



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Università degli Studi di Padova

Dipartimento di Studi Linguistici e Letterari

Corso di Laurea Magistrale in
Lingue Moderne per la Comunicazione e la Cooperazione Internazionale
Classe LM-38

Tesi di Laurea

*“La gioia ritrovata”
di Aleksandra Kozuszek:
dalla condizione psicotica
alla scrittura del proprio vissuto*

Relatore
Prof. Marcello Piacentini

Correlatrice
Prof.ssa Maria Armezzani

Laureando
Eva Celladin
n° matr.1081410/LMLCC

Anno Accademico 2017/2018

INDICE

INTRODUZIONE	5
CAPITOLO I L'Open Dialogue Approach	11
CAPITOLO II L'Open Dialogue Approach in Polonia	31
CAPITOLO III Il testo e il contesto	51
CAPITOLO IV Aleksandra Kozuszek, <i>La gioia ritrovata</i>	75
CONCLUSIONI	101
STRESZCZENIE	107
RINGRAZIAMENTI	117
BIBLIOGRAFIA	119

INTRODUZIONE

Il presente lavoro nasce dalla lettura di un curioso libricino capitatoci tra le mani quasi per caso nel corso di un nostro viaggio in Polonia. Considerata la sua brevità, siamo riusciti a leggerlo in poco tempo, ma sufficiente perché ci appassionassimo al tema in esso trattato. Si tratta di un libro testimonianza dal titolo *La gioia ritrovata*,¹ nel quale l'autrice Aleksandra Kożuszek racconta la lunga e faticosa battaglia con la malattia psichica. Il libro si focalizza sugli eventi dolorosi affrontati in prima persona dall'autrice, non soffermandosi solamente sugli aspetti riguardanti l'esordio della malattia e il suo decorso, ma descrivendo anche i fattori che hanno inciso sul suo cammino verso la guarigione, come le cure ricevute, il contesto familiare, l'inserimento lavorativo e la fede, nonché quelli che hanno influenzato positivamente la fase di vita successiva alla malattia, come le amicizie, i molteplici interessi e un profondo impegno spirituale.

Pur non essendo un argomento strettamente connesso al nostro corso di studi, la singolarità di quanto raccontato e il fatto di essere una testimonianza diretta ha fatto sì che maturasse in noi l'idea di tradurre in lingua italiana *La gioia ritrovata*. In quel momento non possedevamo informazioni ulteriori riguardanti l'esperienza dell'autrice rispetto a quelle presenti nel libro, né tantomeno conoscenze inerenti alla sfera medico psichiatrica. Si è reso pertanto necessario da un lato conoscere e avere un contatto con l'autrice per ricavare elementi più dettagliati su quanto vissuto in prima persona da lei stessa e su quanto da lei compiuto (e continua tutt'ora a compiere) in qualità di testimone della effettiva possibilità di guarigione, dall'altro un primo approccio alla materia medico psichiatrica.

Ci sono perciò tornate alla mente le parole di Douglas Robinson:

Un buon traduttore è una persona che non ha mai fatto abbastanza esperienza per svolgere bene il proprio lavoro; un'altra lingua, un'altra laurea, un altro anno all'estero, altri cinquanta o sessanta libri e sarà pronta a cominciare a fare bene il proprio lavoro. Ma quel giorno non viene mai; non perché il traduttore sia incompetente o inesperto, non perché il lavoro del traduttore sia inferiore agli standard, ma perché un bravo traduttore vuole sempre sapere di più, vuole sempre aver fatto altre esperienze, non si sente mai del tutto soddisfatto del lavoro appena finito. Le aspettative stanno eternamente uno o tre passi avanti alla realtà, e tengono il traduttore eternamente inquieto alla ricerca di altre esperienze.²

¹ A. Kożuszek, *Radość odzyskana*, PrintNet, Gliwice 2013.

² D. Robinson, *Becoming a translator. An accelerated course*, Routledge, New York – London 1997, citato in B. Osimo, *Manuale del traduttore*, Hoepli, Milano 2011, p. 100.

Il desiderio di fare nuove esperienze, in particolare al termine del nostro intero ciclo di studi, ha fatto sì che portassimo avanti con entusiasmo la nostra idea di tradurre *La gioia ritrovata* dalla lingua polacca a quella italiana. Naturalmente, ciò ha richiesto da parte nostra un lavoro di ricerca, documentazione e studio dell'ambito in cui si colloca il libro di Aleksandra Kozuszek, utilizzato come strumento di testimonianza della guarigione dalla psicosi nel campo del trattamento di cura psichiatrica orientato al modello dell'Open Dialogue Approach, o pratica del Dialogo Aperto, le cui ideazione, elaborazione e sperimentazione, risalenti agli anni '90 del secolo scorso, spettano al professore e psicoterapeuta finlandese Jaakko Asko Tapio Seikkula, affiancato dalla psichiatra Birgitta Alakare e da un gruppo di studiosi all'epoca operante presso l'ospedale Keropudas di Tornio, in Lapponia.

L'attuale impegno di Aleksandra Kozuszek, in qualità di testimone, si inserisce nel contesto della diffusione in Polonia della pratica del Dialogo Aperto, pur non essendo stato il metodo impiegato nel trattamento di cura dell'autrice. A nostro avviso, esistono evidenti punti di contatto tra l'esperienza di Aleksandra Kozuszek e l'Open Dialogue Approach: la presenza della rete familiare e sociale attorno al paziente, la rilevanza assunta dalle attività miranti al reinserimento sociale del paziente e il necessario coinvolgimento diretto dell'ambiente naturale del malato nel processo di cura indispensabile per evitare la stigmatizzazione. Essi hanno dunque consentito all'autrice di trovare un naturale coinvolgimento nel contesto della diffusione in Polonia della pratica del Dialogo Aperto, contesto in cui Aleksandra Kozuszek offre la sua preziosa testimonianza.

Abbiamo scelto di dedicare l'intero primo capitolo del presente lavoro all'Open Dialogue finlandese, facendone una presentazione dal punto di vista storico e della sua diffusione e soffermandoci sulle caratteristiche, i principi, i benefici e le criticità che lo contraddistinguono. Siamo volutamente scesi nel dettaglio per poter avere e nel contempo offrire le informazioni necessarie al fine di conoscere a fondo questo modello di trattamento psichiatrico i cui destinatari non sono solamente i pazienti affetti da schizofrenia, ma anche le loro famiglie, in un'ottica certamente più ampia e più aperta di ciò che comporta la malattia stessa.

Nel secondo capitolo ci siamo concentrati sulla diffusione dell'Open Dialogue Approach in Polonia, partendo dalle prime iniziative (tra il 2011 e il 2012) che hanno fatto da trampolino di lancio per la successiva promozione del modello scandinavo nel contesto polacco e passando poi per le tappe che hanno avuto maggior significato. Particolare attenzione è stata rivolta al programma EX – IN, abbreviazione per Experienced – Involvement, che consiste in un progetto di sviluppo e formazione sul valore terapeutico per le persone con alle spalle un'esperienza psicotica. Il programma, decollato in Polonia nel 2013, prevede il coinvolgimento di persone in passato affette da disturbi psichici che abbiano raggiunto lo stadio della guarigione: esse vengono considerate una

risorsa nell'ambito del trattamento di cura dei pazienti psichici perché possono agire come testimoni della effettiva possibilità di guarigione, affiancare i professionisti nei team terapeutici, nonché formare i futuri esperti attraverso l'esperienza negli appositi corsi EX – IN di livello base e di livello avanzato.

Questo è quanto fa nella sua vita anche Aleksandra Kożuszek da alcuni anni a questa parte, portando agli altri la propria esperienza della crisi psicotica e della progressiva rinascita, da un lato mediante il ruolo assunto, a livello professionale, di esperta attraverso l'esperienza, dall'altro attraverso il suo libro testimonianza *La gioia ritrovata*.

Questo, da noi interamente tradotto sotto il titolo *La gioia ritrovata*, si presenta come un *memoir* delle sofferenze vissute dall'autrice a causa della malattia psichica e del percorso affrontato per tornare in salute e riappropriarsi della propria vita, in breve, per riconquistare la gioia perduta.

Scriva Simonetta Fiori in un articolo uscito su *La Repubblica* proprio nel 2013, anno di pubblicazione de *La gioia ritrovata*, a proposito del dolore come argomento gettonato dagli autori e attraente per l'editoria:

Il dolore è di gran moda. Le lacrime fanno vendere. E gli editori le inseguono con la stessa febbre dei cercatori d'oro. [...] Orfani precoci e bambini molestati, aborti terapeutici e patologie mortali. Apnee e rinascite. Morti e resurrezioni. Mai prima lutti famigliari, suicidi e agonie avevano funzionato come potenti market movers dell'industria editoriale.³

La giornalista la definiva “la moda del momento”⁴ in Italia, ricordando però che “altrove l'editoria del dolore esiste da sempre”.⁵ Per suffragare quanto affermato, Simonetta Fiori ricorda nell'articolo sopra citato una serie di libri (*memoir*, autobiografie e racconti) che presentano il dolore provocato dalla malattia, tra cui: il candidato al premio Strega *Apnea*⁶ di Lorenzo Amurri, che racconta il lungo percorso affrontato dallo scrittore stesso fino alla nuova vita in sedia a rotelle in seguito ad un incidente sugli sci, *Prima di dirti addio. L'anno in cui ho imparato a vivere*⁷ di Susan Spencer- Wendel, diario di una giornalista statunitense condannata a morte dalla sclerosi laterale amiotrofica, e ancora *Lontano dall'albero*⁸ dello scrittore e psichiatra statunitense Andrew Solomon, che presenta storie di figli colpiti da schizofrenia, sindrome di Down e disabilità multipla.

Non possiamo certamente far rientrare *La gioia ritrovata* nel discorso sull'industria editoriale, in primo luogo perché come oggetto-libro, è totalmente slegato dalla logica commerciale: si tratta

³ S. Fiori, *Viaggio al termine del pudore cercando il nuovo bestseller*, *La Repubblica*, 31 marzo 2013, disponibile anche nell'archivio online del quotidiano all'indirizzo www.repubblica.it.

⁴ *Ibid.*

⁵ *Ibid.*

⁶ L. Amurri, *Apnea*, Fandango Libri, Roma 2013.

⁷ S. Spencer-Wendel, *Prima di dirti addio. L'anno in cui ho imparato a vivere*, trad. di C. Galli, Rizzoli, Milano 2013.

⁸ A. Solomon, *Lontano dall'albero*, trad. di M. Parizzi, Mondadori, Milano 2013.

infatti di una in fin dei conti modesta edizione che non ha una casa editrice che lo pubblica, in quanto è l'autrice stessa a provvedere alla stampa del libro e a distribuirlo alle conferenze a cui prende parte.⁹ Inoltre, il libro testimonianza di Aleksandra Kozuszek presenta la sofferenza senza alcun esibizionismo: la sofferenza viene presentata semplicemente come parte della vita dell'autrice, con l'autenticità di chi ha vissuto sulla propria pelle quanto descritto. A nostro parere però, *La gioia ritrovata* potrebbe trovare una sua collocazione nella sfera delineata da Simonetta Fiori almeno da un punto di vista tematico e da un punto di vista temporale, fermo restando il fatto di non poter valutare il libro di Aleksandra Kozuszek in termini esclusivamente e puramente letterari. Si tratta infatti di un *memoir* che non ha la pretesa di presentarsi come un'opera letteraria, bensì come una testimonianza preziosa per quanti hanno vissuto o vivono la malattia psichica in prima persona come pazienti e per tutti coloro che sono coinvolti direttamente o indirettamente in situazioni sconvolte dalla psicosi (professionisti del settore medico psichiatrico, famiglie dei pazienti, loro amici e conoscenti). È dunque un campo d'azione ristretto quello in cui si colloca *La gioia ritrovata*, e che oltretutto riguarda una nicchia specifica di lettori e potenziali lettori.

L'aspetto della testimonianza è stato indubbiamente quello che ci ha maggiormente convinti a curare la traduzione in lingua italiana del *memoir* dell'ex paziente psichiatrica Aleksandra Kozuszek, perché la malattia è in fin dei conti un'esperienza interiore che puntualmente, anche se in misura diversa a seconda dei casi, presenta un certo grado di solitudine, un rapporto diverso con il proprio corpo che diventa quasi uno sconosciuto e non risponde più alle nostre richieste e, infine, l'esperienza di uno sradicamento momentaneo o a lungo termine nel corso dell'eventuale ospedalizzazione. Come sostiene lo psichiatra Eugenio Borgna in *Parlarsi. La comunicazione perduta*, possiamo pensare a queste cose solo se teniamo presente che la malattia agisce anche cambiando il nostro modo di essere nel mondo, modificando radicalmente le nostre attese e speranze: "Se abbiamo conosciuto la malattia, e se l'abbiamo rivissuta in noi, queste cose ci saranno chiare; e comprenderemo che la sofferenza passa, ma non passa mai l'aver sofferto".¹⁰ Nel libro sopra citato, Eugenio Borgna riporta il passo di Virginia Woolf in cui l'autrice britannica descrive in modo strabiliante la malattia paragonandola a "paesi sconosciuti che allora si scoprono", fatti di "deserti, precipizi, prati cosparsi di fiori, querce antiche", meravigliandosi lei stessa che la "malattia non abbia preso lo stesso posto dell'amore, della guerra, della gelosia tra i più grandi temi della letteratura".¹¹ Parlando invece di chi rende pubblica la propria malattia, Eugenio Borgna ritiene che in generale questo non possa essere considerato un modo auto-terapeutico di confrontarsi con la

⁹ L'autrice, per la stampa, si affida al servizio online PrintNet gestito dalla società D&D Sp. z o.o. con sede a Gliwice.

¹⁰ E. Borgna, *Parlarsi. La comunicazione perduta*, Giulio Einaudi editore, Torino 2015, p. 75.

¹¹ V. Woolf, *Saggi, prose e racconti*, a c. di N. Fusini, Mondadori, Milano 1998, citato in E. Borgna, *op. cit.*, p. 73.

malattia, ma che questo possa valere solo per poche persone. E veniamo ad un punto molto importante del suo pensiero:

Non illudiamoci che questo modo di confrontarsi pubblicamente con la malattia possa essere di aiuto ad altri; che questo concorra ad attenuare le ansie, e le inquietudini dell'anima, che non ubbidiscono alle indicazioni razionali. La malattia [...] cambia il nostro modo di vivere, ci induce a ricercarne un senso, a guardare alle cose essenziali della vita, e a dimenticare quelle inessenziali, a parlarne, sì, ma con persone capaci di una umana e profonda partecipazione al dolore.¹²

Tuttavia, potremmo considerare che l'autrice de *La gioia ritrovata* appartenga proprio a queste poche persone di cui parla lo psichiatra piemontese: il *memoir* di Aleksandra Kożuszek vuole sì porsi come una testimonianza ripiena di speranza per tutti coloro che soffrono, ma anche come una sorta di "bussola" grazie alla quale ricercare l'autentico gusto della vita negli affetti, nelle proprie passioni, nel proprio lavoro e nelle semplici attività quotidiane, e trarre un arricchimento personale e spirituale anche dalle esperienze più dolorose.

Per quel che riguarda il nostro lavoro invece, precisiamo che esso non ambisce in alcun modo ad appartenere alla letteratura scientifica di ambito medico psichiatrico. Il nostro obiettivo è quello di presentare una traduzione inedita accompagnata dall'analisi del testo e del contesto.

È nel terzo capitolo di questo lavoro che procederemo a questa approfondita analisi letteraria della testimonianza di Aleksandra Kożuszek, prendendo in esame, come appena detto, il testo e il contesto. Inoltre, affronteremo la questione del genere letterario nel quale sosteniamo si possa far rientrare *La gioia ritrovata*, ossia il genere del *memoir*, e, infine, i nuclei tematici in essa presenti, fondamentali per poter comprendere nel suo insieme la testimonianza dell'autrice e, nel contempo, per poter notare il collegamento con l'Open Dialogue Approach. Il terzo capitolo costituisce un doveroso punto di partenza per la lettura della nostra traduzione in italiano de *La gioia ritrovata*, che presenteremo interamente nel quarto capitolo.

De *La gioia ritrovata* esistono già due traduzioni: una in lingua inglese,¹³ che abbiamo comunque acquisita, e l'altra in lingua tedesca.¹⁴

La nostra traduzione è il risultato concreto dell'idea di cui abbiamo parlato in apertura, ma nel corso del tempo abbiamo maturato una certa fiducia rispetto ai risvolti futuri che questa potrebbe avere: raggiungere il lettore italiano interessato o sensibile al tema in quanto persona entrata in

¹² E. Borgna, *op. cit.*, p.78.

¹³ A. Kożuszek, *Regained Joy*, trad. di B. Vinall, Printnet, Gliwice 2014.

¹⁴ A. Kożuszek, *Wiedererlangte Freude*, trad. di M. Sosin, PrintNet, Gliwice 2013.

contatto con l'ambiente medico psichiatrico come professionista, paziente, ex paziente, familiare o conoscente di questi ultimi.

CAPITOLO I

Un modello di trattamento psichiatrico pubblico attento:

l'Open Dialogue finlandese

1.1 Dagli albori ad oggi: storia, caratteristiche e principi di un modello innovativo

L'Open Dialogue Approach, o pratica del Dialogo Aperto, è un modello di trattamento psichiatrico pubblico i cui destinatari sono, da un lato, i pazienti affetti da schizofrenia, dall'altro, le loro famiglie. Nasce come un approccio che si prefigge l'obiettivo di aiutare le persone e i loro familiari a sentirsi ascoltati, rispettati e valorizzati. È un sistema di cura basato sulla comunità e su una forma di conversazione terapeutica che si realizza nel corso di riunioni di cura organizzate da équipe mobili di intervento in caso di crisi. La paternità di tale pratica spetta a Jaakko Asko Tapio Seikkula, professore e psicoterapeuta finlandese classe 1953, il quale avviò, e in seguito diffuse, questa nuova pratica, sviluppatasi insieme ad una continua innovazione clinica, modifiche organizzative e ricerche, a partire dagli anni '90 del secolo scorso nella Lapponia occidentale finlandese.¹ Tale pratica venne descritta per la prima volta in quanto tale nel 1995 da Seikkula.

L'Open Dialogue Approach ha iniziato a funzionare in maniera consistente e completa a partire dalla metà degli anni '90 del secolo scorso, applicato al servizio sanitario pubblico, ed è oggi uno degli approcci terapeutici maggiormente studiati in Finlandia, oltre ad essere quello che attualmente sta registrando i risultati più sorprendenti per la cura della psicosi. È un modello a cui guardano con interesse e fascinazione anche altri paesi, comprese Italia e Polonia.

Il concetto di "apertura" nel Dialogo Aperto intende la trasparenza dei processi di programmazione e dei processi decisionali nell'ambito del trattamento di cura, i quali hanno luogo in presenza di tutte le persone coinvolte. Fin dagli inizi, questo approccio di rete venne applicato a tutte le situazioni di trattamento terapeutico. La pratica del Dialogo Aperto presenta dunque due caratteristiche fondamentali:

1. un sistema di cura integrata basato sulla comunità locale che coinvolge i familiari e le reti sociali del paziente, sin dal primo momento in cui vi è una richiesta d'aiuto;

¹ J. Aaltonen, J. Seikkula & K. Lehtinen, *Comprehensive open - dialogue approach I: Developing a comprehensive culture of need – adapted approach in a psychiatric public health catchment area the Western Lapland Project, Psychosis* Vol. 3, Taylor & Francis Online, 2011, pp. 179 – 180.

2. la pratica del dialogo, che può essere definita anche colloquio terapeutico, condotta all'interno della cosiddetta "riunione di cura" (*treatment meeting*). La riunione di cura costituisce un momento fondamentale nel contesto terapeutico, in quanto prevede una forte collaborazione tra professionisti e rete familiare e sociale.

Si tratta, dunque, di un modello di trattamento psichiatrico centrato sulla famiglia del paziente e sulla rete sociale a lui vicina, tramite il quale il paziente ha la possibilità di essere aiutato all'interno – e con il prezioso contributo – del suo personale sistema sociale di supporto. Il trattamento di rete presenta una visione secondo cui il sistema familiare esteso è considerato agente e non oggetto del cambiamento, andando così a modificare la visione tradizionale che riteneva il paziente l'oggetto dell'indagine. La rete attorno al paziente viene coinvolta e attivata fin da subito per far luce sulla situazione del paziente e al fine di promuovere in essa cambiamenti positivi.

