

PRENDERSI CURA DELLA CURA

Curare narrando

Atti del Seminario

promosso da

Istituto Sorelle della Misericordia
Ospedale Villa Santa Giuliana, Verona



Con il patrocinio
dell'Ordine dei Medici
della provincia di Verona



Istituto Sorelle della Misericordia
Ospedale Villa S. Giuliana
per la riabilitazione psicosociale

© 2010, Ospedale Villa S. Giuliana, Verona
Tutti i diritti riservati

Finito di stampare nel mese di ottobre 2010
Da Verona Grafica
Via Bionde, 122 - 37139 Verona

INTRODUZIONE AGLI ATTI

Il seminario nasce dalla necessità di fare incontrare i mondi della psichiatria e della psicoterapia con quelli della pedagogia e della medicina generale sul tema della scrittura e della narrazione.

Ogni relatore interviene nella ricerca di senso della scrittura e della narrazione come contributi alla crescita della persona e alla cura del paziente secondo i recenti orientamenti dell'umanizzazione della medicina.

A fronte di una ricca letteratura scientifica sull'importanza della narrazione in psichiatria è assente un approfondimento riguardo alla teoria e alla pratica della scrittura di sé o scrittura autobiografica nel lavoro con i pazienti psichiatrici. Il seminario vuole proprio contribuire a colmare questo vuoto ed aprire una discussione e una proficua ricerca intorno a questi temi.

La scrittura a differenza della oralità si presenta come un mediatore che funge da terzo nella relazione tra curante e curato o tra maestro e allievo, un mediatore che permette di generare un'area transazionale nella relazione diadica.

La scrittura già solo nel movimento fisico che la accompagna favorisce il ripiegamento introspettivo, si accompagna a una pausa di riflessione, un tempo tra il pensiero e la ricerca della parola e questo la avvicina alla clinica, alla *klinè* intesa come ripiegamento verso il letto del malato.

La scrittura è un atto creativo, dalla pagina bianca prende

forma la parola che è sempre nuova è sempre un altro da sé.

La scrittura da corpo, consistenza visiva e tattile, è fisicità e crea luogo, un luogo che lo scrittore può ritrovare e dove potrà reincontrarsi e riconoscersi o stupirsi di sé stesso.

La scrittura di sé può diventare geografia dove le trame, le connessioni, i bivi e le lontananze di una esistenza si dipanano trovando senso.

Ci auguriamo pertanto che la scrittura narrativa nella psichiatria, la medicina narrativa e le pratiche autobiografiche, incontrino nuovi spazi per dialogare tra loro in uno scambio proficuo e stimolante che possa coinvolgere tutti coloro che operano nel campo della cura e della pedagogia.

Ospedale Villa Santa Giuliana

PROGRAMMA DEL SEMINARIO

Lunedì 23 novembre 2009

Saluto di apertura

SR. ROSACELINA FAVALLI, *Direttore Generale di sede,
Ospedale Villa Santa Giuliana, Verona*

Introduzione al Seminario

FABIO DE NARDI, *Direttore U.O.C. di Psichiatria e Psicologia Clinica,
Direttore Sanitario Ospedale Villa Santa Giuliana, Verona*

Le narrazioni nella pratica clinica

LUCIANO VETTORE, *Medico, già Prof. di Medicina Interna
Università di Verona, Past President e Consigliere Emerito
della Società Italiana di Pedagogia Medica.*

Un'esperienza di scrittura di sé nel disagio mentale

MARIA GALATI, *Medico Psichiatra e Psicoterapeuta,
Ospedale Villa Santa Giuliana, Verona*

Darsi-dare misura narrando

ANNA MARIA PIUSSI, *Prof.ssa Ordinaria di Pedagogia Generale e
Sociale, Facoltà di Scienze della Formazione, Università di Verona*

La scrittura della cura, la cura della scrittura: dal monologo al dialogo nelle relazioni d'aiuto

DUCCIO DEMETRIO, *Prof. Ordinario di Filosofia dell'Educazione,
Università di Milano Bicocca e Presidente della Libera Università
dell'Autobiografia di Anghiari*

SALUTO DI APERTURA

SR. ROSACELINA FAVALLI

Buongiorno a tutti. Ringrazio il Direttore Sanitario dottor De Nardi che mi concede subito la parola.

Sinceramente mi sento molto emozionata per l'opportunità che mi è stata offerta di dare apertura a questo speciale e meraviglioso seminario.

Desidero comunque volgere anzitutto un cordiale saluto, e un particolare ringraziamento, anche a nome della Madre Generale Teresita Filippi occupata in altre sedi, ai relatori che con grande disponibilità hanno aderito alla realizzazione di questo Seminario.

Inoltre vorrei salutare tutti presenti che a vario titolo hanno accolto con simpatia l'invito.

La vostra presenza così numerosa mi commuove perché so che alcuni vengono da lontano e altri anche con sacrificio.

Questo seminario però è molto importante, è importante per voi, per questo Ospedale e per l'intero Istituto Sorelle della Misericordia perché può aprire la strada a nuovi orizzonti, e, nuovi scenari già si affacciano per *continuare* a migliorare l'assetto del nostro mondo sanitario.

Dobbiamo pensare che l'Ospedale, specialmente in questi ultimi anni, ha visto importanti *modificazioni e cambiamenti*:

- l'avvio della riforma sanitaria;
- l'aziendalizzazione della struttura;

- l'impegno costante ad erogare prestazioni sempre piu' specialistiche secondo i principi:
 - dell'accreditamento;
 - della qualità;
 - dell'efficacia;
 - dell'efficienza e della appropriatezza.

Sempre però nell'ottica della nostra "Mission" che vuole essere un continuo richiamo al grande valore dell'amore misericordioso nelle relazioni umane, amore senza il quale ogni competenza e ogni tecnica rimangono strumenti freddi e sterili.

L'Ospedale "Villa S.Giuliana" è culturalmente aperto e sempre pronto ad *affrontare nuove sfide* pur di assecondare al meglio i bisogni legati alla tutela della salute.

Noi, Istituto Sorelle della Misericordia ci lasciamo continuamente *interpellare* dai segni della storia, cerchiamo di *interpretarli* alla luce della Parola di Dio e del nostro Carisma per scoprire i bisogni dell'uomo del nostro tempo e *aiutarlo* a vivere in dignità umana e cristiana.

Questo Seminario quindi può aiutarci ad acquisire nuove capacità di **amore creativo** per poter sollevare e rigenerare questa umanità la cui sofferenza è nascosta dentro il mistero dell'esistenza.

Sono molto lieta di avere questi relatori tra noi perché sicuramente ci offrono degli spunti su cui riflettere e degli strumenti per imparare ad accogliere prima di tutto noi stessi, a leggere i nostri vissuti e acquisire la capacità di porli in relazione con gli altri e, anche con l'Altro, che è Dio stesso.

Il tema del Seminario «**Prendersi cura della cura. Curare narrando**» è veramente affascinante e, vi confesso che da quando con la Dottoressa Galati si fecero delle riflessioni sentii il bisogno di pensare ad un possibile percorso di formazione all'interiorità per tutti coloro che operano in queste strutture, perché come dice S. Agostino «è nell'interiorità dell'uomo che abita la verità».

Questo “Prendersi cura della cura”, questo “Curare narrando” hanno la capacità di farci entrare nel mistero dell’uomo, nel suo silenzio interiore, perché *raccontare è raccontarsi e il raccontarsi chiede ascolto, chiede silenzio. E come possiamo ascoltare la sofferenza dell’altro se non facciamo silenzio dentro di noi, se non facciamo spazio nel nostro cuore e nella nostra mente?*

È necessario quindi entrare in se stessi per dare fondamento al proprio agire e diventare *responsabili e testimoni* del tempo che ci è donato.

Oggi più che mai, in un tempo segnato dalla velocità, dalla fretta, dall’attivismo frenetico, c’è bisogno di recuperare *la riflessione* per essere veramente strumento di aiuto.

Ho capito, ma capiremo insieme fra poco che anche il narrare attraverso la scrittura autobiografica diventa un momento che recupera i momenti preziosi della vita che altrimenti rischiano di andare perduti e non diventare strumenti di *condivisione della propria esperienza*.

Ho letto un libro bellissimo: *In principio era il racconto. Verso una Teologia narrativa*. Credo che noi cristiani *dobbiamo reimparare a narrare la storia fondativa della vita cristiana che è la Bibbia, recuperare la dimensione narrativa del sapere teologico per dare un futuro significativo all’umanità*.

Se veramente vogliamo comprendere l’interezza dell’uomo, del suo essere, della sua sofferenza, non va considerato da un solo punto di vista (della clinica o della psicologia clinica...) ma occorre sviluppare una visione *antropologica* che abbracci tutte le dimensioni dell’esistenza umana.

Quindi penso che sviluppare questo tema oggi significhi considerare l’individuo proprio per la sua singolarità, irripetibilità e finitezza.

Tutto il lavoro che mi sembra di percepire in questo pomeriggio è un andare a contatto con il mistero dell’uomo.

Alla luce di tutto questo ecco che allora la sfida per noi tutti che operiamo specialmente in questo Ospedale sarà quella di sperimentarsi avviando un confronto su “Etica Narrativa”, cioè

l'etica dell'esperienza con il mondo e con la vita, per prendersi davvero "Cura della Cura".

Già da qualche tempo infatti si sta pensando di creare qui in "Villa S. Giuliana" dei laboratori di riflessione, di dialogo e confronto all'interno dei quali condividere i grandi interrogativi che attraversano l'esistenza umana e che attanagliano l'uomo in modo tale da renderlo schiavo di se stesso.

E con l'auspicio che questo mio e nostro sogno si realizzi al più presto, ringrazio tutti per l'attenzione che mi avete concesso e auguro buon lavoro.

Ecco,
è solo una pagina pallida,
frammento che rispecchia per un istante
l'impulso di un momento;
l'incontenibile desiderio di
comunicare
prende luce ad iridate sfumature
poiché avvolta, inondata, annullata
dall'intensità del messaggio.
Io e questo foglio, medesima cosa
nell'attimo fuggente,
uguali ed immediatamente diversi...
e tu che leggi – ed ascolti –
sei in questo contingente un'unità
con queste righe, con me che comunico,
e cioè sono –
...Poiché questo dire modifica il mio "essere"
che sa di essere ascoltato,
movimenta il tuo perché rivolto all'anima,
modella e costruisce questa pagina,
che accoglie in tale delimitare
l'Universo – accoglienza infinita
perché percepita nella sfera
del profondo.

Celina



INTRODUZIONE AL SEMINARIO

DOTTOR FABIO DE NARDI

Grazie a Suor Rosacelina per le sue parole, per le sue riflessioni, che di fatto costituiscono già una introduzione a questo nostro seminario. A me compete naturalmente di riprendere alcuni spunti che Suor Rosacelina ci ha trasmesso per contestualizzarci progressivamente all'interno della tematica.

Devo anche dire che questo seminario è nato all'insegna di una grande familiarità di rapporti tra di noi e questo è testimoniato dal fatto che il seminario si è costruito giorno dopo giorno ed è stato pubblicizzato in fondo con una modalità molto casalinga: c'è stato il passaparola, sono state inviate tante e-mail e si è deciso di non stampare nulla. Ma se questo seminario è un seminario, e il clima familiare che stiamo respirando, mi pare, sia espressivo di questo, d'altro canto credo che in realtà la tematica di oggi pomeriggio sia una tematica molto ambiziosa che viene potentemente condensata proprio nel titolo: "prenderci cura della cura". Perché ambizioso? Perché secondo il mio punto di vista questo titolo intende contestualizzare la tematica del curare narrando all'interno di un paradigma evoluto della relazione curante.

Da tempo si parla di cura, da tempo si parla del prendersi cura, il passaggio dal "care" al "to care" è una cosa acquisita, ma sicuramente c'è un'altra possibilità, un altro passaggio. Il pensare che la cura legata al paradigma di oggettivazione del sintomo, una cura che passa verso un prendersi cura che pone

in primo piano l'esperienza soggettiva del paziente non è ancora sufficiente, ma è necessario che il prendersi cura valorizzi la centralità del paziente come attore, una centralità che sia espressiva del liberarsi di una soggettività che consente al paziente di entrare in una relazione curante diversa, in una relazione che il professor Vettore chiamerà "partecipata".

Per comprendere quando la cura e il prendersi cura diventa aver cura della cura credo meriti un accenno al concetto di "recovery". È un termine inglese non facile da tradurre in italiano, potrebbe essere tradotto come recupero, come ritrovamento, ha in sé il germe di significato di guarigione, ma il termine di recovery centra il suo significato proprio sulla capacità e sulla possibilità che il singolo paziente possa riprendersi soggettivamente, possa lasciarsi alle spalle il fardello del suo carico di sofferenza e di difficoltà e possa così cominciare ad essere un attore che guarda, si confronta e discute con l'apparato curante. Quindi, questo concetto di "recovery", questa ripresa soggettiva del paziente è una strategia, può essere inteso come una strategia che si sviluppa all'interno della storia dell'individuo e consente al singolo paziente di imparare osservando il proprio comportamento mentale ed emozionale. Di fatto questa modalità dell'aver cura della cura cambia la relazione curante-curato perché consente di superare in modo definitivo la tradizionale dicotomia tra il punto di vista del medico e il punto di vista del paziente.

Ma l'aspetto più interessante è che questo passaggio consente anche di correggere il narcisismo e alcune istanze pedagogiche che sono insite nel prendersi cura. Quando si decide di abbandonare, magari con una certa fatica, la prospettiva oggettivizzante del paziente e si accede al versante del prendersi cura siamo sicuramente tutti molto contenti ma attenzione, c'è una trappola possibile ed è quella del compiacimento paternalistico, quindi una dimensione narcisisticamente strisciante che può emergere, con il rischio di farsi catturare da delle istanze pedagogico normative.

Questo atteggiamento dell'aver cura della cura stempera in una maniera definitiva la supponenza professionale del trattamento, ridefinendo anche il concetto di responsabilità: il paziente viene veramente riportato in primo piano e diventa veramente responsabile del suo progetto di cura. Infine comporta anche un riposizionamento degli obbiettivi di cura che non possono più essere intesi in quest'ottica, ossia semplicemente come trattamento, riabilitazione e riduzione del danno, ma che devono essere considerati come interventi miranti al recupero del benessere della persona. Quindi, il discorso di oggi sarà sostanzialmente centrato sulle possibilità che ogni singolo paziente ha di recuperare il suo sviluppo come persona. La cura dunque, e forse questa mia affermazione suonerà un po' provocatoria dato l'ambiente in cui siamo, non deve mettersi in competizione con la psicoterapia, non può essere un qualche cosa che attacca la psicoterapia, però credo vada anche sottolineato che non può essere semplicemente una presa di coscienza.

