



Ansia, panico e stili di vita contemporanei

Chi opera in ambito psicoterapeutico sa che esiste un nesso tra stili di vita e forme di patimento e che tali forme sono mutevoli in funzione dei mutamenti sociali e culturali. Più difficile è mettere a fuoco cosa di preciso dei nostri stili di vita ci ha cambiato tanto da determinare più o meno direttamente il modo in cui noi soffriamo psicologicamente.

Ad esempio, se pensiamo agli **impegni maturativi** di noi contemporanei sia nell'area affettiva (relazioni sociali, familiari, sentimentali, sessuali) sia nell'area socio-lavorativa (impegni formativi, lavorativi, sociali, progettualità personali, fondazione e continuità di coppia e famiglia), ci rendiamo subito conto che hanno radicalmente cambiato senso e contenuto non solo per le mutate aspettative/rappresentazioni e relative codificazioni sociali, ma ancor più a monte a causa di una radicale **disarticolazione dei cicli vitali** degli individui avvenuta negli ultimissimi decenni della nostra storia, per cui quando oggi noi parliamo di prima infanzia, seconda infanzia, preadolescenza, adolescenza, tardo-adolescenza, età giovanile, età matura, maturità avanzata, terza età, terza età avanzata, non siamo più tanto sicuri di indicare, con queste denominazioni, connotazioni e denotazioni precise e inconfondibili collegate ad esse, tutt'altro. Basti pensare che oggi la parola

“ragazzo-ragazza” si estende senza alcun problema e imbarazzo ad individui che oltrepassano i 50 anni. Ma non è solo una questione di denominazione, ogni contemporaneo sotto i 50 se chiude gli occhi e pensa a se stesso non vede un uomo o una donna, ma *vedee sente* un ragazzo o una ragazza. Letteralmente impensabile fino a soli 20-30 anni fa.

Incrociando dunque **impegni maturativi**(affettivi e socio-lavorativi) e **cicli vitali disarticolatici** accorgiamo immediatamente di come bisogni, impellenze, mete interne, aspettative personali, familiari e sociali, sono diventati come dei pezzi di un puzzle che non si incastrano più per formare un disegno intero e coerente.

Rimangono pezzi di un puzzle sparpagliati sul tavolo.

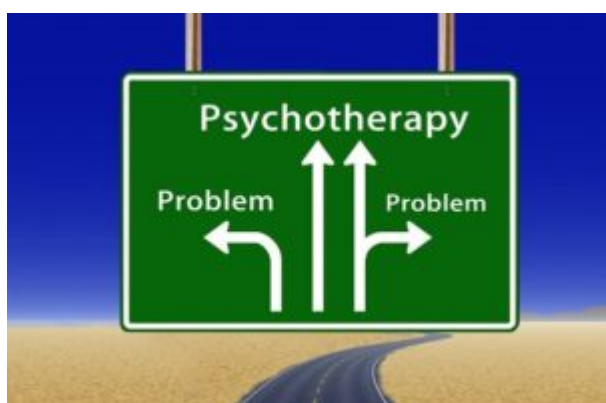
Ma cosa c'entra tutto questo con ansia e panico?

È presto detto. L'ansia e soprattutto il panico possono essere descritti icasticamente come una sorta di “ingorgo psichico”, come cioè una sorta di impallamento legato a sovraccarico di un sistema che non processa ordinatamente i dati e che quindi è costretto a fermarsi per resettare e ricominciare.

In genere invece lo si vive e lo si rappresenta (inizialmente) come una vulnerabilità somatica e non come una vera e propria difficoltà di adattamento assolutamente comune, direi ubiquitaria, di tutte e tutti, relativa a questa **oggettiva difficoltà contemporanea** a definire una propria identità, un proprio posto nel mondo, una ordinata successione nel tempo e nella propria percezione autobiografica di compiti maturativi, una propria direzione chiara e autonoma.

Per uno psicologo che come il sottoscritto è abituato a trattare quotidianamente questi sintomi, essi non rappresentano, per quanto oggettivamente drammatici nel loro proporsi nella nostra vita, nulla di particolarmente “grave”, ma sono sintomi assolutamente *benigni*, degli ammonimenti utili che anzi ci aiutano a fermarci per ricominciare su altri

presupposti, dal momento che i presupposti precedenti ci hanno condotto al malessere. In genere le sintomatologie diminuiscono di intensità dopo non molto tempo dall'inizio di un lavoro terapeutico e molto spesso regrediscono alla fine di esso.



La Psicoterapia è veramente accessibile?

Da alcuni anni a questa parte, in concomitanza con la crisi economica del decennio scorso, e in alcuni casi anche prima, si è diffusa a macchia d'olio nella comunità italiana di psicologhe e psicologi la pratica della psicoterapia accessibile o sostenibile o sociale. Una miriade di piccoli gruppi organizzati intorno a qualche centro o scuola di formazione che permettono l'accesso a pazienti meno abbienti a tariffa sostenibile e talora simbolica.