L'Open Dialogue si configura, però, come la naturale conseguenza di teorie e pratiche elaborate alla fine degli anni '60 del secolo scorso sempre in Lapponia, come, ad esempio, il Need – Adapted Approach, indicato con la sigla NNA (trattamento adattato al bisogno) di Yrjö O. Alanen, professore di psichiatria classe 1927, anch'egli finlandese, il quale ha dato un notevole contributo alla storia della cura della schizofrenia. Alanen, a capo di un gruppo di ricerca finlandese, sin dal 1968 puntò all'elaborazione di un modello di trattamento psichiatrico pubblico rivolto a pazienti affetti da schizofrenia e alle loro famiglie, caratterizzato da adattabilità e flessibilità sia per quel che riguarda i metodi sia per quel che riguarda gli strumenti da impiegare nel corso del trattamento. La necessità di una terapia adeguata e adattata ai diversi bisogni dei pazienti schizofrenici emerse dalla constatazione della forte eterogeneità delle forme cliniche della schizofrenia. Nel 1979, l'Associazione Finlandese per la Salute Mentale organizzò per la prima volta un corso triennale di terapia familiare a Turku e ad Helsinki, in Finlandia. Da qui, ogni volta che un paziente schizofrenico veniva ospedalizzato, il suo trattamento cominciava sempre con incontri orientati alla famiglia; tali incontri ricoprivano un ruolo fondamentale a livello informativo, diagnostico e terapeutico. Alanen sottolineò che l'intervento delle famiglie, in particolare nel corso del primo episodio di psicosi, portava a ridurre considerevolmente i sintomi psicotici, almeno in relazione alle variabili prognostiche tenute in considerazione. Nello specifico, ci fu una evidente riduzione della durata dell'ospedalizzazione (a partire dall'introduzione degli incontri familiari come parte integrante della terapia, la durata dell'ospedalizzazione passò da 272 a 132 giorni),² più pazienti mantennero la propria occupazione, mentre un numero limitato di loro finì per ricevere un'indennità

² M. M. Kłapciński, J. Rymaszewska, *Podejście terapeutyczne oparte na Otwartym Dialogu – o fenomenie skandynawskiej psychiatrii*, Zakład Psychiatrii Konsultacyjnej i Badań Neurobiologicznych, Katedra Psychiatrii UM we Wrocławiu, *Psychiatr. Pol.* 2015; 49 (6), www.psychiatriapolska.pl, DOI: 10.12740/PP/36677, p. 1181.

di disabilità. Altri tre fattori che contribuirono all'ottenimento di risultati positivi furono: anzitutto, l'assunzione di una dose inferiore di antipsicotici, poi, la presenza e la vicinanza di un familiare comprensivo e amichevole, nonché una psicoterapia individuale a lungo termine.

Il progetto messo in atto a Turku fu lo spunto giusto perché i ricercatori si dedicassero al Finnish National Schizophrenia Project, indicato con la sigla FNSP, un programma nazionale per lo sviluppo e lo studio del trattamento e della riabilitazione dei pazienti schizofrenici. La priorità era quella di ridurre di più del 50% il numero di nuovi e vecchi degenti a lungo termine (con lungo termine si intende una ospedalizzazione di più di un anno) e nel contempo di potenziare e migliorare il servizio ambulatoriale per la salute mentale. Il progetto si rivolgeva a pazienti di età compresa tra i 16 e i 45 anni ricoverati in reparti psichiatrici a causa della manifestazione di una psicosi acuta. Sulla scia dei risultati positivi della pratica messa a punto in precedenza a Turku da Alanen, la si tentò di riproporre anche in altre città del territorio nazionale, riuscendo addirittura ad oltrepassare le aspettative iniziali: i posti letto destinati ai pazienti di psichiatria scesero drasticamente da ventimila a seimila.³ In più, una ricerca relativa ai soli pazienti con un primo episodio psicotico tra il 1983 e il 1984 evidenziò che al follow – up di cinque anni il 61% era asintomatico e solo il 18% persisteva in una condizione di disabilità.⁴ Al termine del programma nazionale, quasi tutti i nuovi pazienti con un primo episodio di psicosi (First – Episode Psychosis, in sigla FEP) erano stati curati sperimentando il Need – Adapted Approach e risultò evidente che avviare la terapia con gli incontri terapeutici costituiva un elemento molto importante nel corso della crisi psicotica. Il personale ambulatoriale venne perciò organizzato in équipe mobili di intervento in caso di crisi, ossia un gruppo multi professionale di operatori (psichiatri, psicoterapeuti, psicologi, infermieri, assistenti sociali); si comprese che l'elemento chiave nel processo di guarigione era quello di agire tempestivamente. La creazione di tali team, i quali andarono a coprire il 50% del territorio finlandese, è da considerarsi come la svolta che permise l'introduzione dei principi del Need – Adapted Approach nell'assistenza sanitaria mentale finlandese. Infatti, il Finnish National Schizophrenia Project stilò e contemplò cinque regole generali del Need – Adapted Approach:

1. un intervento immediato in caso di crisi;
2. la formulazione di uno scrupoloso programma terapeutico, comprensivo dei bisogni mutevoli del paziente;

³ M. M. Kłapciński, J. Rymaszewska, *op. cit.*, p. 1182.

⁴ M. Bessone, C. Tarantino, *Forme di democrazia in psichiatria: l'Open Dialogue finlandese*, in *State of Mind – Il giornale delle scienze psicologiche*, 3 giugno 2015, www.stateofmind.it, ID 110706.

3. un atteggiamento psicoterapeutico, da mantenere in tutte le fasi, nei confronti dei beneficiari del servizio;
4. l'integrazione di differenti modalità terapeutiche (il Dialogo Aperto si delinea come un approccio di tipo integrativo);
5. la necessità di una continuità psicologica del trattamento (i professionisti sono responsabili del paziente nelle diverse fasi del trattamento).

Gli studiosi finlandesi raccomandarono anche un regolare monitoraggio del trattamento in atto, nonché dei suoi risultati.

Con l'esperienza di Alanen e la realizzazione del Finnish National Schizophrenia Project, la pratica psicoterapeutica in Finlandia entrò a far parte integrante del sistema di cura pubblico. Nel 1987, al termine del programma nazionale, venne avviato in Finlandia un progetto di ricerca presso l'ospedale Keropudas di Tornio in collaborazione con l'Università di Jyväskylä, giungendo ad una profonda trasformazione del sistema psichiatrico del Paese: da un sistema tradizionalmente orientato all'individuo, inteso tradizionalmente come oggetto del trattamento, si passò ad un sistema aperto che poneva al centro la famiglia e la rete sociale del paziente. In altre parole, il trattamento in precedenza subito dal paziente e dalla famiglia, spesso con loro scarso coinvolgimento e partecipazione, si trasformò in un trattamento condiviso in cui ognuno era chiamato a partecipare attivamente e a dare il proprio contributo. Ospedale e famiglia divennero quindi parte del medesimo sistema funzionale, collaborando uno a fianco dell'altra.

I risultati raggiunti con il Finnish National Schizophrenia Project ispirarono nella Lapponia occidentale un altro programma, l'Acute Psychosis Integrated Treatment, indicato con la sigla API, condotto da un gruppo di ricercatori sotto la guida di Jukka Aaltonen, in partnership con le Università di Jyväskylä e Turku. Tale programma, sperimentato in sei centri psichiatrici tra il 1992 e il 1998, in primis aveva lo scopo di verificare se il Need – Adapted Approach poteva essere usato nei centri che proponevano un trattamento psichiatrico differente; in seconda battuta, mirava a chiarire di quanto tempo potesse essere posticipato il trattamento con gli antipsicotici. Il metodo applicato, e continuamente sviluppato, si diffuse con il nome di Open Dialogue Approach, indicato con la sigla ODA. L'esperienza di Alanen e del gruppo da lui guidato mostrò una significativa riduzione della durata di ospedalizzazione da 100 giorni circa all'inizio degli anni '80 del secolo scorso ad una media di 30 giorni nella Lapponia occidentale (il 55% delle ospedalizzazioni durava meno di 10 giorni) da paragonare ai 49 giorni nel resto della Finlandia.⁵ Va sottolineato che non si registrò parallelamente un aumento del numero dei ricoveri. Si giunse alla conclusione secondo la

⁵ M. M. Kłapciński, J. Rymaszewska, *op. cit.*, p. 1184.

quale l'Open Dialogue Approach non previene l'episodio psicotico ma, se il trattamento avviene rispettando i principi di tale pratica, il paziente verrà escluso molto meno dalla vita sociale.

Dopo il 1998, l'ODA suscitò molto interesse presso la comunità scientifica, soprattutto in seguito alla pubblicazione dei primi studi in merito. Ricerca e pratica clinica continuarono ad andare di pari passo, coinvolgendo pure gli altri centri di salute mentale distrettuali presenti sul territorio finlandese. Tra il 1998 e il 2008, l'ODA è stato esportato in Norvegia grazie alla collaborazione dell'Università di Agder e l'ospedale Sørlandet di Kristiansand. I dieci anni di esperienza maturata sul campo permise ai ricercatori norvegesi di giungere a queste conclusioni: scegliere il trattamento giusto ricopre un ruolo importante nel corso del ricovero del paziente, così gli incontri previsti dalla Pratica Dialogica sono un'ottima opportunità per poter affrontare le difficoltà legate al superamento di una crisi.

Presentiamo di seguito i sette principi del Dialogo Aperto, linee guida cui attenersi elaborate dagli studiosi finlandesi sulla base dei dati raccolti e degli studi condotti in merito:

1. aiuto immediato. Le équipes mobili di intervento in caso di crisi hanno il compito di organizzare il primo incontro presso il domicilio del paziente entro ventiquattro ore dalla richiesta di aiuto (questo fin dal 1987). Dal 1992 esiste un servizio di intervento in caso di crisi disponibile ventiquattro ore su ventiquattro. L'operatore che riceve per primo la telefonata si occupa di formare l'équipe che avrà la responsabilità di accompagnare e seguire il paziente in tutte le fasi che lo condurranno alla soluzione della crisi. Il paziente affetto da psicosi parteciperà alle prime riunioni di cura proprio durante il periodo più acuto della malattia. Garantire un aiuto immediato ha l'indubbio vantaggio di ridurre il periodo di psicosi non trattata (*Duration of Untreated Psychosis*, in sigla DUP), ossia l'arco di tempo che intercorre tra la comparsa dei primi sintomi e l'inizio del trattamento di cura. È interessante osservare che in Lapponia, prima dell'introduzione dell'Open Dialogue nei servizi psichiatrici pubblici, il DUP si aggirava intorno ai dodici/tredici mesi, mentre in seguito si è ridotto a poco più di quattro mesi, scendendo radicalmente nell'anno 2000 con soli quindici giorni;⁶
2. prospettiva di rete sociale. Viene posto l'accento sulla rete sociale del paziente, della quale fanno parte sia i famigliari sia tutte le persone che ricoprono una qualche importanza per il paziente (amici, vicini di casa, colleghi di lavoro, datore di lavoro, etc.). Partecipanti chiave nel corso delle riunioni di cura possono essere i centri per

⁶ M. Bessone, C. Tarantino, *op. cit.*, p. 3.

- l'impiego e le agenzie di assicurazione sanitaria locali al fine di sostenere la riabilitazione professionale del paziente;
3. flessibilità e mobilità. A seconda delle circostanze, va adottata la modalità terapeutica da ritenersi più adatta alla situazione di crisi e vanno tenuti in considerazione i bisogni mutevoli del paziente. Talvolta, le riunioni di cura vengono organizzate a casa del paziente, previo consenso della famiglia;
 4. responsabilità. L'operatore che per primo prende in carico la richiesta di aiuto viene immediatamente investito della responsabilità del trattamento da destinare al paziente, della formazione dell'équipe mobile di intervento che seguirà il paziente in tutte le fasi del trattamento e dell'organizzazione della prima riunione di cura;
 5. continuità psicologica. Continuare il trattamento psicologico va considerato come un dovere. Il trattamento deve essere il risultato di più metodi combinati tra loro, in modo da offrire un servizio integrato;
 6. tolleranza dell'incertezza. Le équipe mobili di intervento dovrebbero infondere un clima di sicurezza e di fiducia intorno al paziente, nonché mostrare una costante accettazione dell'incertezza derivante dalla crisi. Date le esperienze, incontrare il paziente ogni giorno, almeno nei primi dieci/dodici giorni della crisi psicotica, aiuta ad aumentare la sicurezza e la tolleranza dell'incertezza;
 7. dialogo (e polifonia). Il dialogo è la via da seguire sempre; la pratica dialogica prevede un tipo particolare di interazione, nella quale ogni partecipante si sente ascoltato e trova delle risposte. Ascoltare e rispondere fanno parte di una scena, ovvero la riunione di cura, in cui coesistono più voci, ognuna delle quali è valida ed è da prendere in considerazione. Mikhail Bakhtin definisce "polifonia" questa molteplicità di voci nella rete; ogni voce è importante e mette in atto uno scambio con le altre, pertanto il filosofo e critico letterario russo parla di assenza di gerarchie nell'ambito della polifonia. Ogni partecipante alla riunione di cura parla e viene ascoltato dagli altri, creando insieme un gruppo che adotta il dialogo come strumento capace di abbandonare lo stigma e lo sterile linguaggio della diagnosi per lasciare spazio alla piena accettazione e al rafforzamento del paziente. Il dialogo incentiva la collaborazione tra i partecipanti alla riunione di cura e viene considerato come un fattore in grado di prevenire una ricaduta o una riacutizzazione dei sintomi della malattia psicotica. Il dialogo è stato fissato come linea guida a partire dalla metà degli anni '90 del secolo scorso.

Il “dialogo (e polifonia)” e la “tolleranza dell’incertezza” sono i due principi fondamentali del colloquio terapeutico, ossia della Pratica Dialogica. Essa viene adottata sia nel caso di crisi acute che in situazioni più durature e ripetitive, dette croniche.

La Pratica Dialogica prevede che la conversazione si basi ovviamente sul dialogo, in quanto esso offre al paziente la possibilità di sentirsi ascoltato e di ricevere risposte da parte dei terapeuti. Lo scopo di tale pratica consiste nell’ascoltare il paziente e, nel contempo, aiutarlo a trovare le parole per esprimere la sua angoscia, altrimenti incarnata in sintomi, e procedere insieme verso un linguaggio comune. Seikkula sottolinea più volte il fatto che noi siamo esseri relazionali: fin dalla nostra nascita prendiamo parte a relazioni dialogiche, si tratta pertanto di un qualcosa di naturale e di insito nell’uomo. Perciò, nell’affrontare gli incontri di Dialogo Aperto è più giusto dire che si ritorna all’essenza della vita umana, più che utilizzare un metodo ideato ad hoc. I terapeuti dialogici devono imparare ad ascoltare e a comprendere il linguaggio dei pazienti, a seguire il loro modo di vita e a cogliere nel profondo le loro reazioni. Non vi è nulla di più importante che essere ascoltati e presi seriamente, ed è qui che ha origine la relazione dialogica. È facile a dirsi e ci si aspetterebbe che lo fosse anche nella pratica, ma il paradosso è che il dialogo può essere tanto semplice quanto complesso nel suo insieme.

La partecipazione degli altri membri alle riunioni di cura permette di analizzare da diversi punti di vista la crisi del paziente. Ai terapeuti dialogici sono richieste in particolare due capacità: la capacità di rispondere e quella di riflettere. La prima, per poter essere valutata dal punto di vista qualitativo, necessita la presa in considerazione delle dichiarazioni iniziali del paziente, la risposta ad esse da parte del terapeuta e la reazione alla risposta data. La seconda, invece, intende la capacità di impegnarsi in una conversazione aperta e limpida, senza la volontà di oscurare qualcosa al paziente.

La comunicazione che avviene all’interno delle riunioni di cura deve essere dialogica ma, in parte, può essere anche monologica. Le sequenze monologiche che si possono avere nel corso di un incontro riguardano essenzialmente la necessità di prendere accordi pratici, di acquisire nuove informazioni per approfondire la situazione o di presentare gli argomenti di conversazione. Nell’Open Dialogue è importante che al massimo un terzo della conversazione sia condotto in forma monologica, questo per rimanere fedeli ai caratteri essenziali dell’approccio.

Il lavoro svolto nell’anno 2014 da Olson, Seikkula e Ziedonis presso l’Università del Massachusetts (Medical School), con un finanziamento da parte della Foundation for Excellence in

Mental Health Care, mette in luce i dodici elementi chiave della Pratica Dialogica nel Dialogo Aperto, i quali molto spesso possono essere concomitanti:⁷

1. due (o più) terapeuti nella riunione di équipe. L'Open Dialogue Approach prevede che un team di terapeuti lavori e collabori con la rete sociale del paziente; alle riunioni di cura dovrebbero prendere parte almeno due terapeuti: uno che si dedichi al colloquio con il paziente e la sua rete sociale, l'altro che assuma una posizione di ascolto e di riflessione;
2. partecipazione dei familiari e/o dei membri della rete sociale. L'Open Dialogue Approach valorizza l'inclusione dei membri della famiglia e della rete sociale del paziente sin dall'inizio, a partire dalla prima richiesta di aiuto. L'operatore che per primo si fa carico della richiesta di aiuto deve approfondire chi è interessato alla situazione del paziente, chi ne è stato coinvolto, chi potrebbe essere di prezioso aiuto nel corso della cura, chi potrebbe prendere parte alle riunioni di équipe;
3. uso di domande a risposta aperta. Lo psichiatra e psicoterapeuta norvegese Tom Andersen⁸ propose le due domande con cui avviare la primissima riunione di cura: “Da dove vien fuori l'idea di venire qui oggi?” e “Come vorreste usare questa riunione?”. La seconda di tali domande va ripetuta in ogni riunione di cura. La tipologia di domande da porre nel corso delle riunioni di cura deve essere quella delle domande a risposta aperta; gli studiosi che si sono dedicati al lavoro condotto presso l'Università del Massachusetts hanno individuato tre sottocategorie di domande a risposta aperta:
 - a. la prima delle due domande proposte da Andersen, ovvero “Da dove vien fuori l'idea di venire qui oggi?”, che apre il primo incontro e va posta al momento di cominciare. Certamente si possono rivolgere anche altre domande ai membri che prendono parte alla prima riunione di cura, domande volte a capire chi per primo ha pensato di tenere tale riunione, come sono stati informati dell'incontro tutti i membri partecipanti, chi era

⁷ M. Olson, J. Seikkula, D. Ziedonis, *The key elements of dialogic practice in Open Dialogue: fidelity criteria*, The University of Massachusetts Medical School, Worcester, MA, 2014, si vedano tabella 2 p. 8 e pp. 8 – 29, www.umassmed.edu/psychiatry/globalinitiatives/opendialogue.

⁸ Tom Andersen (1936-2007) fu docente di psichiatria sociale presso l'Università di Tromsø in Norvegia. Verso la metà degli anni '80 del secolo scorso, egli iniziò ad operare applicando il metodo del *reflecting team*, un metodo che andava a sostituire quello tradizionale: da uno *specchio a senso unico* si passò ad uno *specchio a doppio senso*, in quanto in più momenti della riunione di cura il *reflecting team* parla della conversazione familiare a cui ha appena assistito con la famiglia e il terapeuta (o i terapeuti); poi, la famiglia discuterà sulla conversazione fatta dal *reflecting team*. Si tratta di un approccio che coinvolge in modo diretto la famiglia nel processo terapeutico, opponendosi dunque a quelle terapie orientate gerarchicamente; affrontato e descritto in Tom Andersen, *The reflecting team. Dialogues and dialogues about the dialogues*, Norton, New York 1991.

convinto di ciò, chi lo era meno o, in caso, chi non lo era per nulla. Si tratta di tutte domande che chiedono di rispondere con voce “riflessiva”, cioè discutendo in merito agli scopi, alle intenzioni e agli obiettivi dei partecipanti alla riunione. Le persone coinvolte vanno incoraggiate a parlare, mai obbligate. I pareri dei partecipanti circa la propria presenza alla riunione di cura possono essere divergenti, ma tutti importanti in egual modo. Con queste prime domande si può anche indagare su eventuali persone non presenti che potrebbero però risultare preziose nel trattamento di cura;

- b. la seconda delle due domande proposte da Andersen, ovvero “Come vorreste usare questo incontro?”, che certamente può essere formulata anche in modo differente. Anch’essa, come la prima domanda, viene rivolta all’intero gruppo dei partecipanti alla riunione di cura e tutti devono avere la possibilità di rispondervi. Tale domanda viene posta fin dal primo incontro e poi ripetuta in tutti gli incontri successivi, in modo tale che siano principalmente il paziente e la sua rete familiare e sociale a determinare il contenuto dell’incontro, e non i professionisti. Per questa ragione, infatti, questa domanda deve essere ripetuta ad ogni singolo incontro;
 - c. domande a risposta aperta da porre nel corso di tutto il processo di cura. Il fatto che le domande siano aperte a più risposte permette che i partecipanti alla riunione di cura prendano l’iniziativa di parlare di ciò che desiderano e siano liberi di farlo come preferiscono. Questo significa che i terapeuti non determinano gli argomenti da affrontare nel corso dell’incontro, essi guidano il processo dialogico mediante le risposte date a quanto detto dai partecipanti alla riunione di cura;
4. rispondere alle cose dette dal cliente. Lo scopo del supporto psicologico e dialogico in questo caso non consiste nel produrre un cambiamento nel cliente attraverso gli interventi dei terapeuti dialogici, bensì nell’ascoltare nel profondo quanto detto dal cliente e nell’osservare le sue reazioni. Il terapeuta dialogico deve imparare a seguire il modo di vita e il linguaggio del cliente, in modo integro e senza preconcetti; inoltre, deve farsi promotore del dialogo, rispondendo in tre modi, diversi tra loro, che lasciano spazio a nuove risposte:
- a. l’utilizzo delle parole del cliente. Il terapeuta ascolta molto bene ciò che dice il cliente e ingloba le sue stesse parole nella propria risposta;

