il prendersi cura, non solo in intrattenimento, ma a fare raggiungere gli abissi più profondi del degrado dell’essere umano.

Un altro film di grandissimo spessore, che utilizza la storia del “paziente” come fulcro narrativo è *Frances* (1982). La storia della paziente si sviluppa dai primi capricci di attrice di successo fino alla lobotomia, passando per tutte le tappe intermedie degli interventi psichiatrici privati di grande livello a quelli sempre più scadenti dell’istituzione pubblica comprendenti anche la vendita del corpo per pochi dollari e dove la lobotomia finale rappresenta l’esempio concreto dell’annullamento della persona.

Questi film si inseriscono perfettamente, con le peculiarità descritte, all'interno del filone cinematografico che in diverse occasioni ha proposto la rappresentazione del manicomio, spesso raccontato in maniera negativa, ponendo l'accento sulla sua essenza punitiva quale strumento di repressione sociale contro la follia (intesa non soltanto dal punto di vista medico-psichiatrico, ma anche come forma di sregolatezza, genialità e di ribellione al conformismo) che impiega terapie atroci come l'elettroshock, la lobotomia o lo shock insulinico. Alcuni esempi sono *Qualcuno volò sul nido del cuculo* (1975), *Ragazze interrotte* (1999), *La pecora nera* (2010), ove l'immagine del manicomio assume sfumature diverse. Ricordiamo come migliaia di pratiche invasive non toccano l'opinione pubblica come può invece fare il racconto di una singola storia. Più di recente, il cambiamento della psichiatria moderna, sia con le sue maggiori potenzialità terapeutiche attraverso gli psicofarmaci, sia attraverso gli approfondimenti delle tecniche psicoterapiche e, infine, con l'organizzarsi in maniera capillare degli assetti riabilitativi, è stato rappresentato in numerosi forme aventi quasi tutte in comune il superamento dello stigma e il messaggio estremamente positivo che la malattia mentale può guarire o che comunque è possibile convivere con essa mantenendo una qualità di vita accettabile. Altro merito attribuibile alla cinematografia, in linea con la medicina narrativa, è quello della rappresentazione delle altre figure che ruotano attorno al paziente come la sua famiglia, i medici e gli operatori sanitari in genere.

La figura dello psichiatra viene presentata ricorrendo all'uso degli stereotipi, dal personaggio cattivo, detentore di poteri manipolatori per danneggiare le menti, a volte anche torvo e persino criminale come ne *Il silenzio degli innocenti* (1991), oppure, al contrario, lo psichiatra imbranato e ridicolo, oggetto di scherno come in *Tutte le manie di Bob* (1991), in *Caruso Pascovski (di padre polacco)* (1988), e in *Terapia e pallottole* (1998). Non mancano però rappre-

sentazioni cinematografiche a carattere biografico che permettono di andare oltre gli stereotipi convenzionali.

Sarebbe forte la tentazione di continuare a trarre spunti concreti dalla cinematografia più recente, ma crediamo sia sufficiente in questa sede concludere ribadendo l'importanza della cinematografia che, fra le arti espressive, sempre molto utilizzate in psichiatria, rappresenta forse quella più completa e fruibile. Il cinema diventa un potente strumento di narrazione a fini didattici per medici, operatori sanitari, pazienti, caregiver e opinione pubblica generale poiché, attraverso l'osservazione diretta di storie verosimili e vere (*A beautiful mind* è l'esempio più conosciuto), permette di ben comprendere le varie dinamiche in gioco, di riflettere sui vissuti esperienziali di tutti i soggetti, sul *modus operandi*, di confrontarsi e di prendere spunto per la prassi quotidiana. L'inclusione delle competenze narrative nella formazione, nella ricerca e nella pratica psichiatrica fornisce gli strumenti necessari per mantenere e sviluppare l'empatia, un ascolto più attento e una relazione più efficace come strumento di cura del paziente.

BIBLIOGRAFIA E NOTE

Bibliografia Generale

ANDREOLI V., CASSANO G. B., ROSSI R., *DSM-III: manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano, Editore Masson, 1983.

CHARON R., *Narrative medicine: a model for empathy reflection, profession and trust*. JAMA 2001; 286: 1897-1902.

CHARON R., *Narrative medicine: honoring the stories of illness*. Oxford, Oxford University Press, 2006.

FLEXNER A., *Medical education in the United States and Canada. A report to the Carnegie foundation for the advancement of teaching*. Boston, The Merrymount press, 1910.