Tale pratica in realtà, si è ormai reticolarmente diffusa anche tra moltissimi singole/i

colleghe/i del privato professionale, probabilmente la maggioranza, ciascuna/o disponibile per una piccola parte del

proprio tempo professionale ad accogliere pazienti a tariffa sociale.

Tale impegno nella sua dimensione ubiquitaria, al di là delle personali sensibilità, assume chiaramente un carattere sociologico in quanto risposta riflessa e automatica al disagio della nostra società e al progressivo impoverimento delle fasce socio-economiche medie e medio-basse, come tutte le statistiche degli ultimi anni dimostrano.

Ma tutto questo non basta, è solo una goccia nell'oceano e la domanda di cura e benessere psicologico tracima da ogni parte e si fa più pressante senza trovare alcuna sponda.

Dunque, di fatto oggi in Italia, migliaia di colleghe e colleghi ospitano migliaia di pazienti a tariffe simboliche o ridotte, ma tale impegno si confina e rimane invisibile purtroppo nelle quattro mura degli studi privati e non assume la giusta rilevanza presso l'opinione pubblica tale da sollevare interrogativi circa la mancata assunzione da parte del Servizio Sanitario Nazionale della domanda di cura e benessere psicologico esistente.

Sarebbe opportuno non solo che questo impegno invisibile e sommerso venisse alla luce del giorno e svelasse ciò che ogni addetto/a ai lavori sa e cioè che la salute e la prevenzione psicologica in Italia è praticamente lettera morta ed è troppo raramente appannaggio del SSN.

Se ci spostiamo nel Regno Unito, dove la programmazione sanitaria e l'epidemiologia hanno lunga tradizione e dove hanno calcolato impatto e costi sociali dell'ansia e della depressione, esiste da alcuni anni un grande progetto governativo (Improving Access to Psychological Therapies), rifinanziato con budget sempre maggiori, pensato per contrastare l'onda montante del disagio psicologico, previsto dall'OMS già nei decenni precedenti, ed i cui primi risultati appaiono molto confortanti.

In Italia non solo le fasce socioeconomiche basse sono tagliate fuori da una seria prevenzione e cura psicologica, ma ormai anche le fasce sociali medie, sempre più impoverite, soprattutto famiglie con figli piccoli e adolescenti, coppie giovani, giovani disoccupate/i e precari/e, persone emarginate sul lavoro, non riescono assolutamente a sostenere le spese di una cura psicologica, in genere necessariamente di lunga durata.

Vorremmo prima o poi assistere a una legislazione che riconosca e preveda il diritto alla cura e l'accessibilità a queste essenziali cure a tutta la cittadinanza.



Insonnia

Non riesco a dormire stanotte. Sto pensando a te, che non mi pensi. Bel pensare. Dovrei concentrarmi su qualcos'altro, scacciarti dalla mia mente per il tempo necessario ad acchiappare un sogno. Ma dove si prendono i sogni? Forse i

sogni li abbiamo dentro, e in questo momento il mio sei tu. Eccoti di nuovo, non va bene. Cambiamo domanda... dove si prende sonno? C'è un posto fisico, un mercato, un luogo in cui si incontrano la domanda e l'offerta di sonno?

Mi tuonano in mente le parole di quel prof così pieno di sé e così vuoto dentro "In concorrenza perfetta, nella teoria economica tradizionale, i mercati sono perfetti, quindi esiste un mercato per ogni bene."

Probabilmente l'amore è un mercato imperfetto, deve essere così, non trovando quasi mai la corrispondenza.

Ma perché penso sempre all'economia poi? O all'amore o all'economia, sarà perché li studio entrambi all'università e ancora mi sfuggono.

A proposito, domani ho lezione alle 8.00. Devo svegliarmi presto! Ma che stupida, non mi devo svegliare se non mi addormento, no? Forse mi conviene restare sveglia, con gli occhi aperti a fissare il soffitto, e le luci che vengono da fuori e che si infilano nelle fessure. Per quanto possa chiudere le finestre, il buio non è mai nero.

Non si può impedire alle luci di entrare. Questo dovrebbe dirmi qualcosa, ma non sono particolarmente positiva da lanciarmi in metafore, la mia stanza non è la mia vita. So bene che la vita può completamente spegnersi. Mi sta venendo in mente proprio ora un esempio concreto di come. Speravo di essermi dimenticata, ma è marzo come lo era allora, è notte come lo era allora, sto fissando il soffitto come allora e soprattutto la mia finestra filtra la luce come allora. Solo che quelle luci erano sirene di ambulanze, e io ero in una camera sterile in un ospedale. Ci sarà tempo di raccontare come e perché ero dentro una camera sterile, per ora è sufficiente dire cos'è, perché per fortuna non troppe persone ci sono entrate (e per sfortuna alcune nemmeno ci sono uscite). In pratica si tratta di una camera più asettica possibile, dove chi entra deve disinfettarsi bene le mani, indossare guanti, cuffie, mascherina, para scarpe e camice. Ovviamente non ci entra quasi nessuno, se non infermieri e medici del reparto trapianti. E i tuoi familiari, solo negli

orari prestabiliti.