- b. un ascolto responsivo. La ripetizione delle parole pronunciate dal cliente sfocia naturalmente in un ascolto responsivo, vale a dire che porta ad una risposta non preconfezionata, la quale apre le porte a storie nuove, non ancora affrontate, talvolta addirittura inaspettate;
 - c. il mantenimento del contatto anche attraverso la comunicazione non verbale. Il terapeuta, oltre alle parole pronunciate dal cliente, deve prestare particolare attenzione anche a quanto viene comunicato tramite il canale corporeo (es. semplici gesti, come una stretta di mano, espressioni facciali, il tipo di respirazione, etc.). Rientra qui anche il rispetto dei silenzi durante la riunione di cura, i quali non possono essere quantificati in termini di limiti di tempo di tolleranza;
5. enfatizzare il momento presente. Il terapeuta (o i terapeuti) pongono l'accento sul momento presente dell'incontro; nel fare ciò è importante:
- a. rispondere alle reazioni immediate. Il terapeuta deve dare una risposta a quanto accade nel momento e nel luogo dell'interazione, anziché su quanto è accaduto al di fuori di essa;
 - b. permettere alle emozioni di emergere. Nel momento in cui affiora un'emozione, è compito del terapeuta lasciarle tutto lo spazio, senza darle, però, un'interpretazione immediata;
6. sollecitare punti di vista molteplici – “polifonia”. Il Dialogo Aperto non aspira ad ottenere consensi, punta invece ad un confronto e ad uno scambio di punti di vista diversi. Si parla quindi di “polifonia” perché tutte le voci vanno prese in considerazione. Essa può essere di due tipi: esteriore ed interiore. La prima richiede al terapeuta di coinvolgere nel dialogo tutti i partecipanti presenti alla riunione di cura; tutti devono avere la possibilità di essere ascoltati, non solo il paziente. Il terapeuta deve essere in grado di integrare il linguaggio di altri professionisti e membri della rete familiare e sociale del paziente, cosa molto importante da curare nell'ambito di una conversazione polifonica; un'altra cosa rilevante consiste nel mantenere un approccio dialogico, senza che prendano il sopravvento eventuali posizioni monologiche. La seconda, invece, richiede al terapeuta di ascoltare e analizzare i molteplici punti di vista e le voci del cliente. Pur essendo espressi dalla medesima persona, talvolta essi possono essere in conflitto tra loro. Altra pratica frequente nel Dialogo Aperto riguarda il coinvolgimento di membri assenti: “Se la persona x fosse qui, cosa direbbe a proposito di ciò di cui parliamo?” è la tipica

domanda che nel corso delle riunioni di cura viene posta al cliente dal terapeuta. In questo modo, entrano nella polifonia esteriore anche le voci delle persone assenti e, nello stesso tempo, la polifonia interiore diviene oggetto di una nuova indagine;

7. uso di un focus relazionale nel dialogo. I terapeuti dialogici affrontano i diversi temi e le questioni che via via si pongono operando in un quadro relazionale. Essi rivolgono domande a più persone, andando a definire i rapporti all'interno della famiglia del paziente; risulta quindi interessante, agli occhi dei terapeuti dialogici, il contesto relazionale nell'ambito del quale si sviluppa il sintomo psicotico o la vera e propria psicosi;
8. rispondere ai problemi dialogici e comportamentali con uno stile concreto e attento ai significati. Secondo la Pratica Dialogica è rilevante la "normalizzazione del discorso": ogni terapeuta dialogico è tenuto a considerare e a rispondere ai sintomi e ai comportamenti problematici come se fossero reazioni "naturali" ad una situazione difficile; un comportamento problematico non può essere taciuto subito come "sbagliato", "pazzesco" o patologico cronico, ma deve subire uno slittamento verso la "normalizzazione del discorso", in quanto esso, in un dato contesto, può significare qualcosa;
9. enfatizzare le parole usate dal cliente e le sue storie, non i sintomi. La Pratica Dialogica mira a stimolare i racconti di quanto avvenuto nella vita del paziente e, di riflesso in quella della famiglia, dei suoi pensieri, sentimenti, esperienze e sensazioni. Non sempre al paziente risulta facile e naturale raccontare la propria storia, perciò il terapeuta deve essere pronto a cogliere le parole o i frammenti di frasi che costituiscono la chiave d'accesso alla narrazione delle sofferenze del paziente. I sintomi non vanno enfatizzati, bensì considerati come espressione di angosce altrimenti inesprimibili o come frutto di esperienze terribili, talvolta traumatiche; si tratta di esperienze che non si prestano al linguaggio normale e alla regolare capacità di narrare. Spesso accade che le questioni più difficili vengano presentate mediante l'uso di un'unica parola chiave che il paziente dice o ripete più volte. Il terapeuta dialogico ha il compito di agganciarsi a tale parola e di fare più chiarezza intorno ad essa;
10. conversazione tra professionisti (riflessioni) nelle riunioni di cura. Nel corso di ogni riunione di cura è possibile distinguere tre momenti diversi, dei quali il terzo, vale a dire quello che lascia spazio ai commenti dei famigliari sulle riflessioni fatte, deve avvenire sempre dopo la conversazione tra i professionisti:

- a. il processo di riflessione, ovvero il momento in cui i terapeuti affrontano riflessioni con il paziente e i membri della sua rete familiare e sociale;
 - b. la conversazione tra i professionisti, ovvero il momento in cui i terapeuti discorrono con gli altri professionisti presenti in merito ai problemi del paziente, alla programmazione della cura, ad un eventuale trattamento farmacologico e ad un possibile ricovero. Lo scopo di questo momento è quello di dare voce ai dialoghi interiori dei professionisti, cosa che avverrà in presenza del paziente e della sua rete con l'adozione di un linguaggio comune;
 - c. i commenti dei famigliari sulle riflessioni, ovvero il momento di cui possono usufruire i famigliari per commentare il discorso dei professionisti; questo permette ai membri della famiglia di avere voce in capitolo per quanto riguarda il loro futuro e, nel caso, di manifestare il proprio disaccordo rispetto a determinate prospettive di cura;
11. essere trasparenti. Nel Dialogo Aperto si opera all'insegna del principio di trasparenza: tutto ciò che concerne la cura è condiviso con ciascun partecipante (paziente e membri della rete familiare e sociale), laddove con tutto si intende la programmazione della cura, l'eventuale trattamento farmacologico, il dibattito su un possibile ricovero, la possibilità di altre alternative di cura. Non esistono riunioni di cura separate in cui pianificare la cura del paziente e prendere decisioni circa il trattamento. Le discussioni e le riflessioni sono aperte e trasparenti ed ogni partecipante ha la facoltà di intervenire;
12. tollerare l'incertezza. È anche uno dei sette principi del Dialogo Aperto, nonché uno degli elementi chiave della Pratica Dialogica. La bussola è la costante ricerca di una comprensione generale della crisi, questo anche grazie al coinvolgimento di tutti i partecipanti alle riunioni di cura. Va tenuto a mente che ogni crisi ha le sue peculiarità e che conclusioni affrettate circa la crisi, la diagnosi, la cura e il trattamento farmacologico mal si confanno con l'approccio del Dialogo Aperto. Ogni crisi richiede una costante accettazione dell'incertezza derivante da essa stessa. I professionisti, pertanto, devono infondere un senso di sicurezza nel paziente e nella sua rete familiare e sociale ed è importante instaurare fin dal primissimo incontro un rapporto con ciascun partecipante; questo aumenta il senso di sicurezza e la fiducia e, nel contempo, riduce la preoccupazione e l'ansia. Inoltre,

i professionisti devono limitarsi ai significati espressi dai clienti in merito a ciò che dicono e stimolare un cambiamento nel paziente e/o nella famiglia.

Risulta evidente che nell'Open Dialogue in primo piano non vi è più la farmacoterapia, bensì un insieme di attività psicosociali e metodi riabilitativi che puntano al reinserimento del paziente nella vita sociale. Il trattamento farmacologico è uno dei possibili percorsi da intraprendere, frutto di una decisione ponderata insieme al paziente, al quale viene riconosciuto il pieno diritto di essere co-autore del proprio percorso di cura. Nella scelta viene coinvolta pure la sua rete relazionale e gli operatori che seguono il paziente e devono aver luogo almeno tre incontri per riflettere sulla possibilità di avviare un trattamento farmacologico prima di iniziare un'eventuale assunzione di psicofarmaci. Una ricerca condotta nel 2006, tra gli altri da Seikkula, presenta i dati raccolti al termine di un periodo di cinque anni (dal 1992 al 1997): solo il 19% dei pazienti trattati con il metodo ODA aveva avviato una terapia con neurolettici.⁹

Preme sottolineare ancora una volta che non esistono riunioni di cura separate nelle quali l'équipe preposta pianifica il trattamento del paziente: tutte le decisioni vengono affrontate e prese con piena trasparenza nel corso delle riunioni di cura cui prendono parte il paziente, la sua rete familiare e sociale e gli operatori professionisti. Ecco perché il dialogo viene definito “aperto”: tale pratica è contraddistinta da una forte trasparenza e un profondo coinvolgimento dei diretti interessati nei processi decisionali riguardanti la cura del paziente nel suo insieme. Inoltre, il percorso di cura non prevede già degli step prestabiliti da seguire; è necessario un totale adattamento ai bisogni mutevoli dei pazienti, al modo in cui essi fanno esperienza della crisi e al significato che questa ricopre per ciascuno. È chiara la connessione, ancora una volta, con il Need – Adapted Approach di Alanen, ma non solo: qui il principio della tolleranza dell'incertezza, indicato alla pagina precedente, gioca un ruolo chiave.

Nel Dialogo Aperto, la riunione di cura è il contesto della Pratica Dialogica. Sopra è già stato detto che la prima riunione di cura dovrebbe essere organizzata entro ventiquattro ore dalla richiesta di intervento in caso di crisi; ad essa prendono parte il paziente con psicosi acuta, i suoi famigliari, i membri coinvolti della sua rete sociale e i professionisti. Solitamente, i partecipanti si dispongono in cerchio, ma nel caso in cui il paziente volesse starsene in disparte, non lo si obbliga a prendere posto a fianco degli altri partecipanti; invece, nel caso in cui il paziente non volesse più partecipare alla riunione di cura o all'improvviso abbandonasse la stanza, si apre una discussione con i suoi famigliari circa la volontà di proseguire o meno l'incontro. Lo scopo principale dei terapeuti

⁹ J. Seikkula, J. Aaltonen, B. Alakare, K. Haarakangas, J. Keränen & K. Lehtinen, *Five – year experience of first – episode nonaffective psychosis in open – dialogue approach: Treatment principles, follow – up outcomes, and two case studies*, Psychotherapy Research, Taylor & Francis Online, 22 febbraio 2007, DOI: 10.1080/10503300500268490, tabella IV p. 222.

consiste nel far nascere un dialogo all'interno della riunione di cura, un dialogo che si deve comporre delle voci di tutti i presenti. I terapeuti dialogici si concentrano molto sull'ascolto e sulle risposte da dare alle cose dette dai partecipanti. I professionisti non sono chiamati a mettere in evidenza il proprio sapere e le proprie conoscenze, unicamente grazie ai quali sarebbero in grado di trovare una soluzione alla crisi; il sapere e le conoscenze servono loro per poter dare risposte adeguate a quanto detto dai presenti alla riunione di cura e per poter cogliere il nuovo nello scambio, un qualcosa che apra ad una possibile trasformazione. La scossa che possono dare certe parole, espressioni o parti spezzate di frasi può provocare un cambio di prospettiva mediante la narrazione di fatti e storie personali, offrendo un contesto a quanto di sofferente provato dal paziente. Certamente anche i silenzi, le emozioni e determinati gesti o espressioni del linguaggio corporeo vanno tenuti in considerazione ed eventualmente integrati nel processo di trasformazione che può avvenire nel corso della riunione di cura. In questo modo, affiorano nuove possibilità create insieme da tutti i partecipanti, con parole, frasi, storie ed emozioni che entrano nel discorso collettivo. Un linguaggio comune e una comprensione reciproca aiutano a fare più chiarezza attorno alla situazione critica e alle persone in essa direttamente coinvolte, infondendo nello stesso tempo un'atmosfera di maggiore sicurezza e fiducia. Una volta affrontate le questioni importanti dell'incontro e aver ascoltato il parere di tutti i presenti in merito ad esse, la riunione di cura volge al termine su suggerimento di un membro dell'équipe, il quale prima della conclusione non manca di domandare se c'è qualcos'altro di cui dover parlare. In tal modo, il paziente e i membri della sua rete familiare e sociale hanno la facoltà di scegliere se concludere l'incontro o prolungarlo. Al termine della riunione di cura è importante fare un breve riassunto di quanto si è discusso, specialmente se nel corso di essa sono state prese delle decisioni o meno; va poi programmato l'incontro successivo.

1.2 Benefici e criticità

È giunto il momento per chi scrive di affrontare nello specifico i benefici dell'Open Dialogue Approach, alcuni dei quali sono già emersi nel corso del capitolo. Dato il primo principio alla base del Dialogo Aperto, ossia quello dell'aiuto immediato in caso di crisi, di cui sopra, è stato possibile ridurre notevolmente il periodo di psicosi non trattata, vale a dire il cosiddetto DUP (*Duration of Untreated Psychosis*). È questo un grande passo in avanti che ha permesso l'ODA. Il periodo che intercorre tra la manifestazione dei sintomi e l'avvio di un percorso di cura è uno degli elementi più determinanti legati alla prognosi della malattia: più lunga è la durata del DUP e più alto è il rischio di una prognosi sfavorevole. Sono almeno due le ragioni per cui la riduzione del DUP è da ritenersi

vantaggiosa: in primo luogo i sintomi della psicosi sono meno radicati rispetto ai pazienti che hanno vissuto un lungo periodo senza cure in seguito alla comparsa dei primi sintomi (si intende un DUP di lunghi mesi, addirittura di anni); in secondo luogo, nella fattispecie in Lapponia occidentale, si è riscontrata una forte diminuzione dell'incidenza annua della schizofrenia (da 33 nuovi pazienti l'anno su 100000 abitanti nel 1985 a 2 nuovi pazienti l'anno su 100000 abitanti nei primi anni del 2000).¹⁰

Dati importanti provenienti dall'utilizzo della pratica del Dialogo Aperto riguardano il tasso di ricaduta emerso a un follow – up di cinque anni pari al 19% e l'alta percentuale, pari all'82%, di pazienti che sempre dopo il suddetto periodo non presentavano più sintomi psicotici residui.¹¹ Inoltre, il 76% dei pazienti era tornato al proprio impiego (s'intende lavorativo o di studio), il 10% aveva lo status di disoccupato e il 14% aveva ottenuto un'indennità di invalidità.¹² Dunque, la prospettiva di guarigione offerta dall'Open Dialogue Approach è piuttosto invitante.

Altri due benefici apportati dall'Open Dialogue Approach, come dimostrato dall'esperienza lappone, riguardano la minor durata in generale delle ospedalizzazioni e il trattamento farmacologico visto come una libera scelta, nonché come una fra le possibili alternative di cura. Quanto al primo di questi due benefici, proponiamo i dati indicati da Kłapciński e Rymaszewska nel loro elaborato sull'approccio del Dialogo Aperto nel contesto della psichiatria scandinava scritto nell'ambito del Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Medicina di Breslavia: la durata dell'ospedalizzazione passò da circa 100 giorni all'inizio degli anni '80 del secolo scorso ad una media di 30 giorni nella Lapponia occidentale (il 55% delle ospedalizzazioni con durata inferiore ai 10 giorni) alla fine degli anni '90, da paragonare ai 49 giorni nel resto della Finlandia.¹³ Quanto al secondo, invece, abbiamo già ampiamente detto che il trattamento farmacologico non viene più imposto al paziente, bensì è da considerare come uno dei possibili percorsi da intraprendere, oggetto di un confronto dialogico tra professionisti, paziente e suoi famigliari. È previsto che passino almeno tre riunioni di cura prima di iniziare un'eventuale assunzione di antipsicotici. Generalmente, nella fase iniziale il trattamento farmacologico viene evitato e solamente discusso, questo anche per poter esaminare i sintomi più acuti che si manifestano durante i primi giorni della crisi, come le allucinazioni, e poter stabilire un ponte con essi. L'ODA preferisce non soffocare i sintomi e non mettere a tacere l'esperienza psicotica, proprio perché questi possono essere fonte di preziose informazioni ai fini della cura. Nello stesso tempo, il trattamento farmacologico non viene escluso a

¹⁰ M. Bessone, C. Tarantino, *op. cit.*, p. 3.

¹¹ J. Seikkula, J. Altonen, B. Alakare, K. Haarakangas, J. Keränen & K. Lehtinen, *op. cit.*, p. 214.

¹² *Ivi*, tabella V p. 222.

¹³ M. M. Kłapciński, J. Rymaszewska, *op. cit.*, p.1184.

priori: innanzitutto si cerca di ristabilire il sonno del paziente e alleviare il suo stato d'ansia, se serve anche con l'uso di antipsicotici.

Un altro punto da valutare è il rapporto tra costo e benefici nel campo del Dialogo Aperto. È importante sottolineare che proprio agli inizi degli anni '90 del secolo scorso la Finlandia dovette affrontare una profonda recessione in seguito alla dissoluzione dell'URSS, principale partner commerciale di allora.¹⁴ Sebbene la situazione economico – finanziaria non fosse rosea e la spesa pubblica per la salute mentale avesse subito un taglio del 30% circa, i ricercatori finlandesi si impegnarono lo stesso nella grande sfida che ponevano l'alto tasso di incidenza della schizofrenia (35 su 100000) e l'alto tasso di suicidi commessi (37 su 100000). Guardando al passato, si può affermare che i ricercatori finlandesi hanno raggiunto il loro obiettivo, in quanto il tasso di incidenza della schizofrenia è sceso a 7 su 100000 abitanti.¹⁵ Nell'articolo già preso in considerazione, Bessone e Tarantino affermano a proposito della Lapponia occidentale:

Attualmente, il costo pro – capite dell'assistenza psichiatrica in questa regione è il più basso di tutta la Finlandia. Inoltre lungo questi anni si è anche registrata una riduzione del numero totale di letti ospedalieri (e delle spese correlate) da 320 a 66, in seguito alla ricollocazione dei pazienti nelle proprie case. Questo nuovo sistema ha letteralmente svuotato i reparti psichiatrici di un ospedale che negli anni '80 era gremito di pazienti considerati cronici e incurabili.¹⁶

La rivoluzione più grande messa in atto dall'Open Dialogue Approach riguarda il sistema psichiatrico pubblico nel suo insieme, il quale ha cambiato faccia e soprattutto ha trasformato il modo di vivere l'esperienza psicotica, sia da parte del paziente che dei suoi famigliari. La celerità del servizio, la cooperazione tra l'équipe dei professionisti, il paziente e la sua rete familiare e sociale, la trasparenza dei processi decisionali, la consapevolezza che la propria richiesta di aiuto verrà sicuramente accolta da un operatore fanno sì che l'esperienza psicotica non sia più un qualcosa da negare o da nascondere, ma un problema da gestire, un problema come altri che nella fattispecie troverà delle risposte adeguate ai bisogni nel corso delle riunioni di cura. La malattia non viene affrontata in solitudine. In conseguenza a tutto ciò, vi saranno degli effetti positivi sul fenomeno della stigmatizzazione, vale a dire sul fenomeno di discriminazione in ragione della malattia psichica, con il risultato di una maggiore inclusione sociale del paziente, fattore da considerarsi determinante nel processo di guarigione.

Nella realtà pratica, uno dei risultati più sorprendenti dell'implementazione dell'ODA consiste proprio in un utilizzo più sapiente dei servizi territoriali dedicati alla salute mentale.

¹⁴ Si veda scheda della Finlandia nella piattaforma della Farnesina infoMercatiEsteri www.infomercatiesteri.it.

¹⁵ M. M. Kłapciński, J. Rymaszewska, *op. cit.*, p.1180 (vale per tutti i dati indicati nel paragrafo).

¹⁶ M. Bessone, C. Tarantino, *op. cit.*, p. 8.

Quanto alle critiche e ai limiti attribuiti all'Open Dialogue Approach, Cechnicki et al.¹⁷ affermano che il limite principale di tutti gli attuali scritti scientifici è dato dalla mancanza di correttezza metodologica; i critici, inoltre, affermano che il numero di pazienti affetti da schizofrenia preso in considerazione è troppo basso per riuscire ad intravedere i risultati che si potrebbero raggiungere nel caso di una popolazione più numerosa. Il giornalista medico – scientifico Balter, scrive, in un suo articolo del 2014,¹⁸ che gli approcci oggi adottati dagli psicoterapeuti in caso di schizofrenia sono due: uno psicodinamico, che si concentra sulle esperienze infantili del paziente e sulle modalità mediante le quali i sintomi psicotici assolvono inconsciamente una funzione positiva per il paziente, l'altro cognitivo – comportamentale, che accompagna il paziente lungo una serie di step guidati al fine di indagare le diverse interpretazioni di ciò che sta sperimentando, con lo scopo di modificare pensieri e comportamenti. Balter prende in considerazione dieci studi che sintetizzano gli effetti psicoterapeutici di tali approcci alla schizofrenia: essi, tra l'altro spesso associati ad un trattamento farmacologico, presentano una moderata efficacia; secondo l'autore sarebbe invece proprio l'approccio del Dialogo Aperto a vantare un'alta percentuale di guarigione, grazie ad una pratica psicoterapeutica che coinvolge intensamente la famiglia del paziente, nonché la sua rete sociale.

In generale potrebbe sorgere poi, come in ogni importante tentativo di cambiamento, uno scetticismo condiviso circa la possibilità e l'efficacia del trasferimento dell'Open Dialogue Approach nei Dipartimenti di salute mentale fuori dal territorio finlandese, questo per via della compatibilità o meno con differenti contesti socio – culturali ed economici. Certamente, e come in tutte le situazioni, vi è sempre una dose di naturale resistenza al cambiamento, soprattutto nel caso dell'adozione di un modello estremamente innovativo come quello del Dialogo Aperto.