Come ha molto bene descritto il professor Demetrio, nostro ospite, la cura può essere intesa come «un dialogo attorno al sintomo, è un'esperienza, una ricerca ovviamente di attribuzione di senso, che consente ad ogni singolo paziente di prendere atto della sua crisi esistenziale, della sua difficoltà e di accedere ad un nuovo equilibrio come persona».

Detto ciò, io credo che l'aver cura della cura possa essere inteso una sorta di cornice paradigmatica che può consentire questo transitare dalla cura al prendersi cura fino ad approdare a questa nuova possibilità. Questa cornice però è in attesa di contenuti, ha una dimensione insatura, e credo che oggi abbiamo la possibilità di iniziare a saturare questa cornice con dei contenuti. Riferendomi ancora ai contributi di Demetrio, mi viene di dire che il pensiero autobiografico e la narrazione possono essere intesi proprio come «uno stato di grazia che dalla costellazione di ricordi», egli dice, «ci conduce a redigere, grazie alla pazienza dell'io tessitore», poi scopriremo cos'è questo io tes-

sitore, "ci aiuta a redigere non una ma molte altre versioni della nostra esistenza". Così il paziente può finalmente transitare dall'angustia ripetitiva del suo pensarsi ristretto e vincolato ad una determinata identità, ad una pluralità dialogante del suo io.

A questo punto io mi fermo e inizierei proprio a dare la parola ad ognuno dei singoli relatori, tenendo conto che la scaletta è un po' diversa da quanto è stato proposto. Inizierà il professor Luciano Vettore, e ci parlerà di medicina narrativa. Sarà seguito dal contributo della dottoressa Galati che parlerà dell'applicazione del pensiero autobiografico al trattamento dei pazienti borderline, portando ovviamente la sua esperienza maturata in questi anni nel nostro ospedale. La professoressa Annamaria Piussi porterà sul tema dell'autobiografia e del narrare la sua competenza che deriva da una lunga esperienza con il pensiero e la ricerca narrativa nell'ambito della pedagogia. Chiuderà la scaletta dei relatori il professor Demetrio. Del professor Demetrio dirò qualcosa successivamente ma credo che non sia più di tanto necessario. Il professor Vettore che è innanzi tutto un caro amico e che ha accettato con molta generosità di partecipare a questo nostro incontro. Io lo ricordo, ancora dai tempi in cui ero studente, come un clinico medico importante della nostra università. Mi diceva prima che a sessantacinque anni suonati ha deciso di andarsene in pensione per coltivare i suoi interessi pedagogici. Il professor Vettore, di conseguenza si presenta oggi come un formatore ed è un illustre esponente della Società Italiana di Pedagogia Medica. A te Luciano.

LE NARRAZIONI NELLA PRATICA CLINICA

DOTTOR LUCIANO VETTORE

La “medicina narrativa” è fatta di tante cose e quindi forse è utile fare un po’ di chiarezza. Com’è giusto, il tempo a mia disposizione è limitato: perciò potrò dire solo poche cose; se volete saperne di più ci sono molti libri che parlano dell’argomento: ne cito solo tre: *Medical Humanities* di Lucia Zannini, *Medicina narrativa* di Giorgio Bert e *Pensare narrando* di Sebastiano Castellano. Poi ci sarebbero i tanti i libri del Professor Demetrio, ma per non sbagliare omettendone qualcuno doverò utilizzare tutto il tempo a mia disposizione.

Comincio con una definizione di “medicina narrativa”. Si può dire che la “medicina narrativa” corre lungo due filoni principali: il primo è quello che si nutre dei racconti *dei* pazienti e *dei* professionisti della salute e si identifica con la loro capacità di raccontare gli aspetti della salute e della malattia nelle rappresentazioni emotive oltre che tecniche. Già questo, come vedremo, è di per sé un approccio capace di arricchire l’atto medico.

L’altro filone è quello dei “narratori laici”, cioè di quelli che non sono professionisti della salute, né pazienti, ma sono invece letterati, registi, attori cinematografici, artisti delle arti figurative, che narrano *sui* pazienti, *sui* medici e sugli infermieri, *sulla* salute e *sulla* sofferenza. Anche questo è comunque un approccio che aiuta a comprendere il senso del soffrire.

Perché ho accettato volentieri di parlarvi soprattutto della pratica narrativa nella medicina clinica, limitando a questo aspetto gran parte del mio intervento? Perché pazienti e medici sono di loro natura dei “narratori”; ma sono tali perché sono esseri umani, e qualsiasi essere umano ha la necessità irrinunciabile di comunicare con i suoi simili e di relazionarsi con loro. Il narrare e il narrarsi sono infatti i fondamenti della relazione.

La narrazione dei pazienti coincide con quella che tecnicamente si chiama anamnesi. L’anamnesi però è diversa dal punto di vista del paziente e dal punto di vista del medico; i due attori la vedono in modo abbastanza differente, talvolta in apparenza addirittura conflittuale: il paziente racconta il suo vissuto di sofferenza e il medico raccoglie un resoconto tecnico, cioè vuole trarre dal racconto del paziente, indirizzandolo su binari ben precisi, le informazioni finalizzate a porre la diagnosi e a individuare la terapia.

La differenza è sostanziale tra queste due modalità: raccogliere informazioni e scrivere un’anamnesi, o invece narrare un racconto. In fondo è la differenza che c’è tra una cronaca e una storia: quella del medico è sostanzialmente una cronaca che riguarda alcuni fatti *della vita di un altro*; quello che dice il paziente è la storia che riguarda i fatti della *sua vita*, che solo lui può conoscere anche nelle sue pieghe nascoste e che solo lui può rappresentare modo personale e sociale.

Ovviamente, le due modalità non dovrebbero entrare in conflitto tra loro, ma dovrebbero invece completarsi a vicenda: la loro sintesi è l’unico modo per poter dare una rappresentazione complessiva, globale della storia vera, che quando è storia di malattia è sempre anche storia di un malato e quindi storia di una persona nel suo ambiente con tutte le altre relazioni, i rapporti, i problemi che la vita di un essere umano racchiude.

La narrazione del paziente può addirittura diventare di per sé medicina, e a questo proposito l’esempio che oggi porterà la dottoressa Galati è abbastanza emblematico: la narrazione au-

tobiografica dei pazienti diventa per loro uno strumento di cura.

Accanto al paziente narratore, che racconta soprattutto il suo vissuto, anche il medico, dicevamo, è a suo modo un narratore.

Ci sono molteplici figure di medico narratore: quella più conosciuta e più comune è quella del medico che scrive lavori scientifici, va ai congressi, racconta sintomi, eventi e problemi dei suoi pazienti, ma con finalità prettamente scientifiche. In genere questi racconti sono molto asettici, molto poco inclini alle emozioni, e non potrebbe essere altrimenti. Il medico narratore si coinvolge emotivamente in modo più sensibile quando parla dei suoi pazienti con i colleghi: allora si lascia spesso andare a considerazioni su aspetti umani personali del paziente di cui parla, e soprattutto si lascia coinvolgere maggiormente dai suoi problemi non solo clinici ma anche esistenziali.

Ci sono modalità particolari di questo modo di narrare. L'esempio che mi è più vicino mi viene dall'esperienza a cui partecipo assieme a Mariuccia: quella del gruppo veronese dei cosiddetti "medici narratori", che per me è stata e continua a essere molto importante. È un gruppo di medici di varia estrazione professionale, per lo più medici di medicina generale, ma anche psichiatri e psicologi, che s'incontrano con regolarità una volta al mese e raccontano a turno le storie di loro pazienti.

La particolarità di questo gruppo sta nel fatto che nel raccontare queste storie e nel discuterne poi assieme non si fa la discussione tradizionale del caso clinico per risolvere problemi soprattutto di natura diagnostica o terapeutica, bensì vengono discussi i problemi "globali" di quella persona particolare e dell'ambiente in cui egli vive e soffre. Importanti sono anche le modalità di lavoro del gruppo: per esempio la storia non viene solo narrata a voce, ma prima viene scritta, perché – come credo pensi anche il Professor Demetrio – lo scrivere comporta un modo "diverso" di affrontare gli accadimenti, è un modo di ri-

flettere su di essi, di pensarci su, di scoprire cosa c'è tra le pieghe del racconto. Io credo – e i medici che partecipano a questo gruppo potranno testimoniare – che dopo ogni discussione i partecipanti portino a casa molto più di quello che si aspettavano quando sono arrivati all'incontro: prima erano stimolati da alcuni problemi, talvolta non chiari e confondenti; poi quei problemi sono stati molto spesso declinati in altri problemi, maggiori, minori, diversi, e con diverse prospettive di soluzione; alla fine tutto questo ha prodotto un arricchimento personale, importante almeno quanto le risposte ai quesiti tecnici.

Ci sono ancora altri modi per i medici di essere narratori; il più classico, coerente proprio con la natura della medicina narrativa, è quello descritto e utilizzato da Rita Charon, un'internista statunitense che può essere considerata la “mamma” della “narrative medicine”: soprattutto quando si trova di fronte a pazienti con in quali la relazione ha presentato qualche criticità, la Charon dopo la consultazione scrive un diario di questa consultazione e invita il paziente a fare altrettanto. Nell'incontro successivo i due diari vengono confrontati e questo aiuta molto, oltre la maturazione della relazione, anche la comprensione dei problemi reali di quel paziente.

Un'altra “variante” di medici narratori è rappresentata dai medici letterati: si tratta di medici che scrivono le storie dei loro pazienti in modo più o meno romanzato. In particolare sono molto impegnative le storie autobiografiche, raccontate da medici che sono stati essi stessi malati: il racconto del “guaritore ferito” è infatti molto istruttivo e fortemente coinvolgente.

Infine ci sono medici che si divertono a scrivere romanzi che non riguardano né la scienza né le malattie. In ogni caso, io credo che in qualsiasi circostanza, di qualsiasi cosa narri (sia di medicina o d'altro), chiunque narra qualcosa troverà nella narrazione una catarsi, cioè la possibilità di liberarsi di alcuni fantasmi che spesso anche la professione comporta.

Proprio in quest'ottica credo che sarebbe molto importante e utile se ogni medico riuscisse ad imprimere uno stile narrativo alla sua relazione con il paziente. Perché?

Innanzitutto al medico esperto in narrazione risulta meno difficile decodificare i messaggi occulti che spesso il paziente porta con sé. Tutti i medici sanno che quando si parla con un paziente quello che egli dice non è tutto quello che servirebbe, e nemmeno tutto quello che lui vorrebbe dire: infatti spesso il paziente inconsapevolmente nasconde anche a se stesso le cose di cui ha paura, e si concentra su altre meno temute, ma spesso anche meno utili; ne sortisce una narrazione piuttosto criptica, e il riuscire a decodificarla è sempre di grande aiuto anche per il paziente stesso.

La narrazione aiuta a far crescere una sorta di complicità tra medico e paziente, e ciò aiuta entrambi nella gestione della sofferenza. Spesso questo è un intervento efficace sulla malattia proprio perché facilita una relazione veramente empatica, che riguarda quindi non solo il curare ma anche il prendersi cura.

In realtà ci sono molti modi di prendersi cura: il modo più comune, come ha detto il Dott. De Nardi, è quello della medicina paternalista, sicuramente criticabile anche se migliore del silenzio comunicativo; purtroppo nell'era della medicina supertecnologica, dove il colloquio è appiattito in un rapporto meramente tecnico, talvolta si prova nostalgia perfino del rapporto paternalista.

In tempi relativamente recenti questo tipo di rapporto ha cercato di evolversi in qualcosa di più soddisfacente, cioè in una relazione negoziale tra il medico e il suo paziente. Negoziare, ovviamente parlandosi e quindi comunicando tra persone, vuol dire trovare una sorta di compromesso, nel quale la soluzione al problema è almeno una soluzione condivisa: il paziente rifiuta alcune cose, il medico gliene propone altre e alla fine viene accolta quella che, tutto sommato, è la più accettabile per il paziente, ma anche non negativa per il medico.

Esiste una possibilità ulteriore, che è quella del rapporto in cui effettivamente s'instaura tra medico e paziente un'alleanza terapeutica, nella quale le due persone si impegnano per trovare assieme la soluzione migliore.

Infine, c'è una possibilità ancora migliore, quella della cosiddetta "medicina partecipata". Questa è una sfida e forse un miraggio del futuro, di cui tuttavia si cominciano a vedere oggi i primi frutti e le prime applicazioni.

In cosa consiste la medicina partecipata? Essa parte dall'assunto che nessuno può conoscere il vissuto della propria malattia quanto e più del paziente che ne soffre, e quindi proprio quel paziente è la persona più adatta, più esperta, più capace – o forse dovrà essere aiutata a diventarlo – per mettere a disposizione il suo "expertise" al fine di affrontare la malattia in modo utile ed efficace.

La medicina partecipata è dunque quella pratica in cui il paziente non è solo uno strumento che fornisce informazioni, ma è una persona che fornisce la propria esperienza, che si coniuga con l'esperienza del medico, portando a una corresponsabilità effettiva nella presa di decisioni veramente condivise.

La medicina partecipata per potersi attuare necessita di due strumenti fondamentali, oltre a tanta buona volontà e a una notevole fatica: la narrazione e il counseling. La narrazione, come abbiamo visto, esplicita tutti gli aspetti – soggettivi, soggettivi ed emozionali – della sofferenza; in counseling, nutrendo la relazione più di domande che di risposte, consente al paziente di scoprire egli stesso e di manifestare le proprie attese. Questi sono allora strumenti essenziali di relazione efficace affinché la comprensione reciproca sia vera e profonda e affinché quel paziente effettivamente sia o diventi un paziente "esperto". Paziente esperto non vuol dire paziente istruito o, peggio, paziente saccente, cioè ammalato che crede di conoscere tante cose della sua malattia perché legge le enciclopedie mediche e oggi consulta anche Internet; connota piuttosto un tipo di paziente che impara a comunicare ai suoi curanti *il vissuto* inte-

grale della sua malattia e del suo soffrire e che sa dividerlo con loro anche umanamente in una relazione empatica.

L'altra faccia della medicina narrativa, il suo secondo filone è quello delle storie laiche, ossia dei racconti letterari, su curanti, curati, malattie, o anche delle loro rappresentazioni cinematografiche (a titolo d'esempio si possono citare film particolarmente eloquenti: da *Caro diario* a *Un medico e un uomo*, a *Parla con lei* e tanti altri).

