

Educatori al lavoro

Stare accanto nella sofferenza mentale

Silvia Landra*

Chi soffre di un disagio psichico, prima di rivolgersi ad uno psichiatra, spesso sceglie di avvicinarsi ad una guida spirituale perché si tratta di una sofferenza nascosta, che si fatica ad accettare come malattia o perché genera molta vergogna se riconosciuta come tale. Qualche volta può anche capitare che nell'ambito di una relazione educativa o di accompagnamento spirituale di lunga data «esplosa» un disagio psichico inaspettato e drammatico, spiazzante sia per chi ne soffre che per l'accompagnatore. Altre volte, chi già è consapevole del suo disagio psichico chiede di essere accompagnato in un cammino di fede e per la guida si pone la questione di come muoversi tenendo conto di quel disagio.

Mi riferisco alla sofferenza mentale conclamata, caratterizzata da un quadro ben più pervasivo e paralizzante del solo disagio esistenziale e indico alcuni spunti per chi, pur senza una specifica competenza psichiatrica, si trova a che fare con queste situazioni.

Resistere alla fuga

Starci o non starci al «gioco relazionale» che il disagio mentale attiva è sempre un *aut-aut* molto impegnativo. Mentre il familiare si trova coinvolto quasi senza rendersene conto, l'accompagnatore può decidere se restare o fuggire. La tentazione di fuga dalla relazione è molto forte perché fin da subito si nota che nell'altro si stanno realizzando inquietanti cambiamenti: improvvisi: alti e bassi di umore, i ragionamenti non filano più, alcuni temi affrontati per lungo tempo non vengono più riconosciuti, la lettura della realtà si altera, c'è angoscia, sospettosità, comportamento stereotipato... È come se l'accompagnatore dovesse inventare da capo una relazione con una persona che in realtà conosce bene. In prima battuta è fondamentale rimanere accanto, restare in relazione, cercare l'aiuto clinico necessario, non esigere subito (da sé o da altri) spiegazioni, chiavi interpretative, motivazioni.

* Psichiatra, responsabile area psichiatria della Caritas di Milano.

Accettare di sentirsi pervadere da emozioni forti, contrastanti, che destabilizzano.

Incontrarsi con le tinte forti del disagio psichico comporta il provare in se stessi emozioni altrettanto forti che prima pervadono e solo in un secondo tempo lasciano spazio alla riflessione. Ci si sente in un vortice e molto spesso l'emozione forte blocca in uno stato d'impotenza: cosa faccio? Che dico? Chi chiamo? Cosa sta succedendo? Ad esempio, il silenzio del forte depresso fa provare una rabbia sconsolata: non si sa come infondergli un minimo di fiducia e voglia di reagire. Chi, in una crisi psicotica, perde il contatto con la realtà può fare paura, o dare all'accompagnatore l'impressione di essere lui stesso in trappola. Una persona che oscilla nell'umore e nel controllo degli impulsi ci fa sentire sballottati in emozioni contrastanti, con il risultato finale della confusione. La sofferenza psichica dell'altro fa emergere in noi, con un'autenticità a volte brutale, sentimenti di paura, rabbia, noia, aggressività espulsiva che preferiremmo evitare. È molto più raro che susciti compassione e tenerezza. Sembra che il disagio psichico dell'altro permetta anche a noi di riconoscere una parte focosa, fragile, che non si può simulare.

Vicinanza attiva

Chi sta vicino al malato psichico dovrebbe sforzarsi di costruire risposte e comportamenti contrari a ciò che gli verrebbe più spontaneo. Non si tratta di essere falsi e neppure di inventarsi terapeuti che mettono in atto risposte tecniche. Si tratta di provare a collocarsi nell'ottica di chi sta male e agire di conseguenza, cercando di ascoltare il livello profondo del disagio e non quello che appare più superficialmente.