Altre criticità possono riguardare la limitatezza di risorse umane da impiegare sul campo e la necessità, quindi, di adeguati standard di formazione di tipo sistemico da parte degli operatori coinvolti. Seikkula più volte pone l'accento sulla necessità di organizzare e curare la formazione degli operatori professionisti che andranno ad operare sul campo.

1.3 La diffusione

Attualmente, la pratica del Dialogo Aperto è in uso anche in altri Paesi, come ad esempio in Austria, Danimarca, Germania, Gran Bretagna, Italia, Lituania, Norvegia, Polonia, Stati Uniti e

¹⁷ P. Błądziński, A. Cechnicki, J. Bogacz, Ł. Cichoński, *Znaczenie Otwartego Dialogu w leczeniu osób chorujących na schizofrenię*, Kraków, *Postępy Psychiatrii i Neurologii* Vol. 23, Issue 3, 2014, 2014, pp. 134 – 139.

¹⁸ M. Balter, *Talking back to madness*, *Science*, Vol. 343, Issue 6176, 2014, www.sciencemag.org, DOI 10.1126/science.343.6176.1190, pp. 1190 – 1193.

Svezia. È importante che le singole realtà valutino le proprie pratiche utilizzando metodi scientifici, partendo da monitoraggi, aggiungendo descrizioni e analisi e, nel caso, intraprendendo progetti di ricerca più approfonditi. A partire dal 2011 si è assistito ad un forte sviluppo dell'Open Dialogue e una delle tappe importanti raggiunte è stata la formazione di Open Dialogue UK, che ha iniziato ad organizzare, tra varie altre cose, l'intera formazione triennale al Dialogo Aperto per i professionisti. Il programma educativo ha avuto così il suo "battesimo" fuori dalla Finlandia. Nella sua terra natia, tale programma è accreditato come Formazione in terapia familiare, di modo che i professionisti vengano riconosciuti come psicoterapeuti secondo la legge. Nel Regno Unito si parla di Corso formativo di Open Dialogue, con un interesse particolare nei confronti dello sviluppo dei servizi di salute mentale.

Negli ultimi anni si è sviluppata una rete di programmi di formazione a livello base in diversi Paesi con lo scopo di illustrare, da un lato agli operatori e dall'altro a un numero sempre maggiore di utenti dei servizi di salute mentale, gli elementi fondanti della pratica dell'Open Dialogue. In Gran Bretagna e in Italia sono stati avviati progetti molto significativi e programmi di formazione, rispettivamente nell'ambito di fondazioni a sostegno della salute mentale e in ambito provinciale. Emerge, dunque, la necessità di una formazione continua e sistematica degli operatori che si apprestano ad abbracciare la Pratica Dialogica. Qui faremo accenno ad alcune esperienze italiane in merito, mentre nel capitolo seguente analizzeremo l'introduzione dell'Open Dialogue Approach, e la sua implementazione, nel contesto polacco.

L'ASL TO1 della Regione Piemonte ha messo a punto nel 2014 e presentato al Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) del Ministero della Salute il progetto esecutivo dal titolo "Il Dialogo Aperto, un approccio innovativo nel trattamento delle crisi psichiatriche d'esordio – definizione e valutazione degli strumenti operativi ed organizzativi per la trasferibilità del dialogo aperto nei DSM italiani".¹⁹ Il progetto di sperimentazione, della durata di ventiquattro mesi, si poneva come obiettivo generale quello di testare la trasferibilità in termini operativi e organizzativi del metodo del Dialogo Aperto per il trattamento dei sintomi di esordio in pazienti con crisi psichiatrica nei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) italiani selezionati. Il progetto coinvolgeva le Regioni Piemonte, Liguria, Lazio, Marche e Sicilia. Oltre all'obiettivo generale, il progetto si prefissava cinque obiettivi specifici: adeguare il metodo del Dialogo Aperto alla struttura e al contesto dei DSM italiani selezionati per il progetto in questione, in collaborazione sia con i colleghi finlandesi sia con quelli di altri Paesi nei quali si è avviato tale metodo, sotto la supervisione del professor Seikkula; individuare operatori volontari del DSM disposti ad

¹⁹ Sul sito del Ministero della Salute www.salute.gov.it, alla voce Temi e professioni è indicato tra i Progetti del CCM dell'area salute mentale attualmente in corso.

abbracciare il nuovo metodo di trattamento e a costituire le équipes mobili di intervento in caso di crisi; formare adeguatamente il personale professionista dei DSM selezionati; adottare il metodo del Dialogo Aperto solo nei nuovi casi di richiesta di intervento per crisi psichiatrica da parte di utenti (detti soggetti incidenti) che siano residenti nel territorio selezionato per il progetto; infine, verificare l'efficacia terapeutica a brevissimo e a breve termine in tutti i soggetti incidenti trattati con il metodo del Dialogo Aperto nel periodo di durata del progetto, procedendo ad un confronto con quella dei soggetti incidenti, seguiti nel medesimo DSM o in DSM limitrofi nello stesso arco di tempo, trattati però con terapie di altro tipo.

Nel gennaio 2015, sempre l'ASL TO1 in collaborazione con la Struttura Complessa di Formazione e Sviluppo Professionale ha organizzato il corso titolato "Open Dialogue: il dialogo aperto come sistema di cura psichiatrica", aperto a tutte le professioni sanitarie, accreditato nel programma di Educazione Continua in Medicina 2015 della Regione Piemonte e promosso anche dal Dipartimento Integrato della Prevenzione. Tale corso si era posto alcuni importanti obiettivi: favorire la conoscenza dell'Open Dialogue Approach, sensibilizzare gli operatori sanitari, gli utenti e le loro famiglie a questo approccio innovativo e valutarne la compatibilità con il contesto italiano. L'interesse per il modello finlandese è scaturito dai risultati positivi ottenuti, in particolare l'elevata efficacia nel contenimento e nella risoluzione dei sintomi del paziente con grave crisi psichiatrica, il mantenimento a lungo termine dell'efficacia terapeutica, la guarigione a livello psicopatologico e a livello sociale; inoltre, è scaturito dagli obiettivi prioritari fissati dal Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 che, tra gli altri contemplava quello della salute mentale. Ai Dipartimenti di Prevenzione veniva chiesto di promuovere, in stretta collaborazione con i Dipartimenti di Salute Mentale e con i Servizi territoriali, attività di intervento precoce sugli esordi sintomatologici, garantendo un aiuto immediato sia ai soggetti a rischio sia nel caso di prime crisi. Per l'intervento sui sintomi di esordio, veniva proposto l'Open Dialogue Approach, un approccio valutativo e terapeutico che mette al centro del trattamento il paziente e i suoi bisogni, coinvolgendo fortemente il suo nucleo familiare e la sua rete di relazione.

Quanto all'esperienza sul campo, proponiamo la recente esperienza avvenuta nel Dipartimento di Salute Mentale di Caltagirone – Palagonia in Sicilia, nel Comprensorio Calatino Sud Simeto, il quale conta circa 144 mila abitanti distribuiti in quindici Comuni. Tale esperienza è stata presentata da Barone, Morretta e Gulino in un articolo del 2017 scritto per la rivista di psichiatria *Nuova rassegna di studi psichiatrici*.²⁰ Si tratta di un progetto di sperimentazione in collaborazione con il

²⁰ R. Barone, A. Morretta, E. Gulino, *Open dialogue. Un intervento innovativo con la famiglia e la rete sociale nel Dipartimento di Salute Mentale di Caltagirone – Palagonia, Nuova rassegna di studi psichiatrici* – rivista online di psichiatria, Vol. 14, 6 aprile 2017, www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it.

CNR, avviato nel 2015, volto a verificare l'applicabilità dell'Open Dialogue Approach nel nostro contesto socio – culturale ed economico. L'introduzione dell'Open Dialogue è stata preceduta da un periodo di formazione che ha coinvolto, in una prima fase, due operatori del Dipartimento di Salute Mentale di Caltagirone – Palagonia, i quali sono stati avviati all'approccio dell'Open Dialogue. In una seconda fase, la formazione si è rivolta anche ad altri operatori del medesimo servizio (psichiatri, tecnici della riabilitazione psichiatrica, psicologi, infermieri, assistenti sociali), sotto la supervisione dei primi due. La formazione di più operatori ha offerto la possibilità di costituire équipes di quattro professionisti (due conduttori e due membri del team riflessivo), cosa che ha permesso una maggiore polifonia nel corso della riunione di cura, in accordo con uno dei dodici elementi chiave della Pratica Dialogica nel Dialogo Aperto. I casi seguiti nel 2016, in un periodo di tempo compreso tra marzo e dicembre, sono stati 30, 6 dei quali nel corso di un ricovero ospedaliero già in atto. In tale contesto è stata predisposta da un gruppo di infermieri una scheda di primo contatto per individuare i nuovi casi di esordio psicotico avente lo scopo di intervenire entro ventiquattro ore dalla richiesta di intervento, così come stabilito dal primo dei sette principi del Dialogo Aperto. In alcuni casi, il primo contatto è avvenuto in ambulatorio o, su specifica richiesta da parte della famiglia, presso il domicilio del paziente; l'équipe mobile di intervento in caso di crisi costituitasi all'inizio del percorso terapeutico ha poi garantito riunioni di cura basati sulla Pratica Dialogica con la partecipazione delle famiglie dei pazienti e delle loro reti sociali, nonché ha assunto la responsabilità del caso preso in carico. La responsabilità dell'équipe dei professionisti risiede anche nella capacità di aiutare la famiglia a ritrovare il dialogo e a farla sentire agente del trattamento di cura. Gli autori parlano di un'esperienza nel complesso contraddistinta da note positive dati il minor numero di ricoveri ospedalieri, la notevole riduzione dell'assunzione di psicofarmaci, il migliorato clima fra gli operatori del servizio e il maggior coinvolgimento delle famiglie dei pazienti. Desideriamo riportare, a conclusione della presentazione di questo tentativo di successo di trasferimento dell'Open Dialogue Approach al di fuori del territorio finlandese, le parole degli autori dell'articolo sopraccitato, parole che ben descrivono il fulcro vitale di questo approccio:

In sintesi possiamo dire che siamo i “visitatori” delle persone che ci danno il permesso di visitare la loro vita, ma noi non siamo gli individui più significativi nella loro vita. È più importante che i pazienti siano compresi dai loro familiari o dai propri amici e conoscenti. È così che il paziente riesce a farsi capire e ascoltare e valorizzare come persona. È un tipo di supervisione particolare perché devi fare in modo che risulti utile al paziente e alla famiglia.²¹

²¹ R. Barone, A. Morretta, E. Gulino, *op. cit.*

CAPITOLO II

L'Open Dialogue Approach in Polonia

2.1 Dai primi passi ad una più ampia diffusione

Attualmente, l'approccio del Dialogo Aperto viene sperimentato anche in altri Paesi. Come visto dettagliatamente nel capitolo precedente, esso richiede personale adeguatamente formato e in numero consistente, un sistema di cura organizzato in modo puntuale e attento ai bisogni dei pazienti e della loro rete familiare e sociale, nonché un allontanamento radicale da certi stereotipi che condannano le persone affette da psicosi. Con stereotipi si intende per esempio il frequente atteggiamento della società di far decadere il ruolo sociale dei pazienti in questione o quello di ritenere che il trattamento di cura debba avvenire per forza di cose nell'ambito di una ospedalizzazione; certamente, nel caso in cui questa si renda indispensabile, l'Open Dialogue Approach punterà però ad un ricovero ospedaliero breve.

L'esperienza finlandese, cui ha fornito un grosso contributo sia in termini teorici che pratici il professor Jaakko Seikkula, ha dimostrato come sia importante coinvolgere in modo diretto nel processo di cura l'ambiente naturale del paziente, in quanto ciò permette di offrirgli una certa stabilità e una certa continuità con la sua vita precedente all'esperienza psicotica, nonché il fatto, non meno importante, di subire una minor stigmatizzazione da parte della società. Tutto questo, insieme ai risultati estremamente positivi raggiunti in quanto a tasso di guarigione, di ospedalizzazione e di ricaduta, ha fatto sì che altri Paesi venissero invogliati ad intraprendere tale pratica in casa propria.

In Polonia si parla di Dialogo Aperto dal 2011, in seguito al I e al II Forum di Psichiatria Comunitaria, tenutisi entrambi a Breslavia rispettivamente il 17 e 18 ottobre 2011 e il 17 e 18 ottobre 2012.

Il I Forum di Psichiatria Comunitaria, dal titolo significativo di "Svegliamo la speranza",¹ è stato organizzato dalla Consulente regionale di psichiatria, la psichiatra Ewa Bartecka – Piłsiewicz, e dalla Akademia Rozwoju i Przedsiębiorczości (Accademia dello Sviluppo e dell'Imprenditorialità),

¹ Denominazione in lingua originale: I Wrocławskie Forum Psychiatrii Środowiskowej – „Obudźmy nadzieję”, www.otwartydialog.pl/dzialalnosc-fundacji/wydarzenia-nowosci.

in stretta collaborazione con la Sezione di Psichiatria Comunitaria di Breslavia e altre istituzioni, tra cui va menzionata la Fondazione PIOD,² attiva in ambito psichiatrico dal 2011 su iniziativa di alcune famiglie originarie di Breslavia e della Bassa Slesia, il cui desiderio era quello di creare dignitose condizioni di vita, istruzione e lavoro, oltre ad un percorso di guarigione, per tutti coloro che hanno fatto esperienza di disturbi psichici. Vi hanno preso parte oltre trecento persone tra beneficiari, loro famiglie, psichiatri e terapeuti, provenienti da varie città della Polonia e dalla Norvegia. Da Cracovia è arrivato un gruppo di pazienti dell'Associazione Otwórcie Dźrwi, i quali hanno evidenziato il ruolo della motivazione che stimola e sostiene lo sforzo necessario al fine di uscire dalla malattia mentale.

Si è trattato di un meeting eccellente dal punto di vista del programma proposto, ricco di interventi incentrati su diversi aspetti della psichiatria comunitaria aventi tutti una prospettiva speranzosa e molto vicina al paziente. Sono intervenuti professori, medici, persone che hanno portato la loro testimonianza di guarigione dalla psicosi e un sacerdote. Sono stati previsti anche alcuni momenti destinati alla discussione, cui hanno preso parte i membri di ciascun gruppo di appartenenza (beneficiari, loro famiglie, psichiatri e terapeuti). Ed è proprio questa la linfa vitale che anima la psichiatria comunitaria: una stretta collaborazione tra questi tre gruppi, collaborazione che Bogdan De Barbaro,³ professore di psichiatria del Collegium Medicum dell'Università Jagellonica di Cracovia classe 1949, ha definito "triplice alleanza terapeutica". Si è fatto ricorso all'immagine del patto militare stipulato tra gli imperi di Austria e Germania e il Regno d'Italia per rappresentare il legame di aiuto e appoggio reciproci che, instaurato tra i beneficiari, le loro famiglie e i professionisti, può sorreggere nella sofferenza provocata dalla malattia e nel processo di guarigione. L'intervento di De Barbaro al I Forum di Psichiatria Comunitaria, intitolato proprio "Triplice alleanza terapeutica – il potere della collaborazione",⁴ si è focalizzato proprio su tale cooperazione e sulla sua rilevanza nel trattamento di cura, sottolineando più volte l'indispensabilità della psicoterapia, l'influenza favorevole che può avere la famiglia del paziente nel decorso della malattia e la necessità di considerare il paziente come una persona. Nell'ambito di tale collaborazione si intrecciano le esperienze personali del paziente, le esperienze professionali del

² Polski Instytut Otwartego Dialogu (Istituto Polacco di Dialogo Aperto).

³ Il cognome rivela le origini italiane dei suoi antenati veneziani. Conclusi gli studi in medicina a Varsavia, De Barbaro ottiene il grado di dottore abilitato in scienze mediche presso la facoltà di medicina dell'Università Jagellonica con una dissertazione in cui mirava a proporre un approccio sistemico per le famiglie costrette a vivere la schizofrenia. Attualmente è il responsabile dell'Istituto di terapia familiare della cattedra di psichiatria presso il Collegium Medicum dell'Università Jagellonica e professore ordinario del dipartimento; è membro della direzione della Società polacca di Psichiatria (Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, in sigla PTP). I suoi studi e i suoi scritti rivelano un interesse particolare nei confronti della psichiatria, della psicoterapia e della terapia familiari. A tal proposito, tra gli altri, ricordiamo: *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny* (Wyd. Collegium Medicum UJ 1994), *Pacjent w swojej rodzinie* (Wyd. Springer PWN 1997), *Schizofrenia w rodzinie* (Wyd. UJ 1999).

⁴ Titolo dell'intervento in lingua originale „Trójprzymierze terapeutyczne – potęga współpracy”, www.otwartydialog.pl/dzialalnosc-fundacji/wydarzenia-nowosci.

terapeuta e le esperienze relazionali della famiglia. In tale contesto, De Barbaro afferma l'esistenza di differenti modelli terapeutici, scuole e prospettive, ma che l'efficacia di una qualsiasi terapia dipende unicamente dalla relazione terapeutica. Chiaramente, come specificato dal professore stesso, la relazione terapeutica scaturisce, da un lato, dalle possibilità e dai bisogni del paziente, dall'altro, dal grado di sensibilità del terapeuta nei confronti della prospettiva del paziente e dal livello di importanza che per lui riveste la teoria a cui fa riferimento. Il modello teorico d'orientamento, come affermato da De Barbaro, dovrebbe essere una fonte di ispirazione per il terapeuta, non un dogma. La prima cosa da tenere ben presente è l'utilità della terapia, perciò, e soprattutto se necessario ai fini della buona riuscita del trattamento di cura, è consigliata una pluralità di fonti di ispirazione. Proprio in tale occasione, De Barbaro ha proposto i modelli scandinavi elaborati da Alanen e Seikkula come esempi pratici, sottolineando alcuni loro aspetti significativi. Il Need – Adapted Approach di Yrjö Alanen concepisce l'insieme delle attività terapeutiche da destinare al beneficiario come un qualcosa da adattare alle esigenze mutevoli del paziente e della sua famiglia, andando a proporre un trattamento di cura a lungo termine da monitorare continuamente; inoltre, si tratta di un modello che mette in primo piano la psicoterapia e che accetta di buon grado una complementarietà di più approcci. Quello ideato da Seikkula sulla scorta di quanto formulato a partire dalla fine degli anni '60 del secolo scorso in Finlandia, spiega il professore dell'Università Jagellonica, è un approccio da impiegare con i pazienti che presentano un primo episodio di schizofrenia e che si fonda sull'adeguamento del trattamento di cura ai bisogni del paziente e sulla pratica del Dialogo Aperto; esso richiede una formazione triennale del personale professionista nell'ambito della terapia familiare. De Barbaro ha indicato anche dati molto incoraggianti riguardanti l'efficacia dell'Open Dialogue Approach di Seikkula.

Le persone che in tale contesto hanno voluto condividere la propria esperienza di sofferenza nella malattia e la propria testimonianza di guarigione sono coloro che maggiormente hanno alimentato la speranza, in perfetta sintonia con lo spirito del I Forum di Psichiatria Comunitaria. “Alla fine del tunnel c'è sempre la luce” è il messaggio forte mandato ai beneficiari e alle loro famiglie; questa sorta di slogan è anche il titolo dell'intervento⁵ di Aleksandra Kożuszek, paziente del professor De Barbaro e del dottor Andrzej Cechnicki, affetta per lunghi anni da grave psicosi e più volte ricoverata presso la clinica psichiatrica di Cracovia. Nell'articolo da lei scritto due mesi dopo la sua partecipazione al I Forum di Psichiatria Comunitaria di Breslavia su *Dla Nas*, rivista che si occupa degli ambienti che agiscono a favore delle persone affette da malattie psichiche, afferma:

⁵ Titolo dell'intervento in lingua originale: „Na końcu tunelu jest zawsze światło”, www.otwartydialog.pl/dzialalnosc-fundacji/wydarzenia-nowosci.

La testimonianza è il modo migliore per trasmettere la speranza alle persone che ne hanno bisogno. Dopo aver condiviso la mia esperienza di guarigione dalla malattia una coppia è venuta a ringraziarmi per la speranza risvegliata, esprimendo il desiderio di poter vedere un giorno il loro figlio malato dare una simile testimonianza.⁶

A distanza di una sola settimana dal I Forum, ben quarantasei persone avevano presentato l'iscrizione alla riunione in cui presentare idee e discutere su come sviluppare la psichiatria comunitaria nel contesto nazionale. Il I Forum di Psichiatria Comunitaria aveva dunque suscitato un certo interesse.

In seguito al II Forum di Psichiatria Comunitaria, organizzato nell'ambito della campagna socio – educativa “Dni Solidarności z Osobami z Doświadczeniem Choroby Psychiczej” (Giorni di solidarietà con le persone aventi esperienza di malattia psichica) con lo scopo di affrontare la questione relativa al miglioramento della qualità dei servizi di sostegno psichiatrico, in Polonia si è iniziato a parlare via via più largamente di Dialogo Aperto. Al meeting, intitolato “La potenza della famiglia!”,⁷ hanno preso parte professori provenienti da diverse zone della Polonia, nonché professori dalla Finlandia, dalla Germania e dalla Norvegia. Sottolineare l'importanza del ruolo della famiglia nella vita quotidiana di tutti, e in modo particolare nella vita di quanti vivono la malattia mentale, si è rivelato enormemente costruttivo.