Altri esempi si possono trarre dalle arti figurative: per esempio, alcuni quadri di De Chirico rappresentano benissimo l'aura emicranica.

I racconti letterari e le rappresentazioni cinematografiche, teatrali o figurative di sofferenze e di malattie aiutano a lenire le sofferenze sia dei curati che dei curanti, e a migliorare le possibilità di cura. A questo proposito permettetemi di leggermi poche righe tratte dal libro di Sebastiano Castellano intitolato "Pensare narrando", un libro che aiuta a comprendere la narrativa letteraria dove si parla di curanti e curati e delle loro sofferenze, e ci fa capire a che cosa questo serva effettivamente. Scrive Castellano: "Almeno qualche volta l'esperienza estetica che si vive con una storia inventata insegna a vedere quello che accade intorno e che spesso non si riesce a percepire. Sa mediare una comprensione non analitica ma complessiva, non logico-deduttiva ma intuitiva. Fa vedere cose, avvenimenti e persone semplicemente perché esistono, non per darne una ragione o per giustificare o condannare o scoprire le cause, ma solo per rendere conto della loro esistenza e per richiamare l'attenzione sul valore che, come tutte le esistenze, meritano".

Possiamo allora dire che la medicina narrativa nelle sue diverse declinazioni è uno strumento prezioso per far crescere l'attitudine alla relazione empatica nei professionisti della salute, e di conseguenza è uno strumento formidabile per la cosiddetta "umanizzazione della medicina". In sostanza la cura

della relazione – scusate il gioco di parole – migliora la relazione di cura. Proprio per questo, come diceva all’inizio Fabio De Nardi, bisogna prendersi cura anche della cura: cioè pure l’attitudine e l’abitudine a curare devono essere accudite.

E dobbiamo prenderci cura anche degli strumenti con cui curiamo. Mariuccia mi ha suggerito una bella similitudine per rendere esplicito questo concetto: i maestri dell’orchestra dell’Arena di Verona, suonando i loro strumenti all’aperto, la prima cosa che fanno quando comincia a piovere è quella di proteggere e salvare questi strumenti, mettendoli al riparo. Questa è una bella similitudine che dovremmo prendere in considerazione anche noi: i nostri strumenti di cura vanno anch’essi curati, dobbiamo averne cura come gli strumenti musicali per gli orchestrali.

Infine va sottolineato come proprio la consuetudine narrativa aiuti in particolare la crescita umana oltre a quella professionale dei professionisti della salute. Infatti, la consuetudine narrativa accresce la curiosità, stimola la creatività, aiuta a immaginare soluzioni alternative nelle situazioni difficili, stimola le abilità metacognitive, ossia aiuta a riflettere sul senso degli avvenimenti, aiuta a tollerare l’incertezza, insegna a gestire le emozioni senza soccombervi; chi opera nel pianeta salute sa bene come le emozioni, che pure sono una ricchezza, talvolta diventino un handicap, un rischio quando non vengono gestite in modo adeguato: per esempio il rischio che gli addetti chiamano “burn out”.

Un ultimo cenno merita il fatto che spesso i medici con “tendenze” biologiche spiccate, i cultori ad oltranza della scienza galileiana, contrappongono la medicina basata sulle evidenze e sulle prove di efficacia, ossia la medicina scientifica, alla cosiddetta medicina narrativa. Questo secondo me è un peccato di presunzione anti-scientifico, perché connotati peculiari della vera scienza sono proprio l’umiltà dell’incertezza, l’accettazione dell’errore e la consapevolezza che le cose che oggi crediamo

vere sono destinate a essere sostituite dal frutto di nuove scoperte: insomma quelle che in questo momento definiamo come prove ed evidenze sono solo le migliori spiegazioni *oggi possibili*, ma purtroppo sono *provvisorie*, e di questo dobbiamo essere costantemente convinti per non cadere in pericolosi deliri di onnipotenza. La medicina narrativa è un buon antidoto di questi deliri; la medicina della scienza e dell'evidenza riduce l'incertezza delle conoscenze peraltro senza mai annullarla, mentre la medicina basata sulla narrazione facilita la relazione e la partecipazione delle persone. Per tutte queste ragioni io sono convinto che non esiste alcun conflitto tra la medicina scientifica, la cosiddetta "evidence based medicine", e la medicina narrativa, e che in realtà non esistono due medicine: esiste la medicina "tout court", che è la medicina per la persona, non la persona per la medicina; una rappresentazione eloquente di come la seconda possa uccidere la prima possiamo trovarla in un'opera teatrale degli anni '20: "Il dottor Knock ovvero il trionfo della medicina" di Jules Romain.

Per concludere senza dilungarmi ulteriormente, vi elencherò in sintesi quali sono gli scopi della medicina narrativa:

- contribuire ad umanizzare la medicina e a migliorare la qualità degli atti medici;
- migliorare la qualità delle relazioni fra tutti coloro che vivono nel pianeta salute;
- fornire ai pazienti uno strumento per diventare partecipi e corresponsabili della loro salute;
- aiutare la formazione dei professionisti della salute;
- e per ultimo, ma non per importanza, far comprendere a tutti che esercitare la medicina non è solo curare le malattie, ma anche prendersi cura delle persone.

Grazie per l'attenzione.

UN'ESPERIENZA DI SCRITTURA DI SÉ NEL DISAGIO MENTALE UN'OFFERTA NARRATIVA

DOTTORESSA MARIA GALATI

Essere una persona
è avere una storia da raccontare.

Karen Blixen

Vi narrerò oggi di una esperienza che sto facendo presso il nostro ospedale con due gruppi di pazienti, utilizzando il modello della scrittura di sé o scrittura autobiografica che ho appreso ad Anghiari alla libera università dell'autobiografia fondata e diretta dal professor Demetrio.

Sto facendo questa esperienza da alcuni anni con i pazienti ricoverati e da un anno con i pazienti esterni.

Il tipo di patologia per cui ho deciso di utilizzare questo modello è quella del disturbo borderline di personalità (e in maniera più estensiva l'organizzazione borderline di personalità)

Mi sono occupata a lungo di questo disturbo e me ne occupo tuttora, e i modelli teorici a cui mi riferirò nella relazione odierna sono in particolare quelli di Russel Meares e di Antonello Correale

Ho scelto questo tipo di disturbo come una sfida, perché proprio in questa patologia è presente un grave difetto nella capacità narrativa ed autobiografica.

Il disturbo b, è un disturbo complesso, non esplorerò qui oggi tutte le sue caratteristiche ma solo quelle rispetto alle quali io ritengo che il gruppo che ho strutturato, possa svolgere una funzione curativa.

I sintomi su cui mi soffermerò sono: una grave atrofia del sé, una memoria traumatica e deficit della memoria autobiografica, intensi vissuti di vuoto, incapacità di stare da soli, mancanza di riposo.

Il paziente b ha subito verosimilmente nella sua storia evolutiva una serie di ripetuti microtraumi ambientali legati ad un problema sia con la figura di accudimento che con l'ambiente.

La figura di accudimento e attaccamento, la madre o il caregiver, non avrebbe svolto una funzione di reverie o rispecchiamento che permetta al bambino di riconoscere e nominare i propri sentimenti e stati d'animo.

Tale figura non sarebbe stata "raccontante" (permettetemi questo termine) cioè non avrebbe svolto la funzione di farsi raccontare dal bambino le sue esperienze nelle forme comunicative specifiche dell'età e non solo di dividerle materialmente con lui mentre si verificano.

Inoltre l'infanzia del futuro paziente b sarebbe stata caratterizzata dalla mancanza di tenerezza e dalla prevalenza invece dell'eccitamento, della seduzione, della rabbia o dell'abbandono e della trascuratezza.

Sarebbe mancato un'ambiente sufficientemente calmo, accogliente, sicuro e prevedibile.

E perciò la possibilità di abbandonarsi ad una prevedibilità ambientale rassicurante.

Uno dei sintomi della patologia è, come dicevo prima, la incapacità di stare da soli. A questo proposito Winnicott sosteneva che la capacità di godere della solitudine e di apprezzarla è un fenomeno altamente raffinato e perché si possa realizzare è necessaria l'esperienza di essere solo, da infante e da bambino piccolo in presenza della madre

La funzione della madre deve consistere nel garantire la nascita di un mondo interno nel bambino sia, come dicevamo prima, tramite la condivisione delle esperienze e la loro rielaborazione che (tramite la protezione della sperimentazione di spazi privati e personali) permettendo al bambino di sperimentare

tare degli spazi privati e personali sotto la sua protezione. La maturità e la capacità di essere soli implica che l'individuo abbia avuto la possibilità, grazie a cure materne abbastanza buone, di costruirsi la fiducia nell'esistenza di un ambiente benigno.

Questa fiducia si forma attraverso una ripetizione di gratificazioni istintuali e affettive soddisfacenti. L'essere capace di godere di essere solo assieme a un'altra persona che pure è sola è in sé un'esperienza sana, c'è un godere nel condividere la solitudine. Con il passare del tempo, l'individuo diventa capace di rinunciare alla presenza reale di una madre o di una figura materna, si costituisce così un "ambiente interno" sufficientemente buono.

Nell'adulto che abbia sviluppato la capacità di stare da solo di fatto è come se in linea teorica ci fosse sempre qualcuno lì presente in sua compagnia, qualcuno che nei momenti di difficoltà può svolgere anche una funzione consolatoria.

Il senso di sé, ossia il senso di essere noi stessi con continuità nel tempo e nello spazio, è deficitario nel nostro paziente ed è sostituito da un intenso e doloroso vissuto di vuoto, da un'intimità fragile e poco protetta e da una difficoltà a trovare un oggetto interno consolatorio nei momenti di solitudine.

Questo rende il soggetto incapace di riposo e di quiete perché proprio nel riposo e nella quiete egli vive più intensamente il vuoto incolmabile e la solitudine insopportabile.

Di conseguenza è alla continua ricerca di fonti di eccitamento che via via possono essere nuove relazioni affettive ed emotive o stimoli intensi, per esempio le droghe o il sesso, o attività compulsive.

Il nostro paziente vive uno stato d'animo emorragico, dove tutto si consuma e tutto si perde e dove non si può costituire una memoria, un deposito della memoria, di qui il deficit della memoria autobiografica. La nostra memoria si forma attraverso una continua attività volta a rielaborare il passato e il presente, accostandoli l'uno all'altro secondo una geografia di valori e

affetti che serve a integrare e ordinare gli eventi con una logica al tempo stesso realistica ed interiore.

La funzione narrativa serve a prendere una adeguata distanza dagli eventi, che vengono al tempo stesso distanziati, ma personalizzati e soggettualizzati.

Ma il campo percettivo del paziente è dominato dal predominio del particolare sul generale, del dettaglio sul tutto e la logica del particolare dominante è affettiva così che sembra destinata a imporsi la tonalità che grida più forte, la nota più intensa, il colore più acceso.

Questa realtà esperienziale “a macchie” o espressionistica non riesce essere articolata e organizzata nella trama complessa e regolare che forma il senso biografico di un’esistenza e si tiene in contatto con essa.

La trama della nostra storia è l’elemento che collega, storicizza, contiene e sostiene, ma nel nostro paziente è fallace, manca il senso di un fluido svolgimento degli accadimenti, la narrazione non segue la fitta tessitura di una storia ma si dà come emergenza di attimi, episodi.

È la trama che conferisce senso alla realtà mentre il vissuto immediato, il repentino viene disperso e consumato in una sorta di iperrealità pervasiva, di nuda vissutezza come dice Cor-reale.

Se manca la trama la narrazione si trasforma in un resoconto, in una cronaca povera, scarna e ripetitiva

Oppure nel cosiddetto copione traumatico, quello che si attiva quando il paziente si pone in maniera automatica in una sorta di recitazione dominata dalla tendenza inconscia a ripetere un pattern relazionale disturbato e sempre costante; nella maggior parte dei casi è come se ci fosse presente al fianco del paziente che parla di sé una figura affettiva importante dell’infanzia che lo svaluta, considerandolo di volta in volta cattivo, inferiore, incapace.

Talora i nostri pazienti sono come un filo di perle sparse, diceva Meares: «la loro esistenza non ha continuità né coesione,

proprio come un filo di perle che si sia aperto e di conseguenza le perle se ne stanno lì sparse sul pavimento, una a una».

La vita non è che un'ombra che passa, un povero attore
Che s'agita e si pavoneggia la sua ora sulla scena,
E non ne resta più memoria: è il racconto
Di un idiota, pieno di rumore e furore,
Che non significa nulla.

Macbeth atto V scena V
William Shakespeare

L'esperienza

Partendo da queste premesse e da questo "scacco" nella narrazione autobiografica, ho deciso di utilizzare un laboratorio di scrittura di sé per tentare di accedere a queste aree danneggiate attraverso l'offerta di uno spazio protetto, all'interno del quale io offro sollecitazioni e faccio proposte che si muovono nella direzione di accedere per gradi alle aree della memoria personale.

Il luogo è protetto perché è il luogo del silenzio ma non della solitudine, della quiete ma non del vuoto e, inoltre, è il luogo del recupero del senso del proprio valore.

Cosa cerco di fare con i miei pazienti, quali sono le aree su cui lavoro:

- realizzare un ambiente sufficientemente buono senza interpretazioni o valutazioni o critiche, costante nel tempo, quieto, stabilmente ripetitivo e prevedibile, affettivamente caldo.
- Creare le condizioni dell'essere solo in compagnia dell'altro, la solitudine assistita.
- Creare le condizioni per un riaffiorare della memoria utilizzando sollecitazioni verbali o immagini e oggetti evocativi.

- Ricordare il presente e ripresentificarlo (rileggere gli scritti precedenti del diario, ritrovarsi le proprie lettere a se stessi scritte in precedenza).
- Curare l'intimità del paziente.
- Curare e nutrire il gruppo.

Ho chiamato questo luogo "gruppo narrativo". Ho iniziato a utilizzare lo strumento della scrittura autobiografica con pazienti in fase acuta nel corso del ricovero; la partecipazione al gruppo viene consigliata dal curante in base alle caratteristiche psicopatologiche del paziente e alla sua relazione con la scrittura.

Il paziente è libero di partecipare o meno al gruppo anche dopo averlo sperimentato.

Pur essendo consigliata e non imposta, la partecipazione al gruppo per pazienti interni può risentire di un certo grado di passività che il ricovero determina in chi lo vive.