- HAMKINS S., *The Art of Narrative Psychiatry: Stories of Strength and Meaning*. New York, Oxford University Press, 2013.
- HIPPLE WALTERS B., ADAMS S., BROER T., BAL R., *Proud2Bme: Exploratory research on care and control in young women's online eating disorder narratives*. Health 2015; 1-22.
- LAUNER J., *A narrative approach to mental health in general practice. Education and debate. Narrative based medicine*. 1999, Vol. 318. 9, published by www.bmj.com.
- LEWIS B., *Narrative and psychiatry*. Current Opinion in Psychiatry 2011; 24: 489-494.
- LEWIS B., *Narrative psychiatry: how stories can shape clinical practice*. Baltimore, Johns Hopkins Press, 2011.
- LEWIS B., *The art of Medicine. Taking a narrative turn in psychiatry*. The Lancet 2014; 4: 383.
- PICKREN VALENTI M., MEHL-MEDRONA L., *Humanizing patients through Narrative approaches: The case of Murphy, the "Motor-Mouth"*. Case study. The permanente Journal 2010; 14: 2.
- PREVITI G., VIRZÌ G., VIRZÌ A., *Medicina Narrativa: un nuovo modo di affrontare la malattia*. Formazione Psichiatrica 2009; 1-2.
- SARACENO B., *La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica*. Etas Editore, 1995.
- STRATICO' E., *L'empowerment e i servizi di salute mentale. Manuale per gli operatori*. Roma, CIC Edizioni Internazionali, 2010.
- VAN DER GAAG R. J., *Mental health 'cure and care' in Netherlands: Risk and opportunities*. International Review of Psychiatry, February 2011; 23(1): 113-117.
- ZANNINI L., *Medicina narrativa e medical humanities*. Milano, Cortina, 2008.

1. STRATICO E., *L'empowerment e i servizi di salute mentale - Manuale per gli operatori*. Roma, CIC Edizioni Internazionali, 2010, p. 37.
2. SARACENO B., *La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica*. Milano, Etas Editore, 1995, p. 45.
3. FLEXNER A., *Medical education in the United States and Canada. A report to the carnegie foundation for the advancement of teaching*. Boston, The Merrymount Press, 1910.
4. LEWIS B., *The art of Medicine. Taking a narrative turn in psychiatry*. The Lancet 2014; 383: 4.
5. CHARON R., *Narrative medicine: a model for empathy reflection, profession and trust*. JAMA 2001; 286: 1897-1902.

La medicina narrativa in psichiatria: un modo per curare e prendersi cura

6. CHARON R., *Narrative medicine: honoring the stories of illness*. Oxford, Oxford University Press, 2006.
7. ZANNINI L., *Medicina narrativa e medical humanities*. Milano, Cortina, 2008, p. 54.
8. PREVITI G., VIRZÌ G., VIRZÌ A., *Medicina Narrativa: un nuovo modo di affrontare la malattia*. Formazione Psichiatrica 2009; 1-2: 19-25.
9. Conferenza di Consenso. Linee di indirizzo per l'utilizzo della Medicina Narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative. I Quaderni di Medicina. Il Sole24Ore Sanità, Allegato al n.7, 24 feb.-2mar. 2015, p.13.
10. ANDREOLI V. G.(ed. italiana a cura di), *DSM-III: manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano, Masson, 1983.
11. HAMKINS S., *The Art of Narrative Psychiatry: Stories of Strength and Meaning*. New York, Oxford University Press, 2013, p.17.
12. LEWIS B., *Narrative and psychiatry*. Current Opinion in Psychiatry 2011, 24: 489-494.
13. HAMKINS S., *The Art of Narrative Psychiatry: Stories of Strength and Meaning*. New York, Oxford University Press, 2013, p. 23.
14. LEWIS B., *Narrative psychiatry: how stories can shape clinical practice*. Baltimore, Johns Hopkins Press, 2011.
15. LAUNER J., *A narrative approach to mental health in general practice. Education and debate*. Narrative based medicine 1999; 318: 9.
16. PICKREN VALENTI M., MEHL-MEDRONA L., *Humanizing patients through Narrative approaches: The case of Murphy, the "Motor-Mouth". Case study*. The Permanent Journal 2010; 14, 2.
17. VAN DER GAAG R. J., *Mental health 'cure and care' in Netherlands: Risk and opportunities*. International Review of Psychiatry 2011; 23(1): 113-117.
18. HIPPLE WALTERS B., ADAMS S., BROER T., BAL R., *Proud2Bme: Exploratory research on care and control in young women's online eating disorder narratives*. Health 2015; 1-22.

Correspondence should be addressed to:

Virzì A., Via Mario Sangiorgi, 51 - 95129 Catania, Italia.