L'intervento del professor De Barbaro si è concentrato proprio sul ruolo della famiglia nel processo di guarigione del paziente affetto da psicosi:⁸ la sofferenza colpisce non solo il paziente, ma pure la sua famiglia, e le conseguenze della malattia mentale, siano esse le difficoltà da essa derivanti, la sofferenza o la stigmatizzazione, le devono affrontare anche gli altri membri della famiglia. De Barbaro si pone come forte sostenitore della partecipazione, del sostegno e dell'accettazione da parte di tutti i cari del paziente al fine di un positivo decorso della malattia psichica.

Il professor Jacek Wciórka dell'Istituto Psichiatrico e Neurologico di Varsavia, voce del primo intervento del II Forum,⁹ in realtà si è soffermato su un altro aspetto importante in campo psichiatrico, ovvero sull'espressione verbale più adatta da utilizzare: la ricchezza del lessico offre la possibilità di scegliere parole che appesantiscono meno la crisi in atto, perciò è necessario evitare parole ed espressioni che aumentano il senso di mancanza di speranza, di incertezza e di inutilità.

⁶ A. Kożuszek, *Obudźmy nadzieję* in *Dla Nas* – Czasopismo Środowisk Działających na Rzecz Osób Chorujących Psychicznie, nr 25, dicembre 2011, p. 3. Articolo disponibile anche online all'indirizzo www.otworzyciedrzwi.org nella sezione Czasopismo "Dla Nas".

⁷ Denominazione in lingua originale: II Wrocławskie Forum Psychiatrii Środowiskowej – „Potęga rodziny!”, www.otwartydialog.pl/dzialalnosc-fundacji/wydarzenia-nowosci.

⁸ Titolo dell'intervento in lingua originale: „Rola rodziny w zdrowieniu” (Il ruolo della famiglia nel processo di guarigione), www.otwartydialog.pl/dzialalnosc-fundacji/wydarzenia-nowosci.

⁹ Titolo dell'intervento in lingua originale: „Język psychiatrii – czy mamy wybór?” (La lingua della psichiatria – abbiamo una scelta?), www.otwartydialog.pl/dzialalnosc-fundacji/wydarzenia-nowosci.

Già l'utilizzo della parola "sofferenza" al posto di "malattia" permette di inquadrare e di affrontare la situazione da un'altra ottica.

Come accaduto al I Forum di Psichiatria Comunitaria nell'ottobre 2011, anche nel corso del II Forum le testimonianze di guarigione dalla psicosi sono state molto toccanti. La condivisione di quanto si è vissuto consente una miglior comprensione dei fattori che incidono sul processo di guarigione. Aleksandra Kożuszek durante il suo intervento¹⁰ ha voluto condividere con i presenti le esperienze di grande sofferenza da lei vissute, raccontando della comparsa dei primi sintomi della psicosi, dei vari ricoveri, delle diverse diagnosi, della vicinanza dei famigliari e degli amici, della fede in Dio, e di aver poi imparato a controllare il proprio umore, cercando di mantenere un certo equilibrio tra i momenti di attività e i momenti di riposo. A conclusione del suo intervento cita un passo di Kahlil Gibran sulla gioia e il dolore, un passo pieno di speranza che fa da fil rouge con il tema centrale del I Forum di Psichiatria Comunitaria: "Quando siete felici, guardate in fondo al vostro cuore e scoprirete che è solo quello che vi ha procurato dolore a darvi gioia".¹¹

Altro intervento degno di nota, in particolare per il successivo riscontro avutosi in territorio polacco, è quello a cura di Burkhard Broege¹² dell'organizzazione tedesca PINEL con sede a Berlino, la quale elabora e propone iniziative destinate ai pazienti con disturbi psichici. In tale sede, egli ha presentato il programma tedesco denominato EX – IN, abbreviazione per Experienced – Involvement, che coinvolge nel processo di cura rivolto a pazienti affetti da psicosi persone con alle spalle un'esperienza psicotica dalla quale poi sono guariti. Questi potranno condividere con gli altri le proprie dolorose vicende, le proprie osservazioni, e proporre trattamenti di cura più adeguati alle singole situazioni data la conoscenza acquisita attraverso l'esperienza diretta. Il coinvolgimento di questi ultimi aiuta gli specialisti a comprendere meglio i disturbi psichici e a mettere a punto trattamenti di cura nuovi e migliorati, nonché una maggiore vicinanza a quanti vivono la psicosi. È necessaria una formazione annuale di queste figure, indispensabile per ricoprire contestualmente il ruolo di esperti e di aiutanti dei pazienti nel percorso verso la guarigione. Nello stesso tempo, ciò offre loro una possibilità lavorativa, nonché l'eventualità di un ulteriore progresso nel ruolo di esperti e quella di diventare membri dei gruppi terapeutici che seguono i trattamenti di cura. Tale percorso si basa sulle concrete esperienze dei singoli partecipanti al programma di formazione. L'intero sistema di formazione orientato alla guarigione dalla psicosi è stato elaborato fin dal 2005

¹⁰ Titolo dell'intervento in lingua originale: „Jak zaistnieć na nowo?” (Come rinascere?), www.otwartydialog.pl/dzialalnosc-fundacji/wydarzenia-nowosci.

¹¹ K. Gibran, *Il profeta*, trad. di P. Ruffilli, Edizioni San Paolo, Milano 1989, p. 75.

¹² Titolo dell'intervento in lingua polacca: „Zdrowienie dzięki nauce – prezentacja rocznego kursu dla osób doświadczonych – zaangażowanych”, moduł Zdrowienie (La guarigione grazie alla scienza – presentazione del corso annuale per le persone coinvolte aventi esperienza, modulo La guarigione).

dai tedeschi, in collaborazione con altri sei Paesi. Il programma EX – IN ha saputo evidenziare che è dunque possibile sfruttare esperienze traumatiche e di grande sofferenza per il bene degli altri.

L'ospite più atteso al II Forum di Psichiatria Comunitaria è stato indubbiamente l'ideatore dell'Open Dialogue Approach il professor Jaakko Seikkula, il quale ha presentato il trattamento di cura delle psicosi fondato sul Dialogo Aperto,¹³ nonché guidato, insieme al dottor Werner Schuetze, che adotta tale metodo presso la Havelland Kliniken in Germania, un seminario e dei laboratori in cui i partecipanti hanno potuto conoscere più da vicino e più concretamente il metodo finlandese, alla cui base vi è anzitutto l'accettazione. L'ascolto profondo che si dà al paziente, l'intervento immediato, il trattamento di cura adattato ai mutevoli bisogni del paziente e della sua famiglia, l'integrazione di più metodi terapeutici, il forte coinvolgimento della famiglia e della rete sociale del paziente e i risultati positivi ed incoraggianti raggiunti hanno generato in molti la voglia di introdurre la pratica del Dialogo Aperto in territorio polacco. Questo anche perché tutto ciò si è dimostrato essere una valida alternativa all'ospedalizzazione di lungo termine, permettendo così una maggiore sostenibilità economica dei servizi sanitari pubblici.

La Fondazione PIOD, grazie ad una forte motivazione dei suoi componenti e ad una buona cooperazione con le autorità locali, fin dall'inizio ha perseguito con tenacia il suo obiettivo primario, vale a dire quello di offrire una opportunità di guarigione a qualsiasi persona si trovi in una condizione di sofferenza dal punto di vista della salute mentale. Oltre ad aver contribuito all'organizzazione del I e del II Forum di Psichiatria Comunitaria tenutisi a Breslavia, nel 2012 l'Istituto Polacco di Dialogo Aperto ha avviato una collaborazione con il PINEL di Berlino, vista la sua quarantennale esperienza nel processo di cura di persone affette da psicosi e in attività sociali ad esso legate; tale collaborazione ha consentito a tre terapeuti di Breslavia di prendere parte al corso di Dialogo Aperto organizzato a Berlino. L'Istituto Polacco di Dialogo Aperto, rimanendo fedele al suo obiettivo primario, ha preso parte al programma internazionale Leonardo¹⁴ di durata biennale (2013-2015), di cui è anche coordinatore, per lo scambio di esperienze riguardanti l'impiego dell'approccio del Dialogo Aperto tra dieci istituti di cura psichiatrica con sede in sei Paesi europei (Austria, Danimarca, Finlandia, Germania, Norvegia e Polonia). Il programma prevede anche la partecipazione a conferenze internazionali sul tema, visite da parte dei rappresentanti dei Paesi partner, un programma di ricerca congiunto, l'organizzazione di progetti di formazione, nonché la continua formazione e crescita dei professionisti. Il programma ha visto dare i suoi frutti

¹³ Titolo dell'intervento in lingua polacca: „Podejście oparte na Otwartym Dialogu – znaczenie rodziny i sieci społecznej pacjenta w leczeniu psychoz” (L'approccio basato sul Dialogo Aperto – il significato della famiglia e della rete sociale del paziente nella cura delle psicosi), www.otwartydialog.pl/dzialalnosc-fundacji/wydarzenia-nowosci.

¹⁴ Denominazione del programma in lingua polacca: „Europejskie partnerstwo na rzecz upowszechniania praktyk otwartego dialogu w leczeniu pacjentów w psychozie” (Partenariato europeo per la promozione di pratiche di dialogo aperto nel trattamento di pazienti affetti da psicosi).

nell'ottobre 2014 con la realizzazione in Polonia, precisamente a Breslavia e a Varsavia, di due corsi specifici di durata annuale per acquisire competenze relative all'impiego dell'approccio del Dialogo Aperto.¹⁵ Attualmente, è organizzato un corso di formazione anche a Cracovia. La formazione di base richiede la partecipazione nell'arco di un anno a otto incontri di due giorni ciascuno volti all'apprendimento dell'approccio del Dialogo Aperto. In tale sede, i partecipanti hanno la possibilità di cogliere un cambiamento a livello interiore circa il loro contatto con i beneficiari, un contatto che si fa via via più empatico; inoltre, essi acquisiscono maggiore sensibilità rispetto ai segni non verbali e una migliore capacità di gestione delle incertezze che si presentano nelle diverse situazioni terapeutiche. È stato anche elaborato un corso avanzato rivolto a quanti hanno già maturato un'esperienza biennale di Dialogo Aperto. È doveroso dunque sottolineare ancora una volta l'importanza data alla formazione del personale, questo sulla scorta dell'esperienza dei colleghi tedeschi e dell'interesse in merito da parte del professor Seikkula, di frequente ospite delle conferenze e dei seminari organizzati in Polonia.

Altra cosa importante scaturita dalla collaborazione con i partner tedeschi consiste nel coinvolgimento della Fondazione PIOD nel programma pluriennale EX – IN, ovvero Experienced – Involvement, citato sopra. Le persone che in passato si sono trovate in una condizione di disagio mentale, e che da questa ne sono uscite, diventano figure denominate esperti attraverso l'esperienza, questo in seguito alla partecipazione ad un programma formativo di un anno durante il quale acquisiscono competenze professionali in preparazione al ruolo che ricopriranno negli enti di cura psichiatrica, dove poi saranno chiamati a portare la propria esperienza di sofferenza e la propria testimonianza, nonché a collaborare con team terapeutici. Il primo programma formativo realizzato ha visto la partecipazione di venti persone. L'ultima iniziativa della Fondazione riguarda la costituzione di un Centro di studi della psiche umana,¹⁶ che ha lo scopo di educare la società intera quanto a comprensione della psiche umana e della sofferenza psichica, nonché alla prevenzione dell'insorgenza di disturbi mentali e allo sviluppo della capacità di aiuto. Chiaramente, operare in un contesto internazionale ha permesso alla Fondazione PIOD di familiarizzare con i cambiamenti avvenuti nel sistema psichiatrico in molti Paesi europei e negli Stati Uniti; in particolare, le ha consentito di cambiare radicalmente lo sguardo rivolto alla psicosi e di spingersi verso nuovi orizzonti: da una maggiore concentrazione sulla malattia si è passati ad una maggiore concentrazione sul processo di recupero, sfruttando buoni metodi già sperimentati in altri Paesi, tra cui l'approccio del Dialogo Aperto.

¹⁵ Denominazione dei corsi in lingua originale: „Otwarty Dialog i rozwój sieci społecznych w sytuacji kryzysu psychicznego” (Il Dialogo Aperto e lo sviluppo delle reti sociali in caso di crisi psichica).

¹⁶ Studium Psychiki Człowieka.

Nel 2015, Aldona Krawczyk, Andrzej Solarz e Jacek Wciórka, afferenti alla I Clinica Psichiatrica dell'Istituto di Psichiatria e Neurologia di Varsavia (Instytut Psychiatrii i Neurologii, in sigla IPiN), scrivono che al momento non esistono pubblicazioni contenenti i risultati di studi condotti in Polonia circa l'efficacia e l'utilità dell'Open Dialogue Approach.¹⁷ Nel loro lavoro elencano le quattro tappe che, secondo i professionisti polacchi dell'ambito della psichiatria comunitaria, potrebbe attraversare l'introduzione dell'ODA in Polonia, tenendo presente che le prime due tappe hanno già raggiunto un pieno compimento:

- 1) la formazione del personale;
- 2) la gestione di programmi modello destinati a gruppi prestabiliti in aree selezionate;
- 3) la conduzione di studi corretti dal punto di vista metodologico e approfonditi nel contenuto, in grado di valutare l'efficacia degli interventi;
- 4) la proposta finale, sulla base dei risultati degli studi di cui al punto sopra, circa la diffusione del Dialogo Aperto nei trattamenti di cura.

Ad oggi, l'approccio del Dialogo Aperto viene adottato in alcuni centri presenti sul suolo polacco. Uno dei primi ad averlo sperimentato è il Dzienny Ośrodek Psychiatrii i Zaburzeń Mowy dla Dzieci i Młodzieży (Centro diurno di psichiatria e dei disturbi del linguaggio per bambini e giovani) di Breslavia, dove i team che avevano in carico i trattamenti di cura offrivano sostegno ai pazienti di giovane età e alle loro famiglie. Nell'aprile 2013 è stata avviata la realizzazione di un progetto di psichiatria comunitaria,¹⁸ rivolto sempre a bambini e giovani, che garantiva, tramite tre équipes di intervento, un trattamento di cura adattato ai bisogni del paziente basato sulle risorse della rete familiare e sociale; un anno dopo, tale progetto ha attraversato una fase di grande sviluppo per quanto riguarda il modello di cura, rafforzando ulteriormente il coinvolgimento della rete sociale dei pazienti. Altro centro in cui avvengono incontri di cura che coinvolgono i pazienti e le loro reti familiari e sociali si trova a Koszalin, in Pomerania occidentale; si tratta del Środkowopomorskie Centrum Zdrowia Psychicznego MEDiSON, un istituto specialistico privato di cura psichiatrica comprendente reparti psichiatrici e ambulatori di salute mentale il cui funzionamento si fonda sul contatto diretto con le famiglie e l'ambiente circostante dei pazienti. In tale istituto opera la Fondazione per persone con disturbi mentali Nowe Życie, che in collaborazione con il Centro comunale di assistenza sociale ha organizzato a Koszalin quattro Forum di Psichiatria Comunitaria,

¹⁷ A. Krawczyk, A. Solarz, J. Wciórka, *Otwarty dialog w kryzysie psychotycznym*, Med. Prakt. Psychiatria, Ośrodek Terapii w Środowisku I Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, 2015, 2: pp. 84 - 91.

¹⁸ Denominazione del progetto in lingua originale: „Psychiatria środowiskowa dla dzieci i młodzieży – nowa jakość. Leczenie dostosowane do potrzeb pacjenta w oparciu o zasoby rodzinne i sieci społeczne” (Psichiatria comunitaria per bambini e giovani – una qualità rinnovata. Un trattamento di cura adattato ai bisogni del paziente sulla base delle risorse della rete familiare e sociale).

l'ultimo dei quali il 18 ottobre 2016.¹⁹ Altri incontri terapeutici di questo tipo vengono condotti presso il Reparto di prevenzione delle ricadute dell'Istituto di Psichiatria e Neurologia di Varsavia, nonché presso il Reparto psichiatrico per bambini e giovani dell'Ospedale specialistico provinciale Gromkowski di Breslavia (Oddział Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. J. Gromkowskiego). Pure la Fondazione PIOD, attraverso il proprio personale e la propria équipe mobile di intervento, segue il trattamento di cura di un gruppo di pazienti eterogeneo quanto a diagnosi (es. disturbi del comportamento alimentare, disturbi dell'umore, etc.), coinvolgendo la loro rete familiare; si tratta soprattutto di pazienti al loro esordio psicotico, cui si garantiscono, almeno in una fase iniziale, da uno a due incontri di cura settimanali, per poi adeguare il trattamento di cura ai bisogni dei beneficiari.

Il personale impiegato nei centri menzionati nel paragrafo precedente ha fatto delle valutazioni positive in merito all'utilizzo dell'approccio del Dialogo Aperto nel contesto polacco, valutazioni che sono state riportate dai professionisti Krawczyk, Solarz e Wciórka nel loro scritto del 2015 sul Dialogo Aperto.²⁰ L'Open Dialogue Approach viene descritto come un approccio capace di rendere migliore la qualità del lavoro di tutti i professionisti coinvolti (dagli psichiatri agli psicologi, dagli infermieri ai singoli membri dell'équipe terapeutica), nonché di migliorare la vita quotidiana delle famiglie beneficiarie. Le altre considerazioni positive si collocano sulla scia degli effetti positivi garantiti dai sette principi del Dialogo Aperto, poiché riguardano la rilevanza e l'efficacia rivestite dalla continuità psicologica, l'equivalente importanza di tutte le voci presenti agli incontri che inevitabilmente richiede un grande rispetto reciproco oltre ad un ascolto profondo dell'altro, la condivisione dei propri dubbi e delle proprie esigenze durante gli incontri di cura. Certamente, esistono nel contesto polacco anche delle difficoltà con cui fare i conti: limiti economici e giuridico – amministrativi che ostacolano lo sviluppo del sistema di cura psichiatrica, la durata dei contratti di lavoro del personale addetto ai servizi di cura psichiatrica e la mancanza di una fluida trasmissione di informazioni tra le singole istituzioni coinvolte (es. servizi sociali, scuola, etc.).

I fini prestabiliti, per il quadriennio 2011-2015, dal Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, in sigla NPOZP, equivalente in Italia al cosiddetto Piano di azioni nazionale per la salute mentale, in sigla PANSM, sono suddivisi in due categorie: fini principali e fini particolari. Tra i primi spicca indubbiamente quello di “garantire alle persone con disturbi mentali una assistenza sanitaria multilaterale e universalmente accessibile, nonché altre forme di cura e di aiuto

¹⁹ Denominazione in lingua originale: IV Koszalińskie Forum Psychiatrii Środowiskowej – „Razem czy osobno. Dialog o reformie psychiatrii” (Insieme o separatamente. Dialogo sulla riforma della psichiatria), www.medison.com.pl/konferencje-i-szkolenia.html.

²⁰ A. Krawczyk, A. Solarz, J. Wciórka, *op. cit.*, pp. 90 – 91.

necessarie per vivere in un ambiente familiare e sociale”;²¹ nella sfera di competenza di tale fine rientrano quattro fini particolari:

- a) “la diffusione di un modello comunitario di assistenza sanitaria psichiatrica”;
- b) “la diffusione di differenti forme di aiuto e sostegno sociale”;
- c) “l’attivazione professionale delle persone con disturbi mentali”;
- d) “il coordinamento di diverse forme di cura e aiuto”.²²

Stando al suddetto documento ufficiale del Consiglio dei Ministri, sembra dunque esserci spazio nel contesto polacco per l’introduzione e la promozione dell’approccio del Dialogo Aperto, anzi, usando le parole di Krawczyk, Solarz e Wciórka:

L’adozione del Dialogo Aperto può essere una risposta interessante e un approccio in grado di integrare le diverse istituzioni che forniscono assistenza nel quadro del Fondo Sanitario Nazionale e dei servizi sociali. [...] È un’iniziativa di valore, tuttavia le rigide risoluzioni del sistema e le limitazioni economiche e giuridico – amministrative esistenti ostacolano in modo abbastanza significativo la realizzazione di tale iniziativa.²³

La Corte Suprema di Controllo, in polacco Najwyższa Izba Kontroli (in sigla NIK), ha dichiarato fallimentare l’esperienza concreta e sostanziale del Piano di azioni nazionale per la salute mentale previsto per il 2011-2015. Sul sito ufficiale della Corte Suprema di Controllo, il 27 gennaio 2017 è stato pubblicato a tal proposito un articolo dal titolo eloquente *Fiasko Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Il fiasco del Piano di azioni nazionale per la salute mentale)*,²⁴ ma l’allarme circa il rischio di insuccesso era stato dato dalla Corte stessa già nel 2012. Secondo il parere della Corte, i fini e i compiti indicati nel Piano di azioni nazionale per la salute mentale previsto per il 2011-2015 non sono stati rispettati né dall’amministrazione pubblica né dalle autorità locali. Non si è riusciti a ridurre l’incidenza dei rischi per la salute mentale, né a migliorare la qualità della vita delle persone con disturbi mentali e delle relative famiglie, né tanto meno ad assicurare loro una maggiore integrazione sociale; nell’arco del quadriennio non è nemmeno stata ottimizzata la disponibilità dei servizi di cura psichiatrica, così come non si è riusciti ad affrontare con esiti positivi il problema delle morti per suicidio. Tutto ciò viene principalmente imputato alla mancata pianificazione delle risorse finanziarie necessarie – risorse comunque da considerarsi

²¹ *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego*, Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28. grudnia 2010 r., Ministerstwo Zdrowia, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa 2011, p. 3.