Il gruppo con pazienti esterni, è un gruppo stabile nel tempo, che si rivolge a persone con patologie

anche meno gravi, che hanno scelto in maniera più attiva e più motivata di partecipare al gruppo e con i quali mi prefiggo di realizzare un lavoro più vicino a quello dell'autobiografia vera e propria.

Nel gruppo dei pazienti ricoverati c'è un alto turnover legato a ricoveri e dimissioni; nel gruppo esterno c'è più stabilità e continuità.

Il setting che ho predisposto prevede di ritrovarsi lo stesso giorno alla stessa ora attorno ad un tavolo in una stanza, allestita in modo da creare un'atmosfera tranquilla ed accogliente anche attraverso l'utilizzo di un sottofondo musicale neutro. Il numero di pazienti oscilla tra i 5 e i 10.

Io siedo al loro stesso tavolo.

Si dichiara da subito che i quaderni, che vengono offerti da me, sono strettamente personali: nessuno li leggerà se non loro stessi.

Inoltre si connota subito il gruppo come luogo non di appren-

dimento del bello scrivere, del bel contenuto o dell'“essere intema”, ma di applicazione di quanto tutti abbiamo appreso: lo scrivere, come tecnica umile e semplice che tutti possediamo.

Le regole fondamentali sono: accoglienza e rispetto dell'altro, sospensione di ogni giudizio, continuo riferimento alla propria memoria, priorità dello scrivere sugli altri mezzi espressivi (talvolta si utilizza l'acquarello), silenzio e abolizione di ogni scambio verbale durante l'esercitazione di scrittura; non si discutono o analizzano i contenuti, né vengono valutati gli aspetti formali, ma possono esserci brevi scambi verbali di tipo metariflessivo sulla scrittura.

Ciò che si cerca di fare è, utilizzando il tramite della scrittura come capacità di cui ognuno a suo modo è dotato, di accedere alla propria memoria ed alla propria capacità riflessiva.

Si inizia con la scrittura libera senza un tema prefissato, cercando di lasciar scivolare il più veloce possibile la penna sul foglio, senza seguire un tracciato mentale prestabilito; una sorta di esercizio di riscaldamento alla scrittura. Successivamente fornisco consegne o sollecitazioni che possono essere: suggestioni della memoria, ricordi e riflessioni di vario tipo e natura (anche riguardanti la malattia e la cura), autoritratti, ritratti di figure significative della propria vita.

Talora sono io stessa a proporre testi, poesie o racconti, oppure mostro loro immagini da cartoline, fotografie, riproduzioni di disegni o dipinti che scelgo per qualche potere evocativo che vi riconosco.

Là dove il ricordo è inaccessibile permetto di utilizzare la scrittura d'invenzione, di finzione, anche come accesso al desiderio.

Dopo le consegne inizia il momento della scrittura, al termine della quale chi vuole legge il proprio brano agli altri, nessuno è obbligato a farlo.

Nella mia esperienza quasi tutti i partecipanti desiderano leggere le proprie produzioni; è piuttosto raro che qualcuno si rifiuti di farlo anche se ciò è assolutamente rispettato.

I membri del gruppo sono disposti attorno al tavolo in maniera tale che ognuno possa vedere gli altri, cogliendoli immediatamente con uno sguardo abbracciante. Si fa così l'esperienza di essere soli in compagnia dell'altro, di sentire la sua penna, il suo respiro e di sapere che qualcuno custodisce il luogo affinché il processo avvenga.

Io curo molto l'aspetto intimo, nascosto e segreto della scrittura e mi curo molto della riservatezza

Alcune mie pazienti del gruppo di esterni mi raccontano di aver cominciato a cercare anche a casa il luogo dove poter scrivere non viste, un luogo nascosto per prendersi cura di sé.

Il fatto di stare tutti attorno ad un tavolo riproduce un desco, come se si fosse allestito insieme un pasto.

Il pasto è la scrittura, la materia, la fisicità che il testo scritto possiede. Nella fase della lettura alternata ad alta voce dei testi scritti c'è il piacere di qualcuno che ci ascolta ed è interessato al nostro racconto.

Una paziente mi disse che per lei era molto importante la serietà con cui l'ascoltavamo

Rileggersi ad alta voce, essere ascoltati dagli altri e ascoltare le letture che l'altro fa del proprio testo, sono momenti molto intensi poiché si affacciano molti altri personaggi rispetto a quelli fisicamente presenti, ossia quelli che la scrittura ha creato, perché la scrittura è un mediatore tra me e l'altro ed è quello che crea altro da me. Una paziente un giorno chiamò il nostro gruppo "raccontificio", cioè una fabbrica di racconti di sé, perché i racconti non solo si recuperano, ma si ri-creano.

Quello che cerco di fare con i miei pazienti è andare a caccia di memoria. Io cerco di provocare la memoria involontaria, quella di cui parla Proust, a disvelarsi, sono una sua cacciatrice.

Un esercizio che utilizzo in tal senso è quello della camminata (o passeggiata): si esce in giardino con la penna e il quaderno, e in silenzio ci si lascia sorprendere da tutte le cose che si incontrano, annotandole e recuperando i ricordi a loro connessi.

È sorprendente quante cose si possano incontrare, osservare in un giardino e quanti ricordi esse facciano affiorare.

Una delle possibili suggestioni che offro è quella di un ricordo di delizia che sollecita i sensi del gusto e dell'olfatto; di fronte a questo stimolo spesso i miei pazienti reagiscono dicendo che non ne hanno, ma poi gli odori, i sapori dell'infanzia hanno il sopravvento e i ricordi affiorano.

I nostri pazienti hanno difficoltà a ricordare il presente, a fissarlo, a fermare il fluire inarrestabile del tempo, allora tento di far loro tenere un diario, di conservare piccoli oggetti o frammenti di oggetti che stiano a significare il giorno trascorso, un qualche evento significativo anche se piccolo e apparentemente trascurabile.

Poi li invito a rileggersi a distanza di tempo nel momento del gruppo per notare le sensazioni che provano a ritrovarsi oppure faccio scrivere delle lettere a se stessi che io conservo e faccio ritrovare loro a distanza di tempo

Non sempre il lavoro che faccio con i pazienti è quello di sollecitare o provocare talvolta devo lavorare a limare, a levare quando per esempio il materiale scritto è troppo, è ridondante, arriva a fiumi e va contenuto; allora per esempio invito a cercare nelle pieghe di propri testi liberi o suggeriti da me le parole che più li colpiscono, che più li attraggono, oppure a fare elenchi di parole per loro evocative o che danno sollievo o altro, utilizzando soltanto le singole parole con il loro potere.

Un altro metodo che uso è quello di rubare i testi a poeti o scrittori, prendere per esempio il testo di una poesia che amano e scomporlo apponendo modifiche e ricostruzioni personali, fino a farlo diventare proprio. Thomas Eliot diceva che gli scrittori mediocri imitano mentre i grandi rubano... noi rubiamo

Propongo talora di comporre qualcosa di proprio, usando le tracce di testi sacri, per esempio: "Le beatitudini" del Vangelo secondo Matteo o "C'è un tempo per" del Qoélet.

Le ragioni dell'esperienza

Perché la scrittura e non l'oralità? Perché la scrittura mette un testo in mezzo, un oggetto tra me e me e tra me e gli altri; la scrittura crea un altro luogo. La scrittura è come sogno, è un altro stato della mente e fa pensare in modo diverso. Lo scrivere scaturisce dal silenzio mentre l'oralità è esposta allo scompiglio dell'istante. Perché il gruppo?

Perché il gruppo favorisce il confronto, la condivisione, il rispecchiamento, l'affiatamento, il rispetto e la conferma di sé e anche il confronto con il limite.

A questo riguardo una mia paziente scrisse che la lettura ad alta voce agli altri nel gruppo narrativo fa fare un salto di qualità rispetto alla semplice scrittura solo per se stessi perché quest'ultima può essere troppo autoreferenziale e senza limiti, il gruppo mette un limite.

Un gruppo di questo tipo favorisce lo stare presso di sé, realizzando quel paradosso di cui parlava Winnicott della solitudine in compagnia di un altro

Cito – da un'esperienza nei gruppi tenuti da Demetrio ad Anghiari – questa immagine suggestiva di cosa sia scrivere in silenzio in gruppo: «Mi è sembrato allora che il qualsiasi altro al mio fianco prendesse forma e che la mia storia, proprio perché c'era quell'altro del genere umano al mio fianco, avesse la possibilità di essere scritta; è come camminare in cordata in montagna dove il procedere è individuale, ma strettamente legato e dipendente, e questa sensazione ti solleva dall'incertezza e dalla paura, alzi lo sguardo e vedi chi come te sta attraversando gli stessi sentieri, e tutto sembra riacquistare allora un senso e una pacatezza».

In questo tipo di gruppo i pazienti non devono sostenere lo sguardo diretto dell'altro come può avvenire in una normale psicoterapia individuale o di gruppo, il rapporto Io-altro mediato dalla scrittura è meno temibile.

Scrivo, riguardo a questo, una mia paziente «il gruppo nar-

rativo ti toglie l'angoscia di guardare negli occhi o nel viso il tuo terapeuta per cercare di capire dalle sue espressioni cosa pensa, dandoti così l'occasione di essere per qualche tempo sola con i tuoi pensieri».

Io porto nel gruppo la mia funzione terapeutica. Sto seduta al tavolo con loro, spesso scrivo mentre loro scrivono, pongo attenzione al clima del gruppo e all'atmosfera, assisto il singolo se è in difficoltà, cerco di favorire il fatto che il pensiero, la memoria e la scrittura fluiscano.

Non do interpretazioni, né soluzioni o giudizi; cerco di aprire finestre e spazi, che lascio insaturi e che evito di saturare.

La mia funzione è pertanto quella di esserci, di contenere ovvero di "tenere con le braccia della mente", di essere garante delle regole condivise, di dare valore al singolo e al gruppo, di garantirgli senso ed esistenza.

I pazienti che partecipano ai miei gruppi hanno nella maggior parte dei casi anche un terapeuta individuale, che condivide con me il progetto terapeutico.

Ci sono alcuni rischi a cui il terapeuta deve fare attenzione: per esempio il rischio che il gruppo possa diventare palcoscenico di un bisogno narcisistico di apparire, di essere per gli altri e non per se stessi, e pertanto che si ribalti nel suo contrario l'opportunità che il gruppo dà, di stare presso di sé, più prossimi a se stessi; oppure che si crei un'eccessiva idealizzazione come difesa e attacco verso il mondo esterno, o che si manifesti la paura di non aver sufficientemente protetto il nucleo intimo e segreto di se stessi con conseguenti vissuti di invasione e persecuzione. Una mia paziente ha dovuto lasciare il gruppo perché per lei la scrittura è più forte della parola che viceversa vola via: è come se la scrittura incidesse le cose, rendendole troppo visibili e dolorose; un'altra paziente che pure non si è sentita di proseguire non scriveva le cose troppo intime perché era come se qualcuno comunque dovesse leggerle.

Questo ovviamente fa comprendere come un tipo di gruppo

come questo sia assolutamente controindicato per pazienti che presentino patologie della sfera psicotica.

Problemi si possono presentare anche laddove nel paziente l'aspetto della rabbia sia incontenibile e apertamente espressa.

I risultati

Mi sembra che il gruppo sia riuscito quando i miei pazienti dicono: «Ci sarebbe ancora molto da scrivere» o quando si ritrovano senza di me per farlo ancora, o quando scoprono che le cose scritte non sembrano essere le loro, come se qualcun altro avesse scritto al posto loro. Darwish, grande poeta palestinese recentemente scomparso diceva che dopo aver composto le sue poesie, le metteva in un cassetto ,quando lo riapriva a distanza di tempo, delle proprie poesie teneva solo quelle che non gli sembravano scritte da lui, mentre le altre le cestinava.

In tal caso la cosa scritta è diventata altro da sé e ha preso vita al di là del suo autore e inoltre la persona è riuscita a staccarsi dal solito ripetitivo e univoco racconto di sé. Una mia paziente scrive: «qui mi sento me stessa,vado lo stesso con la mente nei miei pensieri,però riesco per un po' ad allontanarli ed a pensare a me» i pensieri che riesce ad allontanare sono i pensieri che la pensano che la disturbano sono pensieri parassiti che le impediscono di pensare veramente.

Potrei dire rispetto ai risultati finora ottenuti che nei partecipanti migliora la capacità di occuparsi di sé; qualcuno inizia a scrivere un diario, altri scrivono nell'intervallo tra gli incontri, in solitudine o con gli altri ricreando un setting simile a quello del gruppo.

Accade talora che compaiano per la prima volta ricordi buoni, che per molti dei miei pazienti sono spesso i più difficili da recuperare, come se non se li potessero permettere.

Il paziente inizia a guardarsi, ad avere un'altra immagine di sé.

Viene favorita la ricerca di intimità, del piacere di stare con sé stessi.

Si inizia a circoscrivere il dolore, a dargli un volto, una storia, degli aggettivi.

Si potrebbe dire, , che quando il gruppo funziona, il paziente, come in un gioco degli specchi, mette nella scrittura qualcosa che la scrittura gli restituisce come un nuovo sé, un nuovo racconto di sé, una ri-significazione del proprio presente e passato.

Lo scrivere, lo scrivere di sé in gruppo fa uscire il singolo da un "personale" troppo angusto, gli permette di accedere al proprio "io plurale" e cioè alle altre possibili narrazioni di sé.

Per concludere il luogo del gruppo è il luogo in cui le persone si scambiano reciprocamente delle narrazioni che danno al singolo un valore aggiunto che è il valore sociale insito nella narrazione.

Come scriveva Walter Benjamin: il narratore è la figura in cui il giusto incontra sé stesso.

E con questo ho concluso e vi ringrazio dell'attenzione.