Ovvio che la mia compagnia in quei mesi era la solitudine, e pur non apprezzandola, me la dovevo fare andare bene. A volte mi capitava, e mi capita tutt'ora, di litigare perfino con me stessa, quindi la solitudine non significava tranquillità. Ma quella notte, non erano i miei pensieri a tenermi sveglia. Dalla camera accanto provenivano rumori cupi, lamenti. C'era un gran movimento di personale, un via vai poco conosciuto dai corridoi del reparto. Io sapevo a chi appartenesse quella voce che pian piano diventava un urlo, sapevo che pur trattandosi di una persona più vecchia di me condivideva con me un piano terapeutico simile, essendo entrambi in quel luogo dimenticato da quel Dio eventuale così smemorato. Sapevo anche che stava per morire. Gli infermieri quella notte passarono spesso nella mia stanza, con la scusa di controllarmi ora la pressione, ora la febbre.

Ma io stavo benissimo, fisicamente.

Dentro invece sapevo che qualcosa si era rotto. Avevo capito che la vita non era una stanza, che nel buio si fa fatica a oscurare. Nella vita a volte succede che si spengano tutte le luci. Che siano interruttori, fessure delle persiane, fiammelle di ceri in chiesa, chi decide di tenerle accese? In termini pratici, perché a spegnersi è stato lui e non io? Non avevo risposte allora, solo la paura. Ora non ho né le prime, e nemmeno la seconda, per fortuna. Mi rimane un forte senso di non-senso. Forse ciò che mi può restituire un significato, riparare ciò che si è spezzato, è quello che mi tiene sveglia stanotte. Chissà se mi pensi.



La diagnosi psicologica in politica come insulto

Da qualche settimana è online un documento e una annessa raccolta adesioni (<https://psicodiagnosiepolitica.wordpress.com/>) di addetti ai lavori psicologi, psicoterapeuti e psichiatri, di diversi orientamenti, ma anche sostenitori non del settore, che intendono esprimere un disagio etico e anche una forte protesta verso tutti coloro che, specialmente se in contesti pubblici, utilizzano il linguaggio e le categorie della diagnostica e dei saperi psicopatologici per apostrofare o connotare un avversario politico.

Dare del “matto” o del “bipolare”, “schizofrenico”, “psicotico”, “disturbato”, o semplicemente dell’incapace a un politico dello schieramento opposto al proprio utilizzando argomenti clinici o teorie psicologiche in modo disprezzante è, indipendente dall’appartenenza politica, una scorrettezza grave in quanto si sposta un’azione da un contesto ad un altro. Ed in questa decontestualizzazione si opera una profonda alterazione degli scopi per i quali quei saperi e quei termini sono stati pensati.

In particolare si sposta un atto terapeutico (la diagnosi ha senso all’interno di una procedura di aiuto o di valutazione clinica) da un contesto di aiuto, servizio, cura, con tutti i

vincoli di riservatezza necessari, ad un contesto in cui quella stessa diagnosi assume una forte connotazione negativa e discriminatoria, praticamente diventa un insulto, per lo più avvalorato dal prestigio del professionista che lo esprime, ad uno e consumo dell'agone politico e al servizio di una parte contro l'altra.

Cosa dovrebbe pensare una persona sofferente di uno di quei disturbi nominati laddove osservasse il terapeuta o qualcuno della stessa categoria professionale utilizzare la sua diagnosi come insulto? Secondo la mia sensibilità è inimmaginabile anche solo porre un'eventualità del genere.

Su tale tema si è già espressa, senza alcuna esitazione e dubbio, l'APA, l'Associazione Americana di Psichiatria [dichiarandosi contraria](https://www.washingtontimes.com/news/2018/jan/10/american-psychiatric-association-calls-end-arm-cha/) (<https://www.washingtontimes.com/news/2018/jan/10/american-psychiatric-association-calls-end-arm-cha/>) per motivi di riservatezza e rigore professionale a petizioni pubbliche diagnostiche a proposito del Presidente degli Stati Uniti e dei suoi veri o presunti squilibri psichici.

La diagnosi, atto riservato e fiduciario tra terapeuta e paziente, non può diventare argomento politico. Pena la perdita della fiducia pubblica verso quel terapeuta e verso l'intera professione che lo accoglie.

Purtroppo questa pratica sta pericolosamente prendendo piede a livello pubblico tramite articoli e dichiarazioni e fortunatamente comincia a sollevare le giuste inquietudini e proteste di alcune parti delle categorie professionali coinvolte che prendono le distanze da questa nuova barbarie.

Ben altra è la funzione di stimolo intellettuale dell'esperto "psy" che, invece di usare metodi da bar dello sport, utilizza i propri strumenti per analisi ben più ampie e corpose al servizio di tutti.