²² *Ibid.*

²³ A. Krawczyk, A. Solarz, J. Wciórka, *op. cit.*, p. 91.

²⁴ Articolo disponibile sul sito della Corte Suprema di Controllo (Najwyższa Izba Kontroli) www.nik.gov.pl, nella sezione Aktualności.

disponibili in quantità inadeguata –, ad un'inefficace coordinazione del Piano di azioni nazionale per la salute mentale nel suo insieme, ad una cattiva organizzazione dei servizi di cura psichiatrica dovuta in parte anche alla carenza di personale, così come alla genericità di parte dei fini e dei compiti previsti dal Piano stesso. Le verifiche condotte dalla Corte Suprema di Controllo hanno messo in luce la mancata realizzazione di un progetto chiave previsto dal Piano di azioni nazionale per la salute mentale, vale a dire la creazione dei Centri di Salute Mentale,²⁵ i quali avrebbero dovuto rispondere sul campo agli obiettivi prefissati dal Piano stesso. Tale insuccesso deriva ancora una volta dal mancato sostegno, anche in termini finanziari, da parte del Ministero della Sanità alle autorità locali; un ulteriore scoglio può essere rappresentato dalla carenza di operatori impiegati nel campo dell'assistenza psichiatrica. Le conclusioni della Corte Suprema di Controllo riportate nel succitato articolo concordano con la posizione dei professionisti Krawczyk, Solarz e Wciórka in merito allo stato dei servizi di assistenza psichiatrica in Polonia: l'organizzazione generale del sistema di cura e le limitate risorse finanziarie disponibili costituiscono un grosso ostacolo all'accessibilità e allo sviluppo delle prestazioni sanitarie per i pazienti affetti da disturbi psichici. La Corte Suprema di Controllo ripone le sue speranze nel Piano di azioni nazionale per la salute mentale previsto per il 2017-2022, confidando in fonti di finanziamento che garantiscano l'attuazione degli obiettivi disciplinati dal nuovo Piano e nell'intervento del Ministero della Salute in attività delicate, quali l'analisi accurata dei problemi verificatisi nel periodo 2011-2015, lo svolgimento di programmi pilota per testare nuove soluzioni, la disposizione di nuove leggi che assicurino il corretto funzionamento e il finanziamento del modello comunitario di assistenza sanitaria psichiatrica, la regolamentazione relativa alla preparazione del personale addetto ai Centri di Salute Mentale previsti, il coordinamento dell'attuazione delle attività predisposte dal nuovo Piano di azioni nazionale per la salute mentale, nonché il loro costante monitoraggio e la loro valutazione. I professionisti Krawczyk, Solarz e Wciórka, invece, si focalizzano sulle possibilità di implementazione dell'approccio del Dialogo Aperto nel contesto nazionale e a tal proposito scrivono:

Affinché la realizzazione di programmi ODA possa essere possibile, è molto importante il cambiamento dei regolamenti concernenti il finanziamento dell'assistenza psichiatrica. [...] I professionisti che praticano l'ODA nel contesto polacco incontrano molte difficoltà (mancanza di personale, deficit organizzativo e finanziario), ma dall'altro lato vedono anche i risultati misurabili del proprio lavoro e i vantaggi concreti a favore dei pazienti e dei loro cari.²⁶

Sulla validità dell'Open Dialogue Approach sono concordi anche gli studiosi Błądziński, Bogacz, Cechnicki, Cichocki del gruppo di ricerca sulla schizofrenia di Cracovia: essi sono a favore

²⁵ In polacco: Centra Zdrowia Psychicznego (in sigla CZP).

²⁶ A. Krawczyk, A. Solarz, J. Wciórka, *op. cit.*, p. 91.

del modello finlandese da intendere come modello standard raccomandato, sostenendo però che il cammino da percorrere fino a quel punto dovrebbe attraversare determinate fasi. Le prime due, di cui la prima già portata a compimento e la seconda in corso di svolgimento in Polonia, riguardano anzitutto la formazione del personale competente in materia di Dialogo Aperto, poi l'attuazione di programmi modello destinati ad aree o categorie di pazienti selezionate; la terza richiede la conduzione di studi metodologicamente corretti in grado di valutare l'efficacia dell'applicazione dell'approccio del Dialogo Aperto prima di giungere all'ultima fase, vale a dire quella relativa all'introduzione, a livello generale, di tale approccio nei trattamenti di cura. Essi affermano:

In conclusione, nell'approccio del Dialogo Aperto è stata notata una elevata efficacia quanto a limitazione delle psicosi non affettive e a risultati favorevoli nella cura delle stesse, che dovrebbe essere confermata dai prossimi studi, in altri contesti terapeutici. Le soluzioni proposte allora dall'approccio del Dialogo Aperto potrebbero essere lo standard raccomandato per il trattamento del primo episodio psicotico nel Piano di azioni nazionale per la salute mentale.²⁷

Il Piano di azioni nazionale per la salute mentale previsto per gli anni 2017-2022 (Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022) presenta fin dal primo capitolo la situazione della popolazione europea e polacca circa le sofferenze provocate da disturbi psichici. In Europa, oltre il 27% della popolazione adulta manifesta almeno un sintomo di cattiva condizione di salute mentale nel corso di un anno; tale situazione si evidenzia anche in Polonia, “dove il numero di persone trattate per via di disturbi psichici aumenta sistematicamente”.²⁸ I dati racchiusi nel decreto del Consiglio dei Ministri provengono dal Fondo Sanitario Nazionale (Narodowy Fundusz Zdrowia, in sigla NFZ), dal Rapporto della ricerca intitolata “Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępu do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska” (Epidemiologia dei disturbi psichiatrici e accesso all'assistenza sanitaria psichiatrica – EZOP Polonia) e dalla Polizia di Stato. Alcuni dati sono allarmanti, come quelli relativi ai disturbi legati all'uso di sostanze (12,8%) e all'abuso di alcol (11,9%) diffusi tra gli abitanti del Paese con un'età compresa tra i 18 e i 64 anni.²⁹ Lo studio EZOP ha confermato l'esistenza del problema dei suicidi, elemento che affligge la società polacca: nel 2014 le morti per suicidio, dovute più frequentemente ad incomprensioni familiari, malattie psichiche o malattie croniche, hanno raggiunto il numero di 6165 (di cui 5237 uomini e 928 donne). Dati interessanti presentati dal Piano di azioni nazionale per la salute mentale previsto per gli anni 2017-2022 sono quelli riguardanti gli adulti con disturbi

²⁷ P. Błądziński, A. Cechnicki, J. Bogacz, Ł. Cichoński, *Znaczenie Otwartego Dialogu w leczeniu osób chorujących na schizofrenię*, *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, Vol. 23, Issue 3, 2014, p. 138.

²⁸ *Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej, Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017 – 2022*, Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 08. lutego 2017 r., Warszawa 02. marca 2017, in www.dziennikustaw.gov.pl, *Dziennik Ustaw 2017*, Poz. 458, p. 5.

²⁹ *Ivi*, tabella 1, p. 6.

psichici, in assenza di dipendenze, curati in ospedali psichiatrici e in strutture non ospedaliere negli anni 2011-2014: nell'arco di quattro anni il numero di persone manifestanti disturbi psichici trattate ambulatorialmente è cresciuto del 14%, mentre la percentuale di pazienti trattati per schizofrenia, sempre a livello ambulatoriale, ha subito una variazione minima pari ad un aumento dello 0,3%; l'incremento maggiore si è registrato nell'assistenza sanitaria comunitaria, in cui il numero di pazienti trattati per disturbi psichici è triplicato (passando da 9594 a 29778) e il numero di pazienti affetti da schizofrenia è aumentato del 74,5% (passando da 3686 a 6432).³⁰

Anche il Piano di azioni nazionale per la salute mentale previsto per gli anni 2017-2022 specifica tre fini principali, due dei quali nuovi rispetto a quelli indicati dal Piano precedente: uno riguarda lo svolgimento di attività che prevengano la stigmatizzazione e la discriminazione delle persone con disturbi psichici, l'altro riguarda invece il monitoraggio e la valutazione dell'efficacia delle misure attuate nell'ambito del programma. Rimane fermo il fine di garantire alle persone con disturbi psichici una assistenza sanitaria multilaterale. Seguono poi i fini particolari e i compiti previsti dall'attuale Piano attinenti alla sfera collegata a ciascuno dei fini principali. Vi è un'accurata indicazione dei compiti assegnati ai singoli soggetti attuatori del Piano 2017-2022, ossia il Ministro della Salute, il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, il Ministro dell'Istruzione, Università e Ricerca, il Ministro della Giustizia, il Ministro dell'Interno, il Fondo Sanitario Nazionale (Narodowy Fundusz Zdrowia) e le autorità regionali, provinciali e comunali. La mancata realizzazione dei Centri di Salute Mentale previsti dal Piano 2011-2015 porta chi scrive a soffermarsi proprio su tale punto: il Piano 2017-2022 affida al Ministro della Salute il compito di preparare norme e raccomandazioni di trattamento medico nel quadro dei Centri di Salute Mentale (in sigla CSM), questo in collaborazione con enti scientifici con competenze in materia di salute psichica e soggetti che si occupano di tutela della salute psichica, nonché il compito di supportare e monitorare il processo di creazione della rete dei Centri di Salute Mentale (sigla polacca CZP). Il Ministro della Salute e il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali devono mettere a punto il quadro istituzionale e i principi di cooperazione vigenti tra i Centri di Salute Mentale e i soggetti che operano nel campo dell'assistenza sociale e dell'attivazione socio-occupazionale. Il Fondo Sanitario Nazionale ha invece il compito di introdurre finanziamenti ai servizi sanitari offerti dai Centri di Salute Mentale tali da coprire interamente le cure dei pazienti. Anche le autorità provinciali hanno compiti di rilievo in tale ambito, tra i quali aumentare l'accessibilità alle diverse forme di assistenza sanitaria comunitaria, compreso lo sviluppo dei Centri di Salute Mentale e di strutture sanitarie provinciali dedicate a bambini e giovani, elaborare in collaborazione con le

³⁰ Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej, *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017 – 2022*, op. cit., tabella 6, p. 11.

autorità locali un documento che definisca la strategia per lo sviluppo delle risorse per la tutela della salute psichica che assicurino una assistenza sanitaria completa a coloro che soffrono di disturbi mentali. Il quarto capitolo del Piano di azioni nazionale per la salute mentale previsto per gli anni 2017-2022 indica le soluzioni organizzative da adottare nel campo dell'assistenza sanitaria psichiatrica, presentando il funzionamento, la struttura e l'organizzazione dei Centri di Salute Mentale. Essi "attuano l'assistenza psichiatrica comunitaria, il cui scopo è:

- 1) migliorare la qualità del trattamento psichiatrico – accessibilità, continuità, complessità, adattabilità, efficienza raggiungibile e correttezza delle condizioni di prestazione di aiuto;
- 2) aiutare i malati a recuperare la salute, la posizione sociale, l'attesa qualità di vita;
- 3) creare le condizioni per l'integrazione sociale delle persone con disturbi psichici e contrapporsi alla stigmatizzazione e all'esclusione;
- 4) limitare la dimensione e gli effetti negativi dell'ospedalizzazione;
- 5) mettere in moto iniziative e risorse della società locale per la tutela della salute psichica".³¹

Emergono dunque alcune affinità con i principi e gli obiettivi dell'approccio del Dialogo Aperto. Quanto ad esse, è doveroso aggiungere che i Centri di Salute Mentale vengono creati con lo scopo di garantire assistenza in aree nelle quali risiedono massimo duecentomila abitanti, perché la responsabilità territoriale di cui i Centri di Salute Mentale sono investiti impone loro l'obbligo di prendersi cura di ciascun richiedente aiuto residente nell'area di competenza. Nei casi di emergenza e assistenza urgente i Centri di Salute Mentale garantiscono, nei limiti delle loro possibilità, un aiuto entro settantadue ore. Essi forniscono un'assistenza di diverso tipo, a seconda dei singoli casi: continua, a lungo termine, a breve termine, immediata e consultiva. A livello strutturale, i Centri di Salute Mentale per pazienti adulti sono costituiti da: un'équipe ambulatoriale, una mobile, una diurna e, infine, da un'équipe ospedaliera. La prima ha i classici compiti di consulenza medica e psicologica, nonché di assistenza psicoterapeutica e infermieristica; la seconda ricopre un ruolo importante nell'ambito della psichiatria comunitaria, avendo come incarichi quello di effettuare visite a domicilio, terapie individuali e di gruppo e attività con la famiglia, oltre a costruire una rete di sostegno sociale e ad organizzare attività e soggiorni riabilitativi; la terza offre un'ospedalizzazione diurna; l'ultima offre invece un'assistenza ospedaliera di 24 ore, nei casi di disturbo acuto o di rischio associato. Il personale dei CSM può lavorare contemporaneamente in più

³¹ Dziennik ustaw Rzeczypospolitej Polskiej, *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022*, *op. cit.*, p. 24.

équipe. I Centri di Salute Mentale si occupano della risoluzione dei problemi sanitari e sociali dei pazienti, cooperando saldamente con gli enti che forniscono assistenza sociale, socio-occupazionale e altre tipologie di aiuto nell'ambito della loro responsabilità territoriale. Altre forme di sostegno e di trattamento, diverse da quelle tradizionali, sono possibili presso i Centri di Salute Mentale solo conformemente alle norme, alle risorse disponibili, alle competenze possedute e alle reali esigenze dei pazienti. Quanto al finanziamento dei servizi sanitari prestati dai CSM, esso dovrebbe consentire una completa assistenza psichiatrica ai pazienti nell'ambito dell'attività di competenza dei Centri di Salute Mentale. Il modello comunitario di tutela della salute mentale assicura alle persone affette da disturbi psichici una assistenza sanitaria multilaterale e accessibile in quanto vicina al loro luogo di residenza e, in aggiunta, altre forme di assistenza e di aiuto necessarie per vivere nel contesto socio-familiare.

2.2 La novità del programma EX – IN

Riprendiamo qui, per approfondirlo, il discorso sul programma EX – IN a cui è stato fatto accenno in precedenza. Si tratta di un progetto di sviluppo e formazione sul valore terapeutico per le persone con alle spalle un'esperienza psicotica, il quale è stato realizzato in Polonia nell'anno 2015 nell'ambito del piano di "Promozione della salute psichica e del sostegno alle persone minacciate da crisi della salute mentale, con esperienza di malattia psichica e di disturbi psicogeriatrici".³² La denominazione polacca del progetto è "Ekspert przez doświadczenie", equivalente all'italiano "Esperto attraverso l'esperienza"; la sigla correntemente utilizzata è EX – IN, derivante dall'espressione inglese Experienced – Involvement indicante l'abilitazione professionale delle persone che hanno fatto esperienza della psicosi giungendo, dopo un percorso più o meno lungo, alla guarigione. Il progetto prevede, per gruppi di venti persone, dieci laboratori della durata di tre giorni condotti da preparatori professionisti basati su un programma EX – IN riconosciuto in Europa scaturito dalla collaborazione di specialisti e centri universitari e clinici di alcuni Paesi europei (Germania, Gran Bretagna, Norvegia, Paesi Bassi, Slovenia, Svezia e Svizzera). Il progetto pilota, finanziato dall'Unione Europea, è stato avviato affinché le persone con alle spalle l'esperienza di disturbi psichici avessero l'opportunità di riflettere sulle proprie esperienze di sofferenza e, contestualmente, acquisire una conoscenza di base nel campo, anche per quel che riguarda i metodi necessari per dare il proprio contributo sia come operatori in ambito psichiatrico e, nello specifico, come testimoni della guarigione dalla psicosi, sia come preparatori professionisti

³² Denominazione in lingua originale: „Promocja zdrowia psychicznego oraz wsparcia osób zagrożonych kryzysem zdrowia psychicznego, z doświadczeniem choroby psychicznej oraz z zaburzeniami psychogeriatrycznymi”.

dei futuri esperti attraverso l'esperienza. I corsi EX – IN vengono attualmente tenuti in più Paesi europei: in Austria, Bulgaria, Germania, Gran Bretagna, Norvegia, Paesi Bassi, Polonia, Slovacchia, Svezia, Svizzera. La Fondazione PIOD è partner autorizzato dell'Organizzazione tedesca FOKUS, coordinatrice del corso EX – IN in Europa e unico organizzatore di tale corso in Polonia. Gli scopi del corso EX – IN li possiamo di seguito così riassumere:

- 1) preparare le persone aventi in passato l'esperienza di crisi della salute psichica all'adempimento del ruolo di educatore e di accompagnatore nel percorso di guarigione di pazienti affetti da disturbi mentali;
- 2) sostenere lo sviluppo delle conoscenze scientifiche;
- 3) preparare gli esperti attraverso l'esperienza alla partecipazione al corso ODA.

In generale, il programma mira ad aumentare l'influenza da parte delle persone che hanno fatto esperienza di disturbi psichici sul sistema di assistenza sanitaria psichiatrica, giungendo ad un miglioramento dei servizi, rendendoli più soddisfacenti e meno discriminatori, e rafforzando nel contempo la conduzione della vita quotidiana di tali persone. A tal proposito, il progetto realizza in questo modo anche l'obiettivo di attivare professionalmente persone disoccupate che hanno fatto esperienza di disturbi psichici.

Prendere parte al programma di sviluppo e formazione “Ekspert przez doświadczenie” comporta alcuni significativi vantaggi, tra cui in primis quello di alimentare la fiducia rispetto alla possibilità di guarigione dalla psicosi, motivare a partecipare attivamente al processo di guarigione sviluppando una maggiore capacità nell'affrontare situazioni che minacciano la salute mentale, ottenere una preparazione unica e preziosa per adempiere al ruolo di accompagnatore di altri pazienti durante il loro processo di recupero e, non meno importante, sviluppare competenze professionali da impiegare poi in qualità di esperto attraverso l'esperienza nei team terapeutici e nei team formativi.

Presentiamo di seguito, più nel dettaglio, chi sono gli esperti attraverso l'esperienza, quali sono i corsi che li preparano a tale nuova professione e quali metodi di lavoro prevedono. Anzitutto, gli esperti attraverso l'esperienza si possono definire come dei collaboratori in ambito psichiatrico: dopo aver ricevuto una adeguata formazione, essi prendono parte ai team terapeutici che accompagnano i pazienti nel processo di recupero della salute mentale, offrendo una conoscenza preziosa, in quanto derivante direttamente dall'esperienza psicotica vissuta; essa diventa un contributo innovativo ed essenziale per il miglioramento dei servizi sanitari psichiatrici e dei servizi sociali, nonché in ambito formativo e nello sviluppo delle conoscenze scientifiche. Il superamento

della crisi mentale forgia e rafforza gli EX – IN e, nel contempo, costituisce un'importante fonte di informazione, di supporto e di speranza per le persone con disturbi psichici.

I moduli base del corso EX – IN si concentrano su temi che è bene affrontare fin dagli inizi del percorso di formazione, quali la salute e il buon umore, l'empowerment (ossia la progressiva conquista della consapevolezza di sé e del controllo sulle proprie scelte, decisioni e azioni, sia nell'ambito delle relazioni personali sia in quello della vita politica e sociale), l'esperienza e la partecipazione, la guarigione e, infine, il trialogo.³³ I moduli avanzati trattano tematiche altrettanto importanti e delicate, come la conoscenza di sé, la procura, la valutazione del processo di recupero, l'accompagnamento e il supporto, l'intervento in caso di crisi, la formazione necessaria per diventare preparatori in grado di condurre corsi certificati EX – IN in tutta la Polonia.

Per quanto riguarda i metodi di lavoro, i corsi prevedono conferenze, presentazioni, incontri con ospiti d'eccezione, discussioni, team riflessivi, giochi di ruolo, psicodrammaturgia, interpretazioni psicologiche di disegni, metodi orientati al fare esperienza, giochi di gruppo, proiezioni di film, esercizi psicologici e attività con il corpo. Tra gli approcci utilizzati vanno ricordati il Dialogo Aperto e quello salutogenico. Relativamente all'approccio elaborato da Jaakko Seikkula in Finlandia, affiancato dalla psichiatra Birgitta Alakare e dal gruppo di studiosi a loro legato operante presso l'ospedale Keropudas di Tornio, esso rappresenta una valida soluzione nella delicata fase post ospedaliera, durante la quale le famiglie spesso si ritrovano sole, senza un adeguato sostegno istituzionale e sanitario, costrette ad affrontare difficoltà di diversa natura legate al ritorno alla vita quotidiana; talvolta, esso rappresenta anche un'alternativa all'ospedalizzazione del paziente con disturbi mentali, essendo uno degli obiettivi di tale approccio proprio la riduzione del numero dei ricoveri ospedalieri o quanto meno la riduzione della loro durata. Quanto al secondo approccio, al quale ha dato il maggiore contributo il sociologo israelo-americano Aaron Antonovsky nel corso degli anni '70/'80 del secolo scorso, esso si concentra sui fattori che contribuiscono allo stato di benessere dell'uomo invece che sui fattori che causano la malattia (approccio patogenico); la composizione stessa della parola *salutogenesi*, data dall'unione dei due vocaboli autonomi *salute* e *genesì*, ci informa sul suo significato: si tratta infatti della branca di ricerca che si occupa di studiare le fonti del benessere fisico, psichico e spirituale, per il quale sono decisivi il comportamento e lo stile di vita del singolo individuo.