DARSI, DARE MISURA NARRANDO

PROFESSORESSA ANNA MARIA PIUSSI

L'incrocio tra curare e prendersi cura, tra *to cure* e *to care*, da tempo è oggetto di riflessione a livello internazionale e nazionale, anche a partire da pratiche esplorative o già collaudate. Un incrocio riconosciuto negli ultimi anni tanto necessario, da problematizzare il valore assoluto del paradigma medico *evidence based*, e da indurre nella teoria e nella prassi la rivoluzione verso una medicina "sensibile all'umano" che si avvale di apporti disciplinari e culturali basati sul paradigma narrativo come la filosofia, l'antropologia, la pedagogia, l'arte, la letteratura (*medical humanities*). Una medicina centrata sul paziente, da comprendere, interpretare, trattare non come fascio di sintomi ma come soggetto del suo singolare e complesso modo di essere al mondo, di cui la malattia è parte ed espressione. E la "medicina narrativa", se non viene riduttivamente intesa come semplice appendice della pratica e del sapere medico, oggi non solo si incarica di integrare le conoscenze biologiche e cliniche con la conoscenza della storia dei soggetti, ma secondo alcuni¹ opera un vero e proprio cambiamento di paradigma, aprendo una prospettiva più ampia, più creativa e al tempo stesso più incerta, della clinica e

¹ Ad esempio R. Charon, *Narrative medicine: honoring the stories of illness*, Radcliffe, Oxford-New York 2006; G. Bert, *Medicina narrativa. Storie e parole nella relazione di cura*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2007; L. Zannini, *Medical humanities e medicina narrativa*, Raffaello Cortina, Milano 2008.

della terapia, entro la quale possono riaprirsi i grandi interrogativi sul senso della salute, della malattia, della sofferenza, della cura, della guarigione.

Porsi in un'ottica di medicina narrativa significa dunque un cambiamento radicale di atteggiamento, di postura, di sguardo, nel pensare e nell'agire, sia per chi cura sia per chi è curato. Per il medico significa porsi in un atteggiamento di ricerca, anche prendendo le distanze dai protocolli terapeutici abituali, per accedere alla ricchezza di sapere che ogni caso individuale porta con sé. Si instaura una nuova epistemologia, che considera il singolo paziente non come caso inseribile in uno schema classificatorio o come fluttuazione intorno a un valore medio o a uno standard, ma come polo irrinunciabile di una relazione in cui entrano in gioco aspettative, vissuti e competenze diverse, quelle di chi cura e quelle di chi è curato, relazione che può diventare il luogo in cui si generano contemporaneamente aiuto, cura, sapere.

È quanto accade già nelle relazioni terapeutiche efficaci, ma il sapere che ne deriva spesso resta implicito e non circola, non se ne fa oggetto di narrazione. È questa invece la prospettiva aperta anni fa da un libro collettaneo *Due per sapere, due per guarire*, della comunità scientifica femminile Ipazia², frutto di una riflessione condivisa a partire dalla narrazione della propria esperienza, di scienziate, mediche, operatrici della cura, pazienti, per modificare il modo di pensare la medicina e renderla più rigorosa perché più attenta alla singolarità dei soggetti e alle relazioni tra soggetti che incarnano i percorsi terapeutici.

Come Ipazia, anche un'altra iniziativa di donne, il Centro Internazionale di Studi e Ricerche "Metis-Medicina e Memoria" di Milano³, è impegnata a ripensare in un'ottica relazionale e nar-

² IPAZIA (a cura di), *Due per sapere, due per guarire*, Quaderni di Via Dogana, Libreria delle donne, Milano 1997.

³ Si vedano ad es. METIS-Medicina e Memoria, *Corpi soggetto. Pratiche e saperi di donne per la salute*, FrancoAngeli, Milano 2000; METIS- Medicina e Memoria, *Ma c'è la vita. Saperi di donne sulla relazione terapeutica*, Milano 2007.

rativa la clinica e la terapia, non limitandosi a spostarne il centro dal medico al paziente (patient centered care), come oggi si dice, ma ponendo invece al centro la relazione.

E non solo la relazione duale, ma il complesso delle relazioni: quelle che caratterizzano il luogo di cura, e quelle che fanno parte della vita e della storia del malato, in primo luogo i rapporti familiari e amicali, non dimenticando che ciascuno, ciascuna di noi incarna in ogni momento della vita, in modo più o meno creativo, più o meno cosciente, il senso e il vissuto delle relazioni che abbiamo avuto e abbiamo con noi stessi, gli altri, il mondo.

Stando alle narrazioni oneste di operatori in campo medico, la pratica clinica quotidiana conferma come i modelli di malattia studiati come reali e universalmente validi spesso vacillino e mostrino la loro fragilità al momento della verifica sul campo. Ma a tale fragilità la medicina sembra rispondere in modo paradossale rincarando la dose del fare, accanendosi con indagini strumentali, con il ripetuto ricorso alle tecnologie, con terapie sempre più incalzanti.

Se accettiamo una prospettiva che disancora dalla certezze specialistiche acquisite per rendere disponibili a un saper fare e un saper essere centrati sulla relazione, dunque più rigoroso ma più incerto, si apre la domanda: come darsi e dare misura?

Hans Gadamer⁴, filosofo tra i fondatori dell'ermeneutica contemporanea, ci aiuta a rispondere ricordando l'antica distinzione tra métron e métrion. Il primo termine indica ciò che è misurato oggettivamente e dall'esterno, secondo valori standard; il secondo ciò che è "adeguato", "ciò che conviene" secondo un ordine interno a una totalità vivente. È la giusta misura, che solo limitatamente è accessibile mediante la misurazione oggettiva. E la relazione clinica e terapeutica è una totalità vivente: per essa

⁴ H. Gadamer, *Über die Verborgenheit der Gesundheit*, Surkhamp, Frankfurt a. Main, 1993 (ed. it., *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina, Milano 1994).

va trovata la giusta misura quasi di volta in volta, con aggiustamenti continui, essendo disponibili a mettere alla prova le proprie conoscenze specialistiche nel confronto con l'unicità del paziente e della singola situazione relazionale, che chiama in gioco anche la storia personale e la soggettività di chi cura, la sua libertà di uscire dai binari della sicurezza protocollare per cercare insieme al paziente le forme più appropriate.

Ormai si è acquisita la consapevolezza che curare/prendersi cura e curare/curarsi sono binomi inscindibili. Ancora Gadamer ci propone di reinterpretare le due figure, quella del terapeuta proposta in termini di "guaritore-ferito", quella del paziente proposta in termini di "paziente-medico", non per stabilire una simmetria impossibile, ma per riorientare la relazione terapeutica secondo una disparità mobile e feconda, che tragga guadagno dal riconoscere e dal mettere in gioco da un lato la vulnerabilità del medico e dei suoi saperi, dall'altro le competenze e le risorse autocurative del malato.

In questi termini si è espressa nella narrazione del suo percorso terapeutico, risultato poco efficace, una paziente affetta da Dap (disturbo di attacchi di panico) in trattamento secondo i protocolli standard (farmacologici in primo luogo) presso una psichiatra: «Ho pensato a lungo se anch'io avessi qualche tipo di competenza... La psichiatra non aveva esperienza diretta della mia malattia (ci mancherebbe altro)... ora posso dire che anch'io possedevo una competenza particolare, che lei non ha riconosciuto, nè stimolato, usato. La mia esperienza di individuo sofferente non si trasferiva all'interno della sua esperienza di terapeuta in ricerca: non aveva niente da imparare dalla particolare forma che io davo alla malattia»⁵.

È solo un esempio, ma questa narrazione segnala che è venuta a mancare la componente fondamentale della cura rappresentata

⁵ R. Molena, *Trappole e gabbie di (una) paziente*, in IPAZIA (a cura di), *Due per sapere, due per guarire*, op. cit., pp. 72-73.

dalla “mano abile e esperta che tastando sa riconoscere la trama”⁶.

In senso traslato, è mancato il passaggio fondamentale dell’entrare in contatto e del restare connessi con quella, e non altra, particolare esperienza, tramite gesti e parole appropriati e che fanno bene: e sappiamo che le parole hanno per gli umani, in particolare quando si trovano in situazioni di fragilità e in un rapporto di forte disparità come quello medico-paziente, una grande potenza e possono fare molto male. Questo passaggio connettivo rappresenta il tessuto di sostegno ogni atto terapeutico e lo chiamerei tessuto educativo, di evoluzione relazionale e personale. Per il terapeuta consiste nel saper esserci anche quando i conti non tornano, anche quando per esserci è necessario uscire dalle proprie cornici teoriche e nosologiche.

Le narrazioni rappresentano una mediazione insostituibile per riconoscere la trama di una malattia, di una sofferenza, il mondo interno del paziente, e non solo al momento dell’anamnesi ma nell’intero percorso. Di una storia di malattia e di cura esse rappresentano le fonti di conoscenza e di emersione delle movenze soggettive, dei significati latenti, delle risorse nascoste, ma intervengono in questa stessa storia anche con efficacia trasformativa, orientando sia i curanti che i curati a riaprire la storia facendosene co-autori, a trovare e ritrovare ogni volta il senso del percorso che insieme vanno facendo, la giusta misura, potenziando le risorse di entrambi e in particolare la capacità di reimmaginare il presente come presente vivo, sottratto alla ripetitività e aperto al futuro.

Ma le narrazioni, orali o scritte – e del differente potenziale delle une e delle altre ci si deve rendere consapevoli⁷ – permet-

⁶ H. Gadamer, *op. cit.*: nel termine tedesco *Behandlung* (trattamento, cura) la radice è *die Hand*, la mano.

⁷ Per il tema della scrittura in questa prospettiva si vedano le opere di Duccio Demetrio, e in particolare *La scrittura clinica*, Raffaello Cortina, Milano 2008.

tono di riconoscere anche la trama di ciò che come operatori consente di usare se stessi come validi strumenti terapeutici. Sposto l'accento su questo versante, perchè l'utilizzo delle narrazioni relative ai curanti mi sembra ancora carente. In questo ci aiuta la consuetudine femminile, diventata pratica conoscitiva e trasformativa intenzionale ormai largamente documentata, del partire da sè e del narrare ciò che accade secondo uno sguardo soggettivo che include la propria storia e il sapere che ne deriva, anzichè pensare e parlare secondo codici specialistici. Un narrare relazionale e condiviso, non intimistico e solitario. Il narrarsi tra operatori aiuta a scongelare l'identificazione al ruolo e a rendere accessibile un sapere vicino alle cose che accadono, e, non ultimo, favorisce l'accesso a uno sguardo anche sui pazienti che si articola in una pluralità di sguardi e di prospettive e sa vedere aspetti nuovi e inaspettati.

Ma le narrazioni, condivise e allargate a cerchi sempre più ampi che includano ad esempio anche i familiari dei pazienti, altre presenze più o meno stabili, se assunte come modalità intenzionale di accompagnamento del lavoro quotidiano, sono utili anche per riconoscere la trama organizzativa di un ospedale, di un luogo di cura, e trasformarlo in un'organizzazione che sa autocurarsi, innovarsi, che sa apprendere dalla propria esperienza.

Un ultimo riferimento va al percorso di ricerca che sto realizzando con Renato Perina⁸ proprio in questo Ospedale Si tratta di un percorso che prevede forme di narrazione e autonarrazione mediate dal teatro sociale, attraverso laboratori condotti da Renato con pazienti adolescenti e giovani. Si è creato un contesto, uno spazio terzo, transizionale, in cui, grazie a drammaturgie e mediazioni relazionali appropriate e sempre alla ricerca della giusta misura, il disagio dei giovani ospiti tende ad uscire dalla ripetitività e dalla condizione di "senza via d'uscita" .

⁸ R. Perina, *Per una pedagogia del teatro sociale*, FrancoAngeli, Milano 2008.

La pratica teatrale arriva infatti a trasfigurare la realtà per farla vedere e vivere meglio: sovverte il gioco delle parti, i dati che si ritengono acquisiti, provoca più sguardi interpretativi, dà nuove misure, permette di cogliere scintille di vitalità inaspettate, la magia dell'umano nascosta dietro la sofferenza. In particolare favorisce la rielaborazione di vissuti difficili, la disclosure (scongelamento, rivelazione) del mondo interno, delle vite ripetitive e ripagate su stesse di ragazze e ragazzi, che possono trasformarsi grazie a questo oggetto mediatore in storie di vita narrabili o rinarrabili, rendendo i giovani attori/autori nella interpretazione di sé e del proprio disagio. Si è pensato di accompagnare questi percorsi con con il ricorso alla videoregistrazione delle sessioni di lavoro con gli adolescenti e gli operatori, nella consapevolezza dell'efficacia della videonarrazione come dispositivo che favorisce il processo di accesso ai significati dei protagonisti e ai loro possibili cambiamenti migliorativi, e considerando l'uso del visuale una risorsa innovativa nel campo della ricerca pedagogica⁹, sia dal punto di vista della descrizione degli eventi sia dal punto di vista dell'attribuzione dei significati e della comprensione delle dinamiche individuali e relazionali in situazioni complesse. Le immagini infatti possono arrivare lì dove non sempre alle parole è concesso, e hanno la potenza di contestualizzare tonalità, corpi, gesti, azioni, reazioni, voci, in una prospettiva narrativa che racconta un' "altra storia". Il corpus delle audiovideoregistrazioni è attualmente sottoposto alla fase del montaggio filmico, che richiede l'intervento selezionatore e interpretativo dell'autore. Con le opportune mediazioni il prodotto finale si potrà

⁹ C. Bove, *Pedagogia e ricerca educativa. Non solo parole*, "Encyclopaideia", 23, 2008, p. 31. Per l'efficacia delle videonarrazioni - fino alla costruzione di un vero e proprio film - nella ricerca pedagogica ed educativa si veda: anche R. Goldman, R. Pea et al., *Videoricerca nei contesti di apprendimento*, tr. it., Raffaello Cortina 2009.

proporre ai ragazzi e alle ragazze come strumento clinico-educativo di rilettura e reinterpretazione dell'immagine di sè; ma sarà utile anche come materiale-stimolo per una riflessione allargata e condivisa tra i diversi operatori e professionisti, e con chi può e desidera prendersi cura della cura, se pur non a titolo professionale.

PRENDERSI CURA DELLA CURA

DOTTOR DUCCIO DEMETRIO

Vi ringrazio molto per questo invito anche se, a quest'ora della sera, mi sento caduto in una trappola perché vivevo nell'illusione di parlare per secondo invece mi troverò a dover riprendere alcuni temi e motivi che sono già stati messi a fuoco negli interventi precedenti.

Io scrivo molto, sono un grafomane che forse riuscirà a smettere di scrivere, quindi spero mi vogliate accogliere nella vostra clinica al più presto, ma in tal caso vorrò dire che scriverò clandestinamente, perché per me la scrittura può esistere anche senza pubblicare o stampare.

Vi prego di accettare le mie modalità di trattare l'argomento che mi è stato assegnato, attraversando inevitabilmente quanto il Dr. De Nardi, Suor Celina, la Dr.ssa Anna Maria Piussi, la Dr.ssa Mariuccia Galati e il Dr. Luciano Vettore hanno già trattato con attenzione e cura.