Alcuni esempi:

- Al depresso viene spontaneo dire: «tirati su». Ma lui non può farlo, non riesce a fare appello alla sua volontà. Meglio dire: «il tuo dolore è forte, non oso immaginare cosa provi, né saprei farlo...».
- L'ansia trasmette agitazione e fretta di fare. Meglio restare calmi e con atteggiamento di rassicurazione; durante un attacco di panico è utile dire: «questo male passa, lo sai, non succederà nulla, io sto qui con te...».
- Il delirio fa venire un'istintiva voglia di discutere e contrastare. Invece, non bisogna mettersi a dialogare sul piano dei contenuti, ma delle emozioni. Chi, ad esempio, si sente perseguitato, è spaventato e sospettoso e trova beneficio in chi gli esprime protezione e non in chi gli dimostra l'assurdità delle sue idee persecutorie.
- Chi somatizza o esaspera un malanno suscita reazioni istintive di nervosismo e di allontanamento. Ma il suo desiderio profondo è che il proprio star male sia preso molto sul serio e dunque la vicinanza in molti casi si esprime con l'interessamento: «ti fa molto male... ma da tanto tempo?».
- All'anoressica viene spontaneo dire di nutrirsi ma in prima battuta è meglio non parlare di cibo e di peso, argomenti tabù che suscitano subito sfiducia, paura, sospetto, distanza.

- Lo stato di eccitazione del tono dell'umore (il contrario della depressione) dà un'illusoria impressione di benessere. È invece necessario che qualcuno riesca a dire: «tu stai molto male, dobbiamo chiedere aiuto».
- Di fronte alla rabbia impulsiva e carente di controllo si tende istintivamente a fuggire o, in alternativa, a mostrare falsa indifferenza in attesa che passi. Invece, è meglio stare vicino senza paura, porre con fermezza dei limiti, rispecchiare al soggetto in preda ai suoi impulsi ciò che sta accadendo («stai urlando e minacciando, fai paura e non ti posso aiutare se non ti siedi e mi spieghi dall'inizio cosa è successo...»).
- La minaccia di suicidio o di autolesionismo suscita un immediato desiderio di spiegare con molte parole e teorie l'insensatezza del gesto, mentre molto spesso l'intervento più significativo consiste nell'agire subito per creare una situazione di contenimento e controllo (come un intervento medico, un ricovero, l'attenzione di un familiare).

Cercare alleati attraverso una rete di supporto.

Gli eroismi solitari vanno messi da parte. Non succede mai che un accompagnatore sia efficace perché decide di sostenere ed aiutare in solitudine persone con un disturbo mentale, specialmente quando la loro crisi si manifesta in modo acuto e pervasivo. Ciò vale anche per i clinici più esperti. Occorre coinvolgere un tecnico e collaborare perché una rete informale di sostegno sia attivata, per tutto il tempo che serve (vicini di casa, amici, altre figure significative...). Di queste iniziative va informata la persona sofferente, soprattutto se la paura e la sospettosità fanno già parte del suo disagio. L'accompagnatore non rimane da solo anche perché dovrebbe cercare un aiuto per capire che cosa succede dentro di sé, perché la relazione con quella persona sia diventata così faticosa, perché ha provato sentimenti così forti e negativi, perché si è sentito impotente.

Severo tirocinio di confronto con i propri limiti e punti fragili.

Non è per caso se, nei secoli, la nostra società ha inventato molti modi per isolare i folli e separarli dalla vista di tutti, come se ci fosse un modo per radunare ed espellere tutte le nostre «parti folli» con le quali non vogliamo fare i conti. Stare in relazione con una persona esasperata, molto agitata, provocatoria, distaccata dalla realtà è una un'affascinante opportunità per fare i conti con se stessi, e può regalare anche l'inaspettata scoperta di trovarsi qualche tratto di sé che non si conosceva pienamente, ma che è emerso forte e chiaro nel tentativo di aiutare.

Vivere quella fiducia nel cambiamento che il sofferente non riesce ad avere dentro di sé.

Chi accompagna sta sia «dentro» (è coinvolto emotivamente) che «fuori» (è più capace di guardare anche con obiettività, razionalità e riflessione). Il depresso non

vede il futuro e non mente se lo dice, perché nel momento in cui sta male non vede altro. Occorre che chi gli sta vicino veda quel futuro che il depresso ora non può vedere, e glielo comunichi anche senza mettere in parole la sua speranza. Qualche competenza clinica in merito non sarebbe male perché c'istruisce che certe situazioni, anche gravi, si possono risolvere con successo. Anche gli stati di cronicità richiedono lo stesso atteggiamento di positività e di fiducia nel futuro: un bene che il malato psichico e i suoi familiari riescono ad esprimere con grande difficoltà ma di cui hanno un infinito bisogno.