³³ Dialogo a tre, i cui partecipanti sono i tre principali gruppi di individui che hanno a che fare con i disturbi psichiatrici nell'ambito del sistema della salute mentale: le persone con grande sofferenza psichica, i loro familiari e amici, i professionisti sanitari. È un modello che prevede una modalità di comunicazione "tra pari" il cui obiettivo principale è organizzare degli incontri in cui si possa comunicare e discutere apertamente e in modo trasparente dell'esperienza del disturbo mentale, delle sue conseguenze e del modo in cui affrontare la situazione. Il modello del trialogo è adottato in più Paesi europei: in Finlandia sin dalla fine degli anni '80 del secolo scorso, in Austria da metà degli anni '90, poi in Germania, Italia, Irlanda e Polonia.

Il programma EX – IN ha un obiettivo prefissato consistente nella collaborazione con oltre una dozzina di istituzioni nazionali presso cui gli esperti attraverso l’esperienza svolgeranno un tirocinio, per poi ottenere il ruolo di assistenti nel processo di recupero della salute mentale.

La Fondazione PIOD suppone che nei prossimi anni l’esperto attraverso l’esperienza diventerà una vera e propria professione riconosciuta a pieno titolo. L’operato degli EX – IN, in qualità di assistenti di guarigione, contribuirà a diminuire la stigmatizzazione che subiscono a livello sociale le persone con disturbi mentali e a diffondere buone pratiche nelle istituzioni di salute mentale.

2.3 Antoni Kępiński, un grande precursore

Volgendo alla chiusura del capitolo, va senz’altro detto che in Polonia un atteggiamento umanistico verso i pazienti di psichiatria si è evoluto già a partire dalle opere del rinomato psichiatra polacco, nonché scienziato, umanista e filosofo, Antoni Kępiński (1918-1972). Le sue opere si contraddistinguono per una ricca riflessione antropologica, la quale trova le sue origini nelle esperienze personali dell’autore e nella sua vasta conoscenza umanistica. Tra le esperienze personali vogliamo ricordare la sua partecipazione ad un programma di riabilitazione destinato a sopravvissuti al campo di concentramento di Auschwitz, dal quale è nata una raccolta di saggi contenuti nel volume *Rytm życia*³⁴ (*Il ritmo della vita*) del 1972, in cui potere, violenza e crimine vengono trattati in assenza di giudizi morali; procede qui ad una analisi dei meccanismi psicologici che governano i carnefici. L’autore conosceva la crudeltà dei lager, essendo stato a sua volta prigioniero nel campo di concentramento di Miranda de Ebro in Spagna.

Considerando la psicoterapia parte integrante della psichiatria, Antoni Kępiński si è imposto nel panorama polacco come il precursore della psicoterapia individuale e di gruppo. Il suo pensiero e i suoi studi sono sfociati in una nuova immagine dello psicoterapeuta, il quale ricopre un ruolo fondamentale nel processo terapeutico e diagnostico. Egli ritiene indispensabili tre atteggiamenti per poter essere un buon psicoterapeuta (e un buon psichiatra): nei confronti del paziente non si deve assumere un atteggiamento pseudoscientifico trattandolo unicamente come un caso da dominare, calare la maschera facendo trasparire i propri stati emotivi e le reazioni spontanee e non procedere ad una valutazione a livello morale del paziente. Inoltre, come caratteristiche significative da possedere o sviluppare ha indicato: la capacità di comprendere il paziente, la fede nella cura del paziente, la pazienza, la capacità di guadagnare fiducia. È poi essenziale conoscere il paziente, il suo modo di pensare, i suoi sentimenti, la sua scala di valori, tenendo comunque presente che una conoscenza completa dell’altro è impossibile.

³⁴ A.Kępiński, *Rytm życia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 1972.

La religiosità di Antoni Kępiński ha lasciato profonda traccia di sé nel suo sistema di valori e nella sua riflessione medica. Nel rapporto con il paziente, riconosceva basilare l'atteggiamento cristiano di amore verso il prossimo, considerando l'uomo e la sua dignità in cima alla scala dei valori. Era fermamente convinto della posizione da assumere in qualità di medico psichiatra nei confronti del paziente: assoluta trasparenza e completa astensione da giudizi morali. Riconosceva come compito di massima importanza quello di conoscere il paziente, la cui riuscita dipende in massima parte dalle caratteristiche e dall'atteggiamento del professionista che ha in carico il trattamento di cura: da qui l'enfasi posta sul ruolo dell'osservazione e del dialogo nel processo diagnostico. L'opera fortemente umanistica di Antoni Kępiński, anche rispetto al criterio di classificazione delle malattie psichiche, ha avuto un influsso positivo sulla ricezione sociale e sulla comprensione della malattia mentale. Non casualmente, il filosofo polacco Tadeusz Gadacz lo ha definito come un "pensatore dialogico",³⁵ proprio perché ha fatto dell'ascolto empatico, della sensibilità al linguaggio non verbale e della conversazione intesa come strumento di comprensione del paziente gli ingredienti fondamentali della sua attività terapeutica. Anche De Barbaro riconosce al dialogo un ruolo di assoluto rilievo, ritenendo che quanto avviene nel corso della conversazione tra medico e paziente rappresenti la vera essenza del dialogo; la conversazione dovrebbe essere intesa come un'arte da padroneggiare sapientemente, così da poter aprire uno spiraglio tramite cui il paziente parla di sé. Il dialogo acquisisce dunque valore terapeutico e permette l'eliminazione dello stigma che la diagnosi porta con sé.

L'umanesimo di Antoni Kępiński e le sue ferme convinzioni sulla vicinanza e sull'empatia nei confronti del paziente, sull'importanza del dialogo e della trasparenza nel trattamento di cura, nonché sulla dignità del paziente in quanto essere umano, fanno sorgere un collegamento spontaneo con l'approccio del Dialogo Aperto, che nel contesto polacco trova quindi i suoi primi semi fruttuosi, seppur ancora primordiali, nel corso del XX secolo.

Desideriamo qui, in chiusura, fare accenno a due importanti contributi dell'autore, meritevoli però di essere approfonditi nelle sedi opportune. Antoni Kępiński è considerato l'ideatore della psicologia assiologica, basata sulla convinzione dell'esistenza di un legame tra il sistema morale e i disturbi psichici dell'uomo; egli credeva nella sussistenza di un ordine morale naturale, indipendente dai determinanti culturali e sociali, la cui fonte sarebbe la distinzione essenziale tra il bene e il male e il sistema interno della colpa e della punizione. A quest'ultimo sistema è collegato il lavoro messo in atto dalla coscienza umana, a sua volta indissolubilmente legata all'ordine morale. Certamente, sia la coscienza che la moralità subiscono l'influenza dell'ambiente sociale.

³⁵ T. Gadacz, *Profesor Antoni Kępiński – myśliciel dialogiczny*, *Psychoterapia* 4 (163) 2012, pp. 19 – 26. Pubblicazione disponibile nell'archivio all'indirizzo www.psychoterapiaptp.pl.

L'uomo, influenzato dall'ambiente sociale circostante, agisce come uno specchio sociale, procedendo ad una continua modifica del sistema dei valori. Kępiński distingue due sistemi di valori: la gerarchia reale dei valori (quella abituale) e la gerarchia ideale (quella a cui si aspira).

Un'altra concezione originale dell'autore, descritta più ampiamente in *Melancholia*³⁶ (*Malinconia*) – opera postuma, del 1974 – è quella del metabolismo energetico-informativo. Essa ritiene esserci uno scambio di energia e di informazione tra l'uomo e l'ambiente, fondamento utile per presentare le dinamiche della vita e il rapporto dell'uomo con il mondo circostante. Il metabolismo dell'informazione va considerato inseparabile dal metabolismo dell'energia.

³⁶ Kępiński A., *Melancholia*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1974.

CAPITOLO III

La testimonianza di Aleksandra Kożuszek: il testo e il contesto

3.1 Scrittura e testimonianza del proprio vissuto

La gioia ritrovata, traduzione da noi proposta del titolo originale in lingua polacca *Radość odzyskana*, è un libro testimonianza scritto da Aleksandra Kożuszek e pubblicato a Gliwice in Polonia nel 2013. In esso sono raccolti alcuni episodi e ricordi tratti dal periodo in cui l'autrice stessa si è trovata a dover affrontare una lunga lotta con la malattia psichica. Come si può evincere dal titolo, si tratta di una battaglia che gradualmente, e grazie a fattori che hanno influito positivamente sul suo trattamento di cura, ha condotto l'autrice fuori dal quel "tunnel" buio in cui era entrata, al termine del quale ha potuto ritrovare la salute e la gioia. E non solo. Dalle proprie vicissitudini è riuscita a trarre anche una profonda speranza, traboccante al punto tale di volerla donare agli altri portando la propria testimonianza a quanti soffrono a livello psichico e a tutti coloro che sono direttamente o indirettamente coinvolti nella malattia psichica di un proprio caro, conoscente o paziente. Il suo impegno in questo senso ha inizio nel 2010 grazie all'invito ricevuto da Regina Bisikiewicz, direttrice dell'Istituto Polacco di Dialogo Aperto, a partecipare al I Forum di Psichiatria Comunitaria che si sarebbe tenuto a Breslavia l'anno successivo. Da allora, Aleksandra Kożuszek prende parte attivamente a conferenze sul tema in tutta la Polonia e anche all'estero, presentando i sintomi e i problemi legati alla sua malattia e il suo percorso verso la guarigione. Il suo impegno ha preso la via della pratica del Dialogo Aperto, pratica che ha iniziato a muovere i suoi primi passi in Polonia proprio con il I Forum di Psichiatria Comunitaria tenutosi a Breslavia nel 2011. Tale contesto si rivelerà essere terreno fertile per la stesura de *La gioia ritrovata*, frutto tangibile del desiderio da parte di Aleksandra Kożuszek di condividere le proprie esperienze riguardanti la malattia e di raccontare il proprio cammino verso la guarigione dalla malattia psichica. Parlando del suo libro, è lei stessa a dichiarare:

Dona a molti lettori la speranza che anche per loro, dopo esperienze difficili e alle volte traumatiche, esiste la possibilità di tornare alla vita piena.¹

Inoltre, aggiunge:

¹ A. Kożuszek, *Jak doświadczenie choroby psychicznej może być wykorzystane w edukacji? (Come può essere sfruttata nell'insegnamento l'esperienza della malattia psichica?)* in *Dla Nas – Czasopismo Środowisk Działających na Rzecz Osób Chorujących Psychiczenie*, nr 35, giugno 2016, p. 5. Articolo disponibile anche online all'indirizzo www.otworzcie drzwi.org nella sezione Czasopismo "Dla Nas".

Sono pienamente consapevole che la situazione di ogni paziente sia singolare e che i metodi che mi hanno permesso di farcela non siano universali. Tuttavia, sono riuscita ad infondere negli ascoltatori la fiducia che anche per loro uscire dalla malattia è possibile.²

Il 2013 è stato, per Aleksandra Kozuszek, un anno fondamentale anche per un'altra ragione. Si tratta dell'anno in cui si sono tenuti per la prima volta in Polonia i corsi EX – IN (di cui si è ampiamente parlato nel capitolo II), i quali prevedono la partecipazione di persone che abbiano superato una crisi psichica e la cui corrente condizione di salute sia stabile. I partecipanti sono tutti accomunati dallo stesso desiderio: sfruttare la propria esperienza dolorosa in senso positivo. Questo è quanto anche Aleksandra Kozuszek fa nella sua vita a partire da quell'anno per lei cruciale, che le ha permesso di diventare un'esperta attraverso l'esperienza, essendo dunque una figura di riferimento sia per le persone che soffrono a livello psichico che per i professionisti con cui si trova a collaborare. Gli esperti attraverso l'esperienza costituiscono un ponte importante tra professionisti e pazienti perché, attingendo direttamente dalla propria esperienza, risultano loro più immediate la comprensione e la possibilità di instaurare un legame con il paziente. Chi ha ideato tali corsi ha ritenuto essere sempre importante e necessaria la conduzione degli stessi da parte di un professionista e di un esperto attraverso l'esperienza, in quanto il primo agisce sul piano medico-scientifico, mentre il secondo condivide le proprie esperienze di sofferenza e il lungo e faticoso cammino di rinascita dopo la crisi psichica. Riportiamo le parole dell'autrice a proposito del suo operato: “La mia attività educativa è per me una sfida che contemporaneamente mi dà una grande gioia e autostima”.³

3.2 Analisi del genere letterario

La gioia ritrovata appartiene al mondo della non – fiction e, da un punto di vista letterario, si presenta come esempio di memorie scritte che faremo rientrare nel genere del *memoir*, essendo il libro di Aleksandra Kozuszek una breve raccolta in prosa dei ricordi dell'autrice stessa relativi ad un determinato avvenimento che ha profondamente segnato la sua esistenza e in seguito condizionato il suo futuro. Si tratta di un genere che spesso si rivela essere una lettura dell'anima, dei ricordi, dei momenti importanti della vita di una persona. Un *memoir* non è la mera storia della vita dell'autore, bensì uno scorcio di essa, rilevante perché carico a livello emozionale ed esperienziale; lo si può anche considerare un modo per fermare nel tempo un'emozione e il concretizzarsi del desiderio di condivisione con gli altri del proprio mondo interiore.

² A. Kozuszek, *Jak doświadczenie choroby psychicznej może być wykorzystane w edukacji?*, cit., p. 5.

³ *Ibid.*

Capita che la memorialistica venga fatta coincidere con il genere autobiografico, ma i due generi sono distinti sebbene presentino un certo grado di affinità.⁴ Il *memoir* viene definito da Tristine Reiner un genere “democratico”,⁵ in quanto può scaturire dalla penna di persone comuni, e non per forza di persone letterate, illustri o di rilevanza storica, dal momento che acquista valore dal suo essere testimonianza di un’epoca, di un fatto storico, di un certo ambiente sociale, di una data condizione, etc. Certamente, sia nel *memoir* che nell’autobiografia, troviamo ricordi appartenenti al passato però, mentre l’autobiografia ha la pretesa di raccontarci dei fatti, il *memoir* si limita a riportare ciò che il soggetto ricorda, le sue memorie per l’appunto (sentimenti, emozioni, sofferenze, dolore, nostalgia, rimpianti). Alla base del *memoir* c’è la soggettività del ricordare, intesa sia come libertà di scelta (preferire un ricordo ad un altro da inserire nel proprio memoir) sia come limite imposto dalla nostra stessa mente (eventi, sensazioni, sentimenti l’autore li scrive così perché è così che li ricorda). Ovviamente, l’autore non dovrebbe alterare la verità nella stesura delle proprie memorie, altrimenti si entrerebbe nel campo della fiction. È vero che i ricordi talvolta possono essere imprecisi, da un lato perché filtrati dalla soggettività e dall’altro perché filtrati dal tempo trascorso, ma l’onestà da parte dell’autore deve pur sempre rimanere il principio guida nella stesura di un *memoir*. L’autobiografia ha poi l’obbligo di rispettare gli eventi e di ricostruire i fatti, non potendo dunque rinunciare ad un riscontro oggettivo tra realtà e scrittura: quel che viene raccontato, insomma, è verificabile. Nel *memoir*, invece, ciò che conta è la verità emotiva poiché in esso la memoria è legata alle emozioni vissute. La poetessa e premiata scrittrice di memoir Judith Barrington, infatti, fa una distinzione tra *factual truth* ed *emotional truth*, vale a dire tra una verità oggettiva e una verità emotiva.⁶ Sfruttando la memoria emotiva ci si può spostare avanti e indietro lungo l’asse temporale del proprio mondo interiore, andando a formare legami e associazioni spontanee che ricostruiscono gli eventi non tanto nella loro precisione storica, quanto per il significato che essi hanno assunto.⁷ È quanto affermato anche dal giornalista di origini polacche Włodek Goldkorn, responsabile del settore cultura del settimanale *L’Espresso*:

⁴ C. Masia, *Scrivere il memoir. Come utilizzare i ricordi per scrivere di se stessi con autenticità*, Dino Audino Editore, Roma 2010, pp. 19 – 21.

⁵ T. Reiner, *Your Life as a Story: Writing the New Autobiography*, G. P. Putnam’s Sons, New York 1997, citato in C. Masia, *op. cit.*, p. 22.

⁶ J. Barrington, *Writing the Memoir: From Truth to Art*, Eight Mountain Press, Portland (OR) 1997, citato in C. Masia, *op. cit.*, p. 19.

⁷ C. Masia, *op. cit.*, p. 20.

Il memoir non pretende di inserire la vicenda personale dell'autore nel grande flusso della storia, si limita a narrare le emozioni e le riflessioni di chi scrive di fronte a un evento che dà il via al racconto.⁸

Pertanto, si può affermare che l'autobiografia è legata alla verità, mentre il *memoir* all'autenticità. Il *memoir*, al contrario dell'autobiografia, non segue necessariamente un ordine cronologico, presentando quindi le caratteristiche della discontinuità e della frammentazione per quanto riguarda i ricordi in esso presenti. Un'altra differenza esistente tra *memoir* ed autobiografia consiste nel fatto che il primo, come detto sopra, presenta uno scorcio della vita dell'autore, mentre la seconda tendenzialmente copre la vita intera di chi la scrive, includendo anche dettagli della sua vita sia pubblica che privata. La biografia, invece, è la storia della vita di qualcuno scritta da un'altra persona.

È interessante la posizione di Tristine Reiner che, facendo riferimento al *memoir*, lo definisce *New Autobiography*, andando quindi ad evidenziare il rapporto di continuità tra i due generi e offrendoci, forse, la possibilità di intendere il *memoir* come una sorta di evoluzione dell'autobiografia:

[la Nuova Autobiografia] è nuova perché è scritta da voci nuove, e non soltanto quelle che rappresentano la visione dall'alto, ufficiale e dominante. È nuova perché è scritta come scoperta del sé e non come autopromozione. [...] Stilisticamente è nuova perché utilizza le strategie dello "storytelling", come scene e dialoghi, prese in prestito dalla finzione narrativa.⁹

Veniamo ora alle caratteristiche e alle tecniche di scrittura di un *memoir*, analizzandone la loro presenza nell'opera di Aleksandra Kozuszek *La gioia ritrovata*, la cui prima ed inedita traduzione in italiano – da noi proposta – costituisce il successivo capitolo IV. Anzitutto, un *memoir* è scritto in prima persona secondo il punto di vista dell'autore, che racchiude in un'opera, scritta in prosa o in versi, i propri ricordi relativi ad un determinato avvenimento o ad una certa fase significativi nella propria esistenza. Anche Aleksandra Kozuszek scrive in prima persona le proprie memorie sulla dolorosa esperienza della malattia psichica, dando quindi voce vivida ai propri ricordi, emozioni e stati d'animo nel corso dei dodici capitoli del libro; solo nella prefazione e nella postfazione abbiamo due voci diverse, rispettivamente quella fortemente ed emotivamente coinvolta del marito Konrad Kozuszek e quella del medico psichiatra Bogdan De Barbaro, figura che ha accompagnato il trattamento di cura della paziente. Ogni *memoir* presenta un tema o un focus particolari e, come

⁸ W. Goldkorn, *Memoir familiare*, *L'Espresso*, 4 marzo 2009; articolo disponibile anche nell'archivio online del settimanale all'indirizzo www.espresso.repubblica.it.

⁹ T. Reiner, *op. cit.*, citato in C. Masia, *op. cit.*, p. 22.

già detto, *La gioia ritrovata* si concentra sulla malattia psichica che l'autrice ha dovuto affrontare, con tutte le conseguenze del caso, e sul suo faticoso e progressivo ritorno in salute. Naturalmente, un *memoir* non può contenere tutto ciò che si potrebbe trarre da quella determinata parte di vita dell'autore, ed è in virtù di tale ragione che gli eventi vengono selezionati, raccontati e analizzati per il significato relativo allo scopo del libro. Per il *memoir* di Aleksandra Kozuszek vale lo stesso discorso, possiamo però aggiungere che *La gioia ritrovata* è stata scritta una ventina di anni dopo l'ultimo ricovero in clinica psichiatrica, per cui anche il lasso temporale intercorso agisce come filtro sui ricordi dell'autrice e, ancor di più, a fare da filtro ai suoi ricordi è senza dubbio il lieto fine della sua storia, che getta un fascio di luce positiva e carica di speranza su quanto a lei accaduto. È dunque alto il grado di soggettività: ricordi, emozioni, sensazioni, sentimenti, sofferenze vengono presentate esattamente come è lei stessa a rammentarli. Come detto sopra, il *memoir* non segue l'ordine cronologico dei fatti, spaziando invece avanti e indietro nel mondo interiore di chi scrive e giungendo quindi ad una frammentazione dei fatti presentati e ad una sorta di loro voluta giustapposizione. Quanto appena affermato appare evidente ne *La gioia ritrovata*, dove l'autrice non parte dall'esordio psicotico per poi seguire lo sviluppo e l'andamento della malattia, presentando infine il trattamento di cura e il processo graduale che l'hanno condotta alla guarigione. Di queste fasi Aleksandra Kozuszek riporta alcuni ricordi, momenti, emozioni e stati d'animo, da lei stessa prescelti, raccontati, riorganizzati non in successione temporale e, talvolta, commentati. Non possiamo, però, dire che ne *La gioia ritrovata* sia presente un vero e proprio flusso di coscienza: l'autrice non sfrutta a pieno questa tecnica narrativa, che le avrebbe permesso di associare e rappresentare liberamente i propri pensieri così come le venivano in mente, prima di essere riorganizzati in frasi secondo un principio logico.