Il mio punto di vista è quello di un grafomane e di un maniaco della scrittura; infatti dopo dieci anni di esperienza Anghiarese la mia vocazione alla scrittura e al fare scrivere le autobiografie alle altre persone è lungi dall'essere risolta, anzi è diventata una vera e propria malattia. È una malattia che mi piace, desidererei che i malati guarissero di più grazie alla scrittura o per lo meno vedessero lenire alcune sofferenze ed alcune ferite.

Innanzitutto vorrei iniziare mettendo in discussione la parola

“cura” perché talvolta viene utilizzata con modalità che appartengono al linguaggio comune ma che portano con sé deviazioni e degenerazioni. Per esempio nel linguaggio pubblicitario questa parola viene proposta per parlare della possibilità di consumare qualche merendina per consolarci nelle pause di pranzo e la cura assume il significato di qualcosa che si occupa solo della nostra corporeità.

Tre sono i significati di cura che io oggi voglio proporvi: un primo significato è antichissimo, cura sui, lo ritroviamo nella filosofia classica greca e romana, ed il senso è molto lontano dalla teorizzazione e dalle pratiche di cura che oggi si perseguono. Cura sui è un’operazione della mente e dell’intelligenza che richiede rigore intellettuale e rigore rispetto alla possibilità di auto-esaminarsi e di aiutare anche altri ad esaminarsi. È un termine che compare anche nella tradizione agostiniana, già citata da Suor Celina, ripresa dalla classicità. È quindi una cura che ci induce a fare le cose molto seriamente, ad individuare, già nella prospettiva della cura, degli elementi di natura autoeducativa e autotrasformativa.

La cura di sé corrisponde, come mise ben in evidenza il filosofo Michael Foucault, ad un vera e propria tecnica applicata a se stessi o al mondo quando desideriamo crescere in consapevolezza ed in coscienza.

Il secondo significato è il significato di cura che ricompare nella filosofia esistenzialista degli anni '20 e '30 del secolo scorso. Heidegger parla del famoso apologo di Igino, dove la Cura, una sorta di divinità, indica il dar vita, il metter al mondo il mondo, il dare forma, il dare quindi occasioni ed opportunità per far emergere da ciò che non esiste qualcosa che può esistere, qualcosa che può crescere, qualcosa che può svilupparsi.

Il terzo significato, ripreso in precedenza anche dalla Dr.ssa Anna Maria Piussi, è il significato che tutti noi conosciamo e che ci riporta alla cura come sicurezza, come attenzione nei confronti degli altri, come protezione, come relazione e anche come educazione. L’educazione come cura, ossia la cura edu-

cativa, oggi è una modalità che spesso ritorna ed è una cura anche narrativa: noi raccontandoci e raccontando degli altri offriamo possibilità di autoriconoscimento, di reidentificazione, di accoglienza. Questa terza versione appartiene alla tradizione del pensiero delle donne, una tradizione che valorizza quindi la cura come strumento di nutrimento sia reale che simbolico.

Cerchiamo ora di creare un collegamento tra questi tre significati e la scrittura, ossia la cura di sé come tentativo anche di farsi carico di se stessi per affrontare l'infelicità del mondo, la cura come dar vita e infine la cura come protezione. La scrittura è una modalità di cura intesa nei tre significati che vi ho precedentemente esposto, poiché quando noi scriviamo creiamo: possiamo scrivere di noi stessi, della nostra storia, possiamo scrivere la nostra autobiografia o possiamo scrivere una poesia, scrivere un romanzo oppure scrivere anche solo una ricetta in stile narrativo e personalmente credo che forse sarebbe bene introdurre anche questi stili. In ogni caso, in quel momento creiamo quindi possiamo dire che la scrittura mette al mondo e diventa di conseguenza una forma di cura.

Un minuscolo mondo, un mondo talvolta molto privato, un mondo che ci riguarda da vicino perché è stato il nostro mondo ma che attraverso la scrittura ha la possibilità di riproporsi, di essere riconquistato. Quindi la scrittura può essere intesa nell'accezione che prima ricordavo di cura come dar vita alle cose. Facendo esperienza di scrittura, riempiendo una pagina o lo schermo del computer, noi ci accorgiamo che se un istante prima ci trovavamo dinnanzi al vuoto, al biancore della pagina, da un momento all'altro nascono le parole che si muovono sulla pagina, che nascono dalla nostra penna o dalla tastiera, e queste sono parole che prima non avevano esistenza.

Potete comprendere bene ora, dopo aver sentito anche la splendida relazione della Dr.ssa Galati, che cosa significhi dar vita, attraverso la scrittura, a mondi, a emozioni, a sensazioni, a ricordi che prima quasi non avevano corso, che si erano obliati.

Per quanto riguarda il secondo significato, ossia la cura come strumento di indagine interiore, possiamo notare che quando scriviamo ad esempio la nostra storia di vita o scriviamo qualcosa di noi di molto segreto o anche di molto intimo, noi adottiamo modalità di carattere introspettivo e questo è inevitabile in questo processo: possiamo anche raccontare i fatti della nostra vita il più minuziosamente possibile, ma in ogni caso intessiamo quei fatti di pensiero interiore dal quale si possono dischiudere modalità sia in senso laico che in senso religioso che possono sorprenderci. La scrittura ha anche una tradizione teologica, nel mondo del sacro o del mistico, mentre ha una tradizione diversa nella laicità.

Il terzo significato della cura è il più noto, ossia la cura che raccoglie, che custodisce, che protegge la nostra storia. È evidente come la scrittura si occupi anche, come ogni forma di narrazione, di custodire, di proteggere le storie altrui e il rapporto tra scrittura autobiografica e scrittura biografica dal punto di vista etico è un principio che alla Libera Università di Anghiari noi coltiviamo con estrema attenzione. Come prima il Dr. De Nardi ci ricordava, ci possono essere dei rischi nella cura: da un lato possiamo imbarterci in una pedagogizzazione della cura e dall'altro c'è il rischio di un narcisismo nella narrazione e quindi anche nella scrittura. Credo quindi vi sia una dinamica incessante e continua tra il racconto di sé stessi e il racconto di sé che possa diventare modalità per sviluppare il racconto da parte dell'altro, per proteggere il racconto altrui, per salvare le memorie di chi non potrà mai scrivere la propria storia o di chi non potrà mai essere ascoltato. A mio parere questa è una modalità di etica assolutamente civile e di etica sociale. Questi sono quindi i giochi dialettici e narrativi tra la dimensione della cura e la dimensione della scrittura.

Cerchiamo ora di entrare maggiormente in alcuni passaggi che tenterò di proporvi e che già sono stati ripresi e sottolineati da chi mi ha preceduto.

Trovo eccezionale lo scritto di un filosofo recentemente scom-

parso, Aldo Gargani, perché è riuscito a scrivere di filosofia raccontando la propria storia di vita, raccontando la propria incertezza di vivere, con una prosa che vi leggerò in un frammento: “Chi racconta, chi si mette a scrivere, è uno che cerca di far esistere quello che c’è: cura e scrittura, c’è l’amore ma forse non esiste sempre e allora uno che scrive è una persona che cerca di farlo esistere: cura nel senso della protezione. Nessuno scrive per raccontare quello che nemmeno c’è ma quello che c’è non è mai ancora abbastanza e allora si scrive per farlo esistere.

La scrittura è questa energia passionale di un pensiero che vuol far esistere qualcosa che però c’è già, che semplicemente c’è, perché è ignorato da tutti ma che ancora non esiste perché c’è senza esistere e c’è senza esistere perché nessuno si è messo ancora a scriverlo o a raccontarlo”.

Torna dunque a riproporsi il motivo della scrittura e della narrazione che non solo mettono al mondo ciò che non c’è, ciò che non c’era fino ad un attimo prima, ma che contemporaneamente ci mette al mondo e apre direzioni di senso, orizzonti che riguardano sempre la cura e la scrittura come modalità inarrestabile.

Avete sentito la prosa di Gargani in questo suo libro stupendo dei primi anni '90 intitolato *L'altra storia* (edito da Il Saggiatore), quella era la sua altra storia, la storia di un pensatore che si mise in discussione e che cercò quindi di curarsi (era affetto da una grave depressione in quegli anni) scrivendo la propria storia non solo per sé ma anche per gli altri.

C’è una frase celebre di un notissimo psichiatra, Oliver Sacks, il quale ci invita a scrivere la nostra autobiografia e si riferisce ad autobiografie di persone che sono affette da malattie nervose, da patologie di questa natura. Quando prima Galati raccontava la sua esperienza così importante, una delle prime in Italia, mi veniva da sorridere perché gli esercizi che lei utilizza sono gli stessi esercizi che noi usiamo ad Anghiari, nel mondo della normalità. Anche questo è affascinante: come metodi ed

approcci che vengono utilizzati nella malattia mentale e non solo, siano i medesimi che si utilizzano laddove le persone stanno benissimo e vengono ad Anghiari più che per curarsi nella mente, per curarsi nel corpo. Se avete avuto occasione di visitare Anghiari, avrete notato come sia uno dei borghi medioevali più belli d'Italia, tanto che le sole cure del corpo, del cibo e del vino spesso fanno già da sé il miracolo.

Sono personalmente convinto che se la Libera Università di Anghiari fosse nata a Monza o a Gallarate le cose sarebbero andate molto diversamente. Perché si tratta di creare (come abbiamo sentito prima dalla Dr.ssa Galati) dei milieux, dei contesti, dei climi, delle atmosfere. Non è sufficiente l'esercizio della scrittura se non esiste una presenza che si fa carico, non solo delle persone e delle storie delle persone ma che si fa carico del luogo e del contesto. Ci ricordiamo tutti che la parola contesto significa intrecciare un testo insieme e quindi stabilire nessi, connessioni tra le parole, le storie e gli eventi.

Oliver Sacks dice questo dell'autobiografia: «È necessario capire quali sono le nostre origini, tornare all'inizio della nostra storia e vita, analizzare tutti gli influssi che ci hanno formato, le persone che sono state importanti per noi. Penso che l'autobiografia sia una specie di riconoscimento alla gente e alla nostra famiglia, alle persone e significa riconoscere la gente, i luoghi, le passioni, i libri che ho letto e che mi hanno cambiato. L'autobiografia è una sorta di ringraziamento e si scrive quando ci si rende conto di esserci, di chi siamo».

Ecco che ritorna il motivo della cura come esperienza soprattutto di carattere esistenziale. Quindi, sia nella clinica che nella normalità, stimolare narrazioni e scrittura significa attivare percezioni che riguardano un'esistenza, sovente frantumata o che si percepisce vuota, come abbiamo ascoltato prima, oppure che non riesce ad ancorarsi a nulla di materialmente cruciale e importante. La penna e in molte circostanze anche il foglio sono essi stessi materialità, non dobbiamo mai dimenticarlo. La pratica della scrittura è una pratica del corpo, che ci eleva mental-

mente e cognitivamente ma rimane una pratica del corpo. Ad Anghiari è vietato scrivere al computer, ad Anghiari si torna alla scrittura, si torna in certi casi anche ad esercitarsi dal punto di vista della calligrafia quando abbiamo voglia di giocare un po'. Si torna quindi a praticare l'esercizio della mano e delle dita contro le tendenze di oggi che cercano di virtualizzare tutto, di decorporeizzarci, che ci impediscono di percepirci anche rispetto ad un corpo vissuto, ad un corpo malato e in sofferenza.

Italo Calvino, cambiando completamente registro, si interrogò molto sul valore e sul senso della scrittura nella sua ultima opera *Lezioni americane*, ebbe a dire nei saggi scritti tra il 1945-85 che «la spinta a scrivere è sempre legata alla mancanza di qualcosa, qualcosa che si vorrebbe conoscere e possedere, qualcosa che ci sfugge in continuazione. Scriviamo per imparare qualcosa che non sappiamo, che non sappiamo ancora e che forse non riusciremo mai a sapere del tutto».

La scrittrice Lalla Romano, che ha scritto per tutta la sua vita autobiograficamente di sé, tende a dire che l'autobiografia è una menzogna ben congegnata. Cerchiamo quindi di evitare di ritenere che la scrittura di un'autobiografia, anche quando dobbiamo e vogliamo essere più coerenti possibile a quella che è stata la nostra storia, possa essere una scrittura oggettiva. Quest'oggi è stato più volte ripetuto che la cura, la scrittura e la narrazione sono il luogo elettivo della nostra soggettività: mai quanto oggi abbiamo bisogno di essere riconosciuti come individui, come soggetti, come persone, nella nostra assoluta singolarità. Quindi la scrittura non è soltanto un esercizio narcisistico, come si potrebbe ritenere, ma anche in tal caso sarebbe la benvenuta perché genera in noi un senso di autostima, senso di poter contare ancora un poco nell'esistenza, senso di poter contare agli occhi degli altri, agli occhi di chi ci guarda magari con stupore. L'atto stesso di consegnare all'altro una pagina scritta anche in modo stilisticamente non eccellente o non adeguato, è comunque il segno di un riconoscimento e di un'at-

tenzione, di occhi che vogliamo si posino nuovamente su di noi, sulla nostra storia.

Dice ancora Calvino «scriviamo per rendere possibile a chi non scrive di esprimersi attraverso noi». Ancora una volta la relazione tra autobiografia e biografia degli altri diventa cruciale, muovendosi dall'esercizio della narrazione e della scrittura come esercizio di intimità, intimus, andare in profondità e sapere che le nostre intimità sono degli abissi e che non giungeremo mai in fondo. Sapere tutto questo ci stimola a credere nella possibilità di raggiungere una certa sicurezza rispetto alla nostra vita, alla nostra storia, rispetto al senso e al significato del nostro esserci ed esserci stati. La scrittura diviene così un tentativo di raggiungere una lontananza che si sposta continuamente e questa è proprio la "malattia" della scrittura.

Non è un caso che io questa sera voglia salutare molti autobiografi ed autobiografe che vengono dalla Libera Università di Anghiari, che continuano a venire. Voglio anche sottolineare come alla libera Università di Anghiri vengano persone da tutte le regioni, ma finora in dieci anni, la regione che più ha dato alla scrittura e alla narrazione è il Veneto e vorrei che mi spiegaste questo fatto. Io me lo spiego perché «me piase ciacular» e poi c'è un trasferimento in scrittura, vi invito a fere degli studi dato che oramai state costituendo il circolo di narrazione e scrittura del Veneto, anche se fate un po' a gara con il Friuli Venezia Giulia.

Questa lontananza diventa irraggiungibile ma mentre noi andiamo a cercarla, in questo progressivo spostarsi della meta, scopriamo che la scrittura non ci placa, che anzi la scrittura ci crea qualche inquietudine. Ma una vita senza inquietudine, una vita senza ricerca, sia essa di tipo morale, filosofico o religioso, è una vita ben blanda. Quindi la scrittura diventa un incentivo non solo per colmare un'assenza, una mancanza, per superare una pena, per oltrepassare l'assillo della morte, perché si scrive anche in queste circostanze o nell'imminenza di queste circostanze proprio per questo motivo, ma la scrittura diventa il mo-

mento e il luogo per raccontare di questo scarto tra la nostra vita, la nostra consapevolezza e qualcosa che si presenta come inafferrabile.

Diceva Roland Barthes: «ciò che c'è di appassionante nello scrivere è non sapere dove si finirà perché si cerca una risposta d'amore di cui non abbiamo mai certezza». Questa risposta d'amore può venire anche dall'antico messaggio latino, dall'amor sui, come la cura sui ma è un messaggio che chiediamo possa provenire dagli altri. Chi si iscrive alla Libera Università di Anghiari ci viene soprattutto per lasciare la propria autobiografia, la propria storia di vita ai propri cari, ai figli, ai nipoti e poi si accorge che questo moto dell'animo, assolutamente relazionale e sociale, gli consente di ritrovare ancora una volta la propria ragione di esserci.

Vorrei darvi ancora un riferimento: io definisco la scrittura autobiografica una sorta di "sestante universale", che ci aiuta a fare il punto, a capire in quale momento della nostra vita, anche difficile, ci stiamo trovando. Io non mi occupo, non essendo un clinico professionista, di malattia, mi occupo però di disagio esistenziale, cioè di quei momenti di passaggio, di transizione della vita che ci espongono alla vita stessa, alle sue inevitabili tristezze e infelicità, alle sue ferite. Sovente, in questi momenti, chi sa scrivere, chi ha esercitato fin da piccolo una scrittura diaristica ha senz'altro più risorse a disposizione. Quando in Italia viene periodicamente reso noto il numero di analfabeti ancora presenti nel nostro paese, io non sono tanto preoccupato per i livelli di alfabetizzazione del paese, quanto soprattutto per il fatto che persone che non hanno la possibilità di leggere e scrivere non hanno nemmeno la possibilità dinanzi alle situazioni di disagio esistenziale di utilizzare la penna per aiutarsi, per darsi conforto. Questo è il vero dramma dell'analfabetismo, ossia il fatto che blocchi le persone da un punto di vista emotivo ed esistenziale.

A questo punto ci aiuta un altro grande scrittore, David Grossman, scrittore israeliano che perse il figlio tre anni fa nella

guerra del Libano, e che scrisse il libro *Negli occhi del nemico*. Grossman cerca di mettersi dalla parte di chi gli ha ucciso il figlio. Questo è un grandissimo gesto d'amore e un tentativo di comprensione. Grossman scrive questo libro per cercare di attraversare il dolore che l'ha sconvolto e dice: «L'atto stesso di scrivere crea per me ora una specie di luogo». Un luogo che non è solo simbolico, come dicevamo prima, un luogo che diventa fisico, perché è il luogo del nostro corpo. Per questo il riferimento alla scrittura come esercizio di fisicità è quanto mai importante: un "luogo-corpo" che può diventare un luogo collettivo quando scriviamo insieme, quando scriviamo attorno ad un tavolo, malati o meno, oppure quando scriviamo con l'aiuto o meglio con la compagnia di chi si occupa di accompagnare nel sociale, nella clinica, nella terapia, nell'assistenza anche privata di carattere psicologico, nell'educazione degli altri.

Fare luogo, fare in modo che questo luogo sia riconoscibile come uno spazio emotivo per noi, per la nostra singolarità, ma che possa diventare uno spazio emotivo in quanto condiviso e partecipato: appunto una narrazione partecipata. «Uno spazio emotivo che non avevo mai conosciuto prima – dice Grossman – sto estraendo me stesso dal ghiaccio (dal ghiaccio terribile della perdita del figlio) e non sono più pietrificato». La scrittura e la narrazione ci rimettono in moto, la parola introduce qualcosa di nuovo nella nostra esistenza, qualcosa che prima non esisteva, la parola che reintroduce questo aspetto non va mai dimenticata. Veniva prima citato, credo dal Dott. Vettore, come la scrittura ci metta in trama, in ordito, ci dia quindi la sensazione di poter uscire dal caos e dal disordine che andiamo vivendo.

Un autore francese, uno psicoanalista della scrittura, Jean Clerget, dice a questo proposito: «La parola e soprattutto la parola interiore che si deposita attraverso lo scrivere, introduce un principio ordinatore nell'anarchia del caos». Il dolore genera caos, il dolore genera frantumazione, spesso non siamo pronti

a sopportare questo caos e la scrittura ci aiuta a contenere, con una sorta di reticolo di parole, la nostra sofferenza perché la scrittura mette ordine, e ordinando conferisce alle cose una gerarchia, un seguito. Credo che i primi successi nel lavoro clinico, che accennava prima la Dr.ssa Galati, quel lavoro che presto dovremmo cominciare a chiamare un lavoro grafo-terapeutico, sia qualcosa di buono e di diverso che si accende quando, passando da una scrittura meramente espressiva, di sfogo, di eiezione, la scrittura comincia a dar luogo a dar vita, per usare ancora l'immagine della cura, a forme compiute. Quando un narratore o una narratrice in grave difficoltà, sia esistenziale che psicologica, incomincia ad accorgersi che sta scrivendo qualche novella della propria vita, della propria storia, oppure quando riesce a mettere insieme un'introduzione con uno sviluppo narrativo e una trama, riuscendo a giungere anche ad una conclusione, in quel momento si adempie a livello cognitivo una sorta di miracolo della mente, di miracolo esistenziale, perché ti rendi conto che la tua vita spezzata incomincia a prendere forma, incomincia a ricomporsi. Prosegue Clerget: «Chi è privato della parola è privato del mondo, non si sente al mondo, la parola – la parola scritta in particolare – assiste il soggetto nel suo bisogno di appartenersi e di appartenere allo sguardo del mondo».

Chiudo qui, ringraziandovi, e credo, come diceva Suor Celina in apertura, che la possibilità di proseguire e di dar vita a momenti ulteriori trovino nella vostra struttura e nella vostra città un'occasione fertilissima e un'opportunità straordinaria.

INTERVENTI

Dott. De Nardi

Ora abbiamo del tempo per chi desiderasse fare un intervento o chiedere qualcosa ai relatori. Alla fine vi inviterò a nome della direzione generale dell'amministrazione di Santa Giuliana a un momento conclusivo presso il nostro buffet. Gli Atti del convegno saranno ovviamente pubblicati online. Per concludere, credo che sia opportuno anche dire che con questo tema della narrazione e dell'autobiografia, per quanto riguarda noi di Santa Giuliana, abbiamo iniziato veramente ad affrontare in una prospettiva diversa la tematica della riabilitazione. In fondo la scrittura può veramente essere intesa come un importantissimo mediatore della riabilitazione. Stiamo lavorando, stiamo riflettendo su questa tematica, e mi permetto anche di dire un po' anticipatamente che nel corso del 2010 dovrebbe esserci un nuovo momento come questo sulle attività che riguardano le arti terapie. Mi sbilancio, ripeto, ma è qualche cosa che è in gestazione e spero che sia una gestazione creativa.

Dott. Galati

Volevo anche ricordarvi che ci sono delle locandine con il programma della libera università dell'autobiografia, se qualcuno fosse interessato per avvicinarsi e capire un po' com'è organizzata, come funziona o per saperne qualcosa in più. Inoltre potete trovare tutte le informazioni sul sito.

Dott. De Nardi:

Naturalmente potete vedere anche un'ampia scelta di libri dei nostri relatori, fuori troverete il banchetto della libreria cortina. Prego, primo intervento:

Intervento

Sono Silvana Vesentainer, sono molto contenta di aver sentito i vostri interventi, volevo chiedere alla Dott. Galati una precisazione su una cosa che mi ha colpito: ha detto che, non so se ho capito bene, le persone con problemi psicotici non sono adatte a partecipare ai gruppi. Volevo chiedere se ha sperimentato qualche altra forma di scrittura con queste persone e con successo oppure se per queste persone la scrittura non è terapeutica diciamo, la ringrazio.

Dott. Galati

Prego. Dunque, non l'ho sperimentato io direttamente, ma c'è anche qua in sala una persona, cioè la Dottoressa Albolino, che ha fatto un'esperienza invece con pazienti psicotici in un altro tipo di struttura. Il modello, come l'ho pensato io, presenta dei problemi se applicato a persone che hanno per esempio degli aspetti di persecutorietà, poiché non lo tollerano. E questo è proprio inevitabile. A volte, invece, succede che anche laddove questi aspetti siano magari inizialmente celati compaiono e di questo ho fatto una lunga esperienza. Però, viceversa, per questo continuo a dire che l'ho pensato per questi pazienti e l'ho sperimentato, poi è verissimo che nell'organizzazione del mio gruppo ho fatto man bassa di quello che ho appreso ad Anghiari, dando moltissima cura alla cura, cioè me ne prendo molto cura, per cui pur essendo qua in ospedale, pur non essendo nella bellissima dimensione di Anghiari, senza quel cibo e quel vino, e per ricrearla qui occorre molta forza. Comunque esperienze di scrittura con pazienti ce ne sono e ne sono state fatte proprio dalla Dottoressa Albolino.

Intervento

Buona sera a tutti, mi chiamo Michele Dai Prè e lavoro come operatore presso il centro diurno adolescenti di questo ospedale. Io sono uno dei fortunati malati di scrittura autobiografica di Anghiari e volevo semplicemente portare la mia piccola testimonianza, un piccolo osservatorio in questi due anni in cui ho lavorato con gli adolescenti. Diciamo che per quel che riguarda gli adolescenti sicuramente sono fra i più esposti alle derive tecnologiche della scrittura, però ho riscontrato anche, e mi ha sorpreso, che frequentano volentieri la scrittura anche nella forma più classica, magari non nell'accezione dell'autobiografia, più vicina magari ad una scrittura diaristica, ed io ho visto anche dei passaggi significativi grazie a questa tecnica. Ad esempio una ragazza che aveva ricevuto la lettera da un fratello che l'aveva profondamente angosciata e turbata, che ha deciso autonomamente e spontaneamente, di rispondere, perché gli è sembrato il gesto più naturale quello di rispondere con un'altra lettera, e quello è stato ad esempio un momento chiave del suo ricovero qui. Quindi semplicemente l'opportunità data dalla scrittura, senza una sollecitazione precisa, addirittura.

La mia esperienza non è stata così strutturata come il laboratorio narrativo, è stata più in un lavoro individuale, e a mio modo di vedere fecondo. Ricordo di un'altra ragazza che aveva invece una scrittura solamente intima e che quindi era portata a scrivere, diceva proprio «solo nel buio della sua stanza», e invece le ha dato modo di avere uno scambio significativo insomma anche con un adulto di esperienze diverse dalle proprie, di aprirsi alla relazione poi addirittura di aggiungere un terzo, un terza persona a questo piccolo gruppo.

Quindi avendolo visto nel suo potenziale più che nella sua espressione, e quindi anche rispetto agli adolescenti che hanno una storia di vita più breve, che secondo me va comunque assecondata, stimolata, e sono soprattutto loro, penso, che pagano più di tutti le forme di scrittura ufficiale, quindi quella scolastica, che tante volte inibisce l'espressione di sé.

Citando un testo di Chiantera e Cocevere, «scrivere l'esperienza in educazione che riporta all'esperienza della scrittura di laboratorio, di scrittura autobiografica, fra persone della cura come gli educatori, gli operatori, gli infermieri dove appunto diventa uno strumento per oltrepassare, andare oltre», ad esempio ai conflitti con i pazienti piuttosto che situazioni di disagio profondo perché spesso l'esperienza che viviamo con i pazienti arrecano molto disagio, non vengono rielaborate, quindi al di là dopo dell'importanza del lavoro d'equipe, di supervisione, c'è anche questo processo di autoanalisi che la scrittura favorisce. Grazie.

Intervento

Sono Corinna Albolino, vengo dalla filosofia, e mi sono poi specializzata ad Anghiari e lavoro da tempo nella scrittura. Vi offro una brevissima sintesi di un'esperienza che mi è rimasta più dentro, quella condotta presso il centro diurno di salute mentale territoriale di Verona, in cui la scrittura era inserita tra le attività espressive di riabilitazione. Un'esperienza che è durata un anno, due volte alla settimana. La scrittura a mio avviso qui ha sfidato se stessa, una sorta di esperienza estrema, rivelandosi un farmaco, farmaco come cura, rimedio, balsamo dell'anima. Una cura efficace anche nelle condizioni più difficili, condizioni di disagio, patologie gravi, anche psicosi, che rendevano a volte difficile il semplice esserci, il presenziare, con facoltà intellettive compromesse, sia dalla patologia che dall'uso dei farmaci. I fattori aggravanti di ulteriore deprivazione erano poi la bassa scolarità, unita ad un basso livello sociale e culturale.

Ma ciò che ostacolava, che remava contro a questa esperienza era soprattutto una sorta di resistenza ad occuparsi di sé, ad occuparsi della propria storia, non c'era niente da dire della propria vita, anzi, bisognava dimenticare. Inoltre era una materia incandescente, un vissuto traumatico, da trattare con molta attenzione. Bisognava proprio crederci nella scrittura au-

tobiografica. Ricordo che fu strategico partire dalla stessa presentazione dei pazienti, dal loro nome, e il nome, si sa, chiama fuori, appella: il nome ci assegna un posto nel mondo, ci fa esistere, ci chiama a rispondere di sé.

E poi il nome evoca miti, simbologie, che si intrecciano inevitabilmente con le storie e le tradizioni personali. E fu così che si cominciò, o forse per il passaggio di un buon demone in laboratorio, fu così che si cominciò a raccontare, a ricordare. Il passaggio dalla narrazione alla scrittura fu però lento, volle tempo, volle accoglienza, rispetto dell'altro, di sé e avvenne per piccoli passi, frammenti, tentativi. Si misurò con la difficoltà dell'italiano, di trovare la parola giusta, l'aggettivo, con il problema delle doppie che si infilavano dappertutto. Ma poi la scrittura cominciò a fluire e lo sforzo fu sempre quello di raccogliere il meno peggio della loro vita. In breve il laboratorio diventò quella stanza tutta per sé in cui riguadagnare briciole di senso per quelle vite date per perse. Un'esperienza dunque di valorizzazione, a mio avviso, molto importante, ma un'esperienza a cui purtroppo non è stata data continuità, non è stata ascoltata nonostante l'insistenza dei pazienti, nonostante l'adesione e la convinzione degli operatori, non fu raccolta dalle istituzioni psichiatriche, ma mi pare che, sentendo anche oggi, i tempi siano diventati maturi oggi per la scrittura. Grazie.

Dott. Bezzetto

Salve. Lavoro qui con gli adolescenti anch'io, volevo chiedervi se la scrittura può anche fare male, nel senso che noi concepiamo l'adolescenza come una sorta di stato borderline, come diceva poc'anzi la Dott. Galati, pazienti per i quali la scrittura sembra un ottimo veicolo, occasione, esperienza di sé. Ma lavorando con gli adolescenti da tempo io ho anche dei dubbi. Ricordo Moniello, dell'università di Roma, che per gli adolescenti invitava i tecnici a fare attenzione al mito della pensabilità in adolescenza, come una sorta di forzatura, di acquisizione del pensiero che per alcuni adolescenti, in alcune fasi dell'ado-

lescenza, possono creare più problemi che vantaggi e benefici. Per cui avevo bisogno di conoscere il vostro parere rispetto in rischio clinico dell'intervento dell'uso della scrittura, in particolare per gli adolescenti che hanno una storia di fragilità importante. Grazie.

Dott. Demetrio

Ovviamente sono i clinici qui presenti ad essere chiamati in causa. Io posso solo dire questo, che la scrittura non fa male perché se non vogliamo possiamo non prendere la penna in mano, siccome la scrittura è un gesto assolutamente volontario. Se io questa non la voglio prendere, evidentemente segnalo qualche sintomo preoccupante, perché la scrittura dovrebbe far parte culturalmente di una nostra dotazione, una dotazione di sviluppo del pensiero, una pensabilità eccetera. E mi auguro che nessun educatore, nessun accompagnatore di situazioni come quelle evocate imponga la scrittura. La scrittura è un segno di libertà, è il più alto segno di libertà proprio perché a differenza del pensiero, la scrittura concretizza e rende visibile un nostro gesto volontario e se ci accorgiamo che come primi indizi, come prima sintomatologia, c'è un rigetto, un rifiuto nei confronti della scrittura, credo che sia bene sospendere qualsiasi attività di questa natura. Però non rinunciando, in questo caso, a venir meno alla cura della narrazione, perché, come spesso mi è capitato di discutere anche con insegnanti, si tratta di creare delle atmosfere, dei climi di disponibilità alla narrazione e all'essere raccontati.

Perché non scrive anche l'insegnante in questi luoghi? Perché non scrive anche lo psicologo, lo psicoterapeuta? Alla libera università stiamo mettendo a fuoco delle procedure che chiamiamo di natura diagrafica che si fondano sullo scambio di scrittura durante le relazioni d'aiuto, cioè scrive anche il consulente, l'accompagnatore, per mostrare che è lui per primo che si mette in gioco scrivendo. Spesso quindi ci sono delle sottovalutazioni rispetto ad una sensibilità educativa e una sensibilità pedagogica

o psicoterapeutica, in senso più ampio relativamente al non riuscire ancora, se ne parlava in apertura quest'oggi, a concepire quanto sia importante la disponibilità del medico, del terapeuta, ad abbracciare il paradigma narrativo, ad abbracciare quindi una strada che gioco forza ti implica, ti trasforma in prima persona come narratore o come narratrice.

Quindi, non si tratta di essere presi da uno scoramento, rinunciando quindi alla possibilità della scrittura. La scrittura può diventare un approdo, la scrittura può essere uno scopo di una procedura terapeutica, ma anche pedagogica, che diventa il piano più avanzato dello sviluppo della narratività in un certo contesto. Ecco però io qui mi fermo e lascio la parola agli altri relatori.

Dott. Galati

Riferendomi anche all'esempio che faceva Michele Dai Prè prima, vorrei dire che mi sembrava molto interessante la storia di quella ragazza che stava dentro al suo mondo completamente intimo, nel quale qualcuno è riuscito ad entrare grazie alla scrittura. Io non so darti una risposta chiarissima, Dott. Bezzetto, bisognerebbe pensarci su e fare esperienza, però mi viene da pensare a quello che dice sempre il Professor Demetrio della vocazione relazionale della scrittura. Mi sembra quasi che si tratti di trovare il gancio, faccio l'esempio, cioè mi viene in mente sia l'esempio dell'adolescente che in questa scrittura intimistica non aveva incontrato nessuno che facesse una specie di gancio per mettersi in relazione con lui. Poi quando quel qualcuno c'è stato, si è trovato lì nel momento giusto il gancio si è creato: questa è la vocazione che la scrittura ha di essere relazionale e che ha permesso che qualcuno si mettesse in relazione con lui.

Mi viene in mente, rispetto a questo e alla scrittura diagrafica, che nel gruppo che frequento col Professor Vettore e altri colleghi dei medici narratori, ho iniziato a fare esperienza della scrittura diagrafica con un paio di miei pazienti ed è stata

un'esperienza interessantissima perché quello che il paziente mi ha fatto sapere attraverso quello che ha scritto, di come ha vissuto la relazione con me, la relazione con l'ospedale, e quello che io mi sono costretta a scrivere, non solo a pensare ma ho voluto prima scriverlo. Per nostro ordine interno, ho fatto scrivere la paziente rispetto all'incontro con me, all'incontro con l'ospedale, io a mia volta ho scritto l'incontro con la persona e poi ho letto successivamente quello che ha letto la paziente e in questo modo si capisce che effettivamente nella scrittura c'è una possibilità di relazione se tu la cogli, la prendi.

Dott. Demetrio

È molto importante la domanda del Dott. Bezzetto anche rispetto ad un altro problema che io definisco della graforea o grafomania. Ci sono persone, anche pazienti psichiatriche che non smettono mai di scrivere, un caso evidentissimo fu la poetessa Alda Merini.

Alda Merini scriveva ovunque, disseminava di foglietti i navigli milanesi, tant'è vero che chi sta cercando di comporre l'opera omnia della grande poetessa milanese è in grave difficoltà perché molte sue scritture nascevano in modo estemporaneo, venivano in parte corrette o giuntate dagli editori e quindi è difficile capire quale sia la produzione più autentica di Alda Merini, tranne alcuni scritti di cui si sa. Alda Merini scriveva in continuazione, parlava come se stesse scrivendo. Io l'ho conosciuta, ci siamo incontrati alcune volte, era impossibile riconoscere la scrittrice, dalla pensatrice, o dalla narratrice. La graforea può essere una sindrome ancora tutta da indagare. Innanzi tutto è comprensibile perché si scriva in modo così forsennato, ossia perché vivi un vuoto esistenziale, come sono i vuoti borderline, però di un'altra natura, e cerchi di nutrirti continuamente scrivendo, da un punto di vista simbolico e da un punto di vista proprio procedurale.

Ma quest'affanno diventa in molti casi anche un problema, ad esempio mi dicevano alcuni amici psicanalisti che da quando

esiste la scrittura online sono subissati in continuazione da lettere, in ogni momento del giorno e della notte, scritte dai loro pazienti i quali tornano poi in seduta terapeutica e dicono «ma perché Dottore non risponde alle mie lettere?». Potremmo consigliar loro di fare qualche corso sulla scrittura, anche perché la psicanalisi è molto indietro rispetto all'esercizio della scrittura come forma di terapia e anche come comprensione dei fantasmi che si celano nella scrittura. Noi abbiamo l'esperienza ad Anghiari di persone che fanno centinaia di chilometri per iscriversi alla nostra scuola, dopo aver sognato magari questo progetto per anni, quando finalmente si siedono ai nostri tavoli per iniziare i primi esercizi di scrittura non riescono a prendere la penna in mano.

Come spieghiamo questa sindrome? Perché la scrittura solleva, e questo è anche il suo ruolo interessantissimo dal punto di vista diagnostico, solleva appunto aspetti profondi che non emergono talvolta soltanto nella narrazione clinica o nella narrazione dialogica. Quindi ti trovi dinnanzi ad un potenziale che si blocca, in molti casi nonostante questo desiderio, questa passione espressa a parole, ti trovi dinnanzi, a volte capita ad Anghiari, a persone che scrivono in modo forsennato ma non riescono a raggiungere una composizione sufficiente della loro storia di vita, del loro romanzo formativo.

Direi che l'espressione di una maggiore soddisfazione rispetto se stessi, di una maggior cura rispetto a se stessi, lo accennavo prima nella mia relazione, si rintraccia quando qualcuno riesce a realizzare in forme anche molto semplici ed elementari una forma romanzo della propria vita, perché riesce a connettere le parti, le situazioni, a dare un senso, un significato a tutto questo. Per cui l'abitudine contratta ad Anghiari mi fa dire che non sono sempre fiori: l'accorgersi che le persone scrivono con passione e forsennatamente è una sorta di bulimia, come c'è quindi un digiuno grafico o un'astinenza o una sorta di anoressia grafica, sulle quali dovremo lavorare tutti molto di più in Italia.

Intervento

Salve, sono contenta di aver fatto tanta strada, perché vengo dall'alta Lombardia, per sentire queste vostre relazioni perché sono state ricchissime di spunti e di stimoli e sicuramente adesso sarà il momento della riflessione. Io lavoro come psicologa e mentre ascoltavo pensavo ad un'esperienza spontanea, che adesso illuminerò con quanto ho sentito di trattamento di una depressione da parte di una persona di una certa età, una signora di 67 anni, che viene da me da circa due anni ed è una depressione conseguente ad un lutto grave per la perdita del marito col quale aveva vissuto per 50 anni, ed era una depressione che non riusciva a risolversi del tutto, nel senso che la signora aveva fatto molti miglioramenti superficiali, quindi riusciva ad uscire, a vivere, a curare i nipotini, ad incontrare delle persone ma dentro di sé, nella sua grande casa rimasta vuota, sentiva comunque la tristezza, il vuoto, sia fisico che interiore. E tutto ciò fino a quando non le ho appunto spontaneamente proposto di scrivere.

La cosa che mi ha molto colpito quando il Prof. Demetrio parlava anche della fisicità, della corporeità della scrittura è che questa signora prima è stata riluttante poi è andata a cercare una di quei vecchi quaderni, con la copertina nera e le pagine un po' ingiallite e ha cominciato a scrivere il suo stato d'animo negativo tutti i giorni, tutte le mattine, quando lei stava peggio. Poi lo portava da me e diceva «ma lungo il giorno il mio umore cambia» e quindi aggiungeva allo stato d'animo, allo sfogo anche il punto di vista diverso, il suo miglioramento, fino a che le si sono scaldate le dita e ha cominciato a raccontare degli episodi della sua gioventù ed a rielaborarsi dentro di sé fino a farli diventare parte della sua vita, nel senso che ha recuperato un'amica e tant'altro.

Quello che a me interessava portare qui è il fatto che il mettersi a scrivere ha diciamo riempito il suo vuoto e ha dato una risposta alla sua tristezza interiore e questa signora, pur conti-

nuando a venire nell'esperienza di psicoterapia, sta guarendo proprio grazie a questo gesto così importante.

Dott. Demetrio

Grazie, lo faccia sapere ai suoi colleghi psicanalisti, perché hanno ancora dei dubbi, i freudiani, gli junghiani sono più aperti, i freudiani no, si sono dimenticati che anche il loro maestro ha scritto.

Intervento

Salve, io non sono psicanalista, però un po' sono nutrita del pensiero della psicanalisi e ho lavorato nell'ambito infantile, adolescenziale e con gli adulti che ruotano attorno ai giovani. Devo dire che quando si sta attorno alla sofferenza o si incontra la sofferenza, il mezzo, il tramite, quello che ci fa più stare insieme, vicini dentro la sofferenza, qualche volta è il bambino stesso che ce lo offre, il ragazzo stesso che ce lo offre, o anche l'adulto, nello spazio transazionale c'è spazio per uno scarabocchio, un acquerello e uno scritto.

Ed è vero questo, che a volte lo scritto viene usato molto costruito, qualche volta andando a pescare testi di canzoni o di poesie, qualche volta lo scritto è più pensato, ma comunque tutte queste forme dello scritto assumono significati diversi, qualche volta più difensivi, qualche volta sono invece porte o brecce che si vogliono creare. Questo per dire che stare nei dintorni della sofferenza o incontrare la persona e nell'incontrarci, possiamo offrire una possibilità, dopo ognuno usa lo strumento che conosce meglio, ovviamente per stare anche con l'altro, però è anche vero che gli altri possono offrirci delle occasioni anche se la parola è scritta, narrata o usata, è quella che nella cura è stata quella che ha portato sempre ad un cambiamento, in un modo o nell'altro.

Dott. De Nardi: Non ci sono altri interventi io vorrei raccogliere per un attimo l'accento fatto dal Professor Demetrio circa

l'opportunità che possono avere gli operatori, gli educatori, i terapeuti coinvolti in questa dinamica relazionale del raccontarsi e dello scrivere. Su un altro piano mi piace ricordare che in realtà in Italia c'è un'esperienza importante fatta con gli psicotici attraverso il disegno. Vorrei ricordare inoltre il lavoro di Maurizio Pecicia, allievo di Gaetano Benedetti, che nel suo centro diurno a Perugia ha realizzato un'importante esperienza che poi è sfociata nella teorizzazione del disegno speculare progressivo. Quindi, una metodica che vede paziente grave e operatore gomito a gomito, a dialogare in termini grafici utilizzando il disegno, in una situazione, quasi sempre, di assoluto silenzio.

Bene, prima dell'aperitivo ci salutiamo, nuovamente ringrazio tutti voi, ringrazio i nostri relatori, l'Istituto Sorelle della Misericordia che ci ha dato l'opportunità di questo interessante e intenso pomeriggio e concludo dando un arrivederci.

INDICE

| | |
|---|----|
| Sr. Rosacelina Favalli, <i>Saluto di apertura</i> | 9 |
| Fabio De Nardi, <i>Introduzione al Seminario</i> | 15 |
| Luciano Vettore, <i>Le narrazioni nella pratica clinica</i> | 19 |
| Maria Galati, <i>Un'esperienza di scrittura di sé nel disagio mentale</i> | 29 |
| Anna Maria Piussi, <i>Darsi, dare misura narrando</i> | 43 |
| Duccio Demetrio, <i>La scrittura della cura, la cura della scrittura: dal monologo al dialogo nelle relazioni d'aiuto</i> | 51 |
| Interventi | 63 |