Altro elemento che non compare ne *La gioia ritrovata* sono i dialoghi, anche se in un *memoir* possono essere inclusi, tenendo però presente che sono poche le persone ad essere in grado di ricordare con precisione ogni parola pronunciata; il dialogo pertanto è difficile che sia letteralmente vero, mentre è più facile che l'autore tenti di ricrearlo il più accuratamente possibile.

Da ultimo, ma non per questo meno importante, un'opera che presenta le memorie dell'autore può rivestire una grande importanza per l'autore stesso che, grazie all'aver messo nero su bianco una parte del proprio vissuto, può gettare uno sguardo critico su quanto gli è accaduto giungendo ad una sorta di nuova comprensione o lezione in merito. Aleksandra Kozuszek nel suo libro dichiara: "Attraverso la prospettiva del tempo, mi accorgo che tali esperienze in qualche modo sono state necessarie per raggiungere la maturità e lo stato di equilibrio in cui mi trovo adesso".¹⁰ Nel corso della lettura del libro traspare chiaramente l'influenza che ha avuto su di lei l'esperienza della

¹⁰ Si veda la nostra traduzione al cap. seguente, p. 77.

malattia psichica, e a vari livelli: personale, interpersonale, spirituale e professionale. È lei stessa a scrivere:

Qualche volta mi sono chiesta come sarebbe stata la mia vita se non avessi un passato segnato dalla malattia psichica. Sarei la stessa persona di oggi? Piena di gioia e gratitudine nei confronti di Dio per ogni giorno ricevuto?¹¹

E, molto probabilmente, leggere il *memoir* potrebbe cambiare anche lo sguardo di noi lettori su una dimensione che abitualmente ignoriamo.

Un memoir è tale perché quel che tira fuori è una storia condivisibile, non una storia illustre, *stra-ordinaria* nel senso dell'eccellenza. Quel che c'è di straordinario è piuttosto la reinterpretazione del proprio passato e il concedersi, con la forza del desiderio assunto in prima persona, una definizione nuova del presente.¹²

Concludiamo il paragrafo portando degli esempi di alcuni *memoir*, a dimostrare il bisogno profondo dell'uomo di dare una forma, una traccia e, forse, anche un senso ai propri ricordi, al proprio mondo interiore e alle proprie esperienze.

Il *memoir* è stato il genere letterario prescelto da soggetti marginali e migranti negli Stati Uniti alla fine del XX secolo. Un esempio sono i *memoir* delle autrici italo-americane, tra cui Louise DeSalvo, Mary Cappello, Kim Ragusa e Helen Barolini, che raccontano storie di migrazione (dall'Italia verso l'America) e storie di mancata integrazione nel territorio di accoglienza: scrivere il *memoir* ha permesso loro di esplorare il proprio passato e, di conseguenza, di ridefinire la propria identità nel presente, quasi come una forma di scrittura terapeutica. Ricordiamo *Vertigo*¹³ di Louise DeSalvo, *memoir* scritto a distanza di molti anni dai tragici eventi che hanno colpito la sua vita di adolescente e giovane donna, offrendo un ritratto della provincia americana del dopoguerra e raccontando il suo complesso rapporto con la cultura italiana di provenienza. E poi, *La pelle che ci separa*¹⁴ di Kim Ragusa, opera in cui è il colore della pelle ad essere motivo di conflitto e di emarginazione, ma anche in questo caso esplorando la propria memoria si va alla ricerca delle proprie origini, riuscendo a riappropriarsi del passato e, nel contempo, affermando l'appartenenza al mondo presente.

Anche le dipendenze talvolta sono state raccontate per mezzo del genere letterario del *memoir* proprio per il fatto che esso permette agli autori di immergersi nelle loro esperienze passate e giungere, mediante la scrittura, ad una reinterpretazione dei fatti da cui poter ripartire per

¹¹ Si veda la nostra traduzione al cap. seguente, p. 92.

¹² C. Masia, *op. cit.*, p. 25.

¹³ L. DeSalvo, *Vertigo*, Nutrimenti, Roma 2006.

¹⁴ K. Ragusa, *La pelle che ci separa*, Nutrimenti, Roma 2008.

comprendere il presente. *Il corpo non dimentica*¹⁵ presenta pagine intime dei tre anni in cui l'autrice Violetta Bellocchio ha vissuto il *binge drinking*, vale a dire l'assunzione elevata di bevande alcoliche fuori pasto; il suo *memoir* inizia con una sorta di cronologia dei fatti della sua vita, diventando poi una cronologia degli stati psichici, fisici, emozionali attraverso cui passa un'alcolista. Gli anni dal 2002 al 2005 sono per lei tre anni di vuoto dei quali conserva solo singole immagini o situazioni: la memoria di quel periodo verrà recuperata attraverso il gioco delle parole e dei ricordi a partire da ventotto parole che la aiuteranno a dare voce al sé appartenente al passato.

Come nel caso di Aleksandra Kozuszek, il *memoir* si presta al racconto della malattia vissuta da parte di chi lo scrive. Della malattia psichica alle volte non è facile parlarne apertamente, poiché lo stigma è sempre pronto ad agire dietro l'angolo, ma scriverne può portare alla luce del sole il profondo disagio che sono costretti a vivere i pazienti. Ne *La barca dei folli. Viaggio nei vicoli bui della mia mente*¹⁶ Stefano Dionisi, di professione attore, parla del suo male iniziato con un ricovero coatto in una struttura psichiatrica, prima tappa del viaggio lungo quattordici anni nei vicoli bui della mente, per riutilizzare le parole del sottotitolo del libro. Il suo bagaglio di sofferenze è pesante: crisi psicotiche, manie persecutorie e distorsione della realtà derivanti da un disturbo ereditario dovuto al cattivo funzionamento di alcuni geni, per cui sono stati necessari ricoveri in più cliniche, terapie, analisi e psicofarmaci. Gli era stato proposto che venisse scritto un libro su quanto gli era accaduto ed è significativa, a nostro parere, la sua posizione:

Rifiutai la proposta di affidare il testo a un ghostwriter e mi misi a tavolino con carta e penna. Ne scaturirono, all'inizio, solo una ventina di pagine che piano piano integrai con i ricordi di persone e situazioni che affioravano dalla mia mente.¹⁷

3.3 Analisi letteraria del testo

Dopo aver affrontato la questione del genere letterario sotto il quale possiamo inquadrare *La gioia ritrovata*, intendiamo procedere con l'analisi del testo. Si tratta di un testo in prosa non molto lungo suddiviso in dodici brevi capitoli, ciascuno dei quali si sofferma su un tema preciso (es. origine della malattia nel capitolo I), sul ricordo di una persona in particolare (es. ricordo del padre nel capitolo VII) o su un determinato fatto (es. riavvicinamento alla fede cattolica nel capitolo X). A precedere i dodici capitoli vi sono una prefazione a carattere argomentativo a cura del marito Konrad Kozuszek e una brevissima introduzione dell'autrice stessa. Ho definito la prima a carattere argomentativo, in quanto Konrad Kozuszek enuncia una sua precisa posizione in merito al bisogno,

¹⁵ V. Bellocchio, *Il corpo non dimentica*, Mondadori, Milano 2014.

¹⁶ S. Dionisi, *La barca dei folli. Viaggio nei vicoli bui della mia mente*, Mondadori, Milano 2015.

¹⁷ F. Fulvi, *Intervista. Stefano Dionisi: la mia storia di dolore nella «barca dei folli»*, *Avvenire*, 17 settembre 2015.

sempre più diffuso nella nostra società, di aiuto psichiatrico; inoltre, egli qui formula la tesi circa la possibilità di uscire dalla malattia psichica, a patto però di percorrere un cammino, non privo di ostacoli, fatto di quattro ingredienti essenziali, considerati argomenti validi e convincenti a sostegno della propria tesi. Nello specifico essi sono: la presenza e la collaborazione dell'équipe medica, della famiglia e degli altri pazienti, l'indispensabile organizzazione del ritorno alle attività quotidiane nella fase post ospedaliera, un ambiente amichevole intorno al paziente e, infine, la ricostruzione di relazioni interpersonali positive a cui si collega un graduale e necessario ritorno all'autonomia. Alla fine del libro vi è invece una postfazione scritta secondo la prospettiva medico-psichiatrica del professor Bogdan De Barbaro, interessante e significativa sia per la descrizione e l'analisi concise dei tempi in cui esisteva la psichiatria definita "romantica",¹⁸ che ha caratterizzato la Polonia della fine degli anni Settanta del secolo scorso, sia per le ragioni da lui stesso argomentate per le quali la testimonianza di Aleksandra Kozuszek è da considerarsi di valore.

Andando ad analizzare la funzione delle sequenze del testo, si può vedere come siano maggiormente presenti sequenze di tipo descrittivo e di tipo riflessivo, mentre quelle imperniate sull'azione, ovvero le sequenze di tipo narrativo, sono in minor quantità; le sequenze dialogiche sono invece, come abbiamo già rilevato, del tutto assenti. Ne deriva, perciò, un rallentamento dell'azione e una maggiore staticità, dovuti anche alle digressioni dell'autrice quando fornisce al lettore notizie aggiuntive e di contorno su fatti o personaggi non indispensabili per lo sviluppo dell'argomento centrale trattato nel capitolo (es. il racconto del concorso da lei organizzato a scuola per eleggere Superman).¹⁹

Le informazioni sul tempo presenti ne *La gioia ritrovata* non sono molte, ma comunque sufficienti per afferrare il periodo storico in cui ha avuto luogo la complessa e dolorosa vicenda di salute e di vita dell'autrice. Aleksandra Kozuszek ricorda il 1990,²⁰ anno in cui il marito ha firmato il consenso per l'applicazione dell'elettroshock – tecnica terapeutica sperimentata per la prima volta nel 1938 da due neuropsichiatri italiani, Lucio Bini e Ugo Cerletti – che induce una crisi convulsiva con un passaggio di corrente elettrica attraverso il cervello per curare le malattie mentali. Il ricordo di tale episodio è immerso nel forte senso di speranza provato in quel momento dal marito, abbandonatosi totalmente alla fiducia in Dio. Come si può evincere da un'altra fonte, il 1990 è anche l'anno in cui Aleksandra Kozuszek subirà l'ultimo ricovero in clinica: "Sono stata in clinica

¹⁸ Si veda la nostra traduzione al cap. seguente, p. 98.

¹⁹ *Ivi*, p. 81.

²⁰ *Ivi*, p. 84.

l'ultima volta nel 1990. Mio marito allora aveva firmato il consenso per l'applicazione dell'elettroshock poiché la farmacologia non era più efficace".²¹

Procedendo nella lettura, incontriamo l'anno 2000, considerato dall'autrice pietra miliare del suo percorso: si tratta del momento in cui lei e il marito sono entrati in contatto con il monastero benedettino di Biskupów, luogo in cui hanno potuto respirare fin da subito un'atmosfera di amore reciproco e hanno "avuto modo di vedere quanto sia effettivamente possibile vivere la vita quotidiana all'insegna del Vangelo e instaurare rapporti in uno spirito di unione".²²

Nella postfazione, Bogdan De Barbaro parla della fine degli anni Settanta del secolo scorso, periodo in cui esisteva, e procedeva su un altro binario rispetto alla psichiatria classica, la cosiddetta "psichiatria romantica". L'aggettivo denota tutto il sapore di cui allora erano intrise le relazioni tra professionisti (psichiatri, psicologi, infermieri) e pazienti: i primi non guardavano ai secondi dall'alto di un piedistallo delineando una netta linea di demarcazione tra le due parti ma, al contrario, queste si fondevano insieme senza alcuna distinzione nel fluire della quotidianità.

A fare da sfondo storico, per una buona parte di quanto viene raccontato ne *La gioia ritrovata*, è quindi la Repubblica Popolare di Polonia.²³ A tal proposito riporto qui le parole, a nostro parere significative, di Bogdan De Barbaro, il quale a sua volta riprende un'osservazione fatta dal medico psichiatra Maria Orwid:²⁴

[...] l'ambiente della clinica psichiatrica di Cracovia, come pure l'insieme delle idee innovative (considerando i tempi di allora), costituivano a loro modo una sorta di rifugio dal grigiore e dalla mediocrità della Repubblica Popolare di Polonia [...].²⁵

Ne *La gioia ritrovata* viene fatto accenno a due fatti storici cruciali per il Paese intero, rilevanti anche per la sfera familiare dell'autrice: il movimento di Solidarność e la dichiarazione dello stato di guerra. Alla prima organizzazione sindacale autogestita del blocco sovietico, ovvero Solidarność,

²¹ Intervento di A. Kozuszek del 17 ottobre 2012 al II Forum di Psichiatria Comunitaria tenutosi a Breslavia; titolo dell'intervento in lingua originale: „Jak zaistnieć na nowo?” (Come rinascere?), www.otwartydialog.pl/dzialalnosc-fundacji/wydarzenia-nowosci.

²² Si veda la nostra traduzione al cap. seguente, p. 92.

²³ Polska Rzeczpospolita Ludowa, in sigla PRL. Fu il nome ufficiale della Polonia adottato dal 1952 con l'entrata in vigore della nuova Costituzione con la quale il Paese divenne uno Stato socialista. Essa stabilì che la guida politica del Paese venisse affidata al Partito Operaio Unificato Polacco, formato dalla fusione fra comunisti e socialisti (Polska Zjednoczona Partia Robotnicza, in sigla PZPR), e come fondamento cardine della politica estera la collaborazione con l'URSS. Tale denominazione rimase in vigore fino al 1989.

²⁴ Maria Orwid (1930-2009), una delle prime donne ad emergere in Polonia nel campo della psichiatria, si formerà a Cracovia e lavorerà già durante gli studi a fianco del professor Antoni Kępiński, con il quale, tra il 1959 e il 1964, darà vita ad un programma di riabilitazione destinato a quanti erano sopravvissuti alla deportazione nel campo di concentramento di Auschwitz. Insegnerà psichiatria presso l'Università Jagellonica e, essendosi specializzata nella psichiatria rivolta ai bambini e ai giovani e in psicoterapia, fonderà in Polonia la prima Clinica Psichiatrica dei Bambini e della Gioventù proprio a Cracovia, nel 1978.

²⁵ Si veda la nostra traduzione al cap. seguente, p. 99.

nata ufficialmente nel 1980 in seguito agli scioperi di massa nei cantieri navali di Danzica poi dilagati anche nel resto del Paese, aveva aderito il padre di Aleksandra Kozuszek ricoprendovi una carica importante. Lo stato di guerra imposto dal governo comunista della Repubblica Popolare di Polonia con l'introduzione della legge marziale, durato dal 13 dicembre 1981 al 22 luglio 1983, perseguiva l'obiettivo di schiacciare l'opposizione politica guidata dal movimento di Solidarność e per tale ragione moltissimi attivisti afferenti alla sfera dell'opposizione vennero internati senza accuse formali. L'autrice, infatti, a proposito del padre scrive: "Prima della dichiarazione dello stato di guerra era andato a lavorare in Libia, cosa che lo aveva salvato dalla reclusione".²⁶

Come anticipato nel paragrafo precedente, l'effettivo svolgimento dell'esperienza psicotica raccontata è chiaramente distinto dal modo in cui la medesima vicenda viene presentata dall'autrice, pertanto trama ed intreccio non coincidono. Per portare un esempio a sostegno di quanto appena affermato, nel primo capitolo de *La gioia ritrovata* troviamo le prime manifestazioni della crisi imminente (comparse già in età adolescenziale) e il primo ricovero in clinica, potendo quindi aspettarci di leggere nelle pagine successive del libro gli eventi legati allo sviluppo della malattia psichica e il conseguente trattamento di cura che progressivamente porterà l'autrice alla guarigione. E, invece, i primi sintomi della malattia tornano nuovamente all'inizio del quarto capitolo, dopo la presentazione di alcuni episodi risalenti al periodo del ricovero in clinica a Cracovia e di altri risalenti al periodo immediatamente successivo alla dimissione dall'ospedale (rispettivamente capitoli II e III de *La gioia ritrovata*). Con l'occasione, ricordiamo che il primo ricovero di Aleksandra Kozuszek è avvenuto nel 1978 e relativamente a quell'avvenimento lei scrive:

Tra non molto passeranno quarant'anni dal momento in cui mi sono trovata per la prima volta nel reparto della Clinica psichiatrica di Cracovia. [...] Sono stata accolta in reparto in uno stato di psicosi profonda. Ero convinta di essere io la causa di tutto il male del mondo.²⁷

I luoghi e gli ambienti descritti, chiusi e/o aperti, oltre al fatto di inquadrare dove si svolge la vicenda, possono talvolta acquisire un valore fortemente simbolico. Rispetto agli ambienti presentati ne *La gioia ritrovata*, ad ogni modo non molto particolareggiati, vogliamo soffermarci nello specifico su due questioni in merito. La prima: gli ambienti descritti in relazione a quanto provocato dalle allucinazioni e dall'approfondirsi della malattia psichica assumono una connotazione negativa, spaventosa, ostile, aggressiva.

²⁶ Si veda la nostra traduzione al cap. seguente, p. 88.

²⁷ A. Kozuszek, *Jak doświadczenie choroby psychicznej może być wykorzystane w edukacji?*, cit., p. 4.

Tutto ciò che era di colore nero si separava dall'ambiente circostante e si faceva aggressivo, con sembianze sataniste, provocandomi un'enorme paura.²⁸

E ancora:

Sulla strada per Cracovia vedevo grandi forni destinati a bruciare persone e fiamme. Al posto di vedere il reparto della clinica, vedevo una sala di torture con diversi dispositivi e macchine per tormentare la gente.²⁹

Anche le persone presenti contribuiscono a rendere minaccioso e avverso l'ambiente circostante; ricordando i tempi del ricovero, Aleksandra Kozuszek scrive:

Durante il soggiorno in clinica avevo manie di persecuzione. Mi sembrava che tutti coloro che mi stavano attorno parlassero di me, cospirando contro di me.³⁰

Ancora più indietro nel tempo, all'epoca del liceo, sono proprio un gruppo di compagni di classe e alcuni insegnanti ad influenzare negativamente l'ambiente scolastico, il quale ne risentirà al punto tale da costituire uno dei fattori scatenanti lo stato di scombussolamento interiore dell'autrice nel periodo adolescenziale:

L'atmosfera in classe ai tempi del liceo ha avuto un grosso influsso sulla confusione che regnava nei miei pensieri e nelle mie emozioni. Chi contribuiva a generare tale atmosfera era un gruppo di ragazzi, figli di genitori benestanti, con un fare da saputelli. Alcuni insegnanti, in lacrime, abbandonavano la classe. La professoressa di inglese, al posto di dire "cari studenti", si rivolgeva agli alunni dicendo "cari insolenti".³¹

La seconda questione riguarda, invece, il modo in cui l'autrice descrive la Clinica psichiatrica di Cracovia presso cui verrà ricoverata più volte. Ci si potrebbe aspettare una descrizione simile a quella appena analizzata concernente gli ambienti irreali e drammatici creati dalle visioni e dall'azione della psicosi. Al contrario, tale aspettativa è destinata a svanire, in quanto fin dalle prime pagine possiamo leggere:

All'epoca, la clinica era in fase di ristrutturazione e le condizioni erano inadeguate, ma in compenso regnava un'atmosfera meravigliosa. Lì ho conosciuto delle persone splendide.³²

²⁸ Si veda la nostra traduzione al cap. seguente, p. 88.

²⁹ *Ivi*, p. 79.

³⁰ *Ivi*, p. 84.

³¹ *Ivi*, p. 96.

³² *Ivi*, p. 80.

Nel corso del libro non troviamo alcuna indicazione sulla clinica che ci possa far pensare ad essa come ad un luogo lugubre, ostile o inquietante. Nemmeno quando Aleksandra Kozuszek ricorda l'applicazione su di sé della camicia di forza emerge un'idea negativa del luogo in cui è costretta:

La camicia di forza era dovuta ai momenti di euforia, durante i quali gettavo svariate suppellettili così "di buon auspicio". [...] Era terribile non potermi asciugare le lacrime e soffiarmi il naso quando ero stesa con la camicia di forza. Tuttavia, si è dimostrato un metodo molto efficace.³³

L'ambiente rappresentato in *Diario di una schizofrenica* (1955), opera che appare sotto il nome della psicoanalista Marguerite Sechehaye, anche se in realtà è stata scritta a quattro mani in stretta collaborazione con la sua paziente Renée, è ben diverso rispetto a quello descritto ne *La gioia ritrovata*. L'opera, considerata un classico della psicoanalisi, si presenta come un documento scientifico e, nel contempo, come un documento umano: scientifico poiché offre la descrizione del decorso e della cura della schizofrenia da cui è affetta Renée, dall'apparizione dei sintomi al pieno sviluppo della malattia, dalle fasi di parziale remissione alle tappe della faticosa normalizzazione raggiunta attraverso un procedimento psicoterapeutico cucito ad hoc sulla paziente; umano perché la descrizione della malattia è opera dell'ammalata stessa, che la racconta come una propria drammatica vicenda spirituale. Al fine di comprendere meglio in che cosa consiste questa netta diversità relativamente agli ambienti descritti, proponiamo qui di seguito alcune righe tratte dall'opera appena citata che fanno trasparire chiaramente un'atmosfera tremenda e asfissiante, estremamente lontana da quella descritta ne *La gioia ritrovata*; anche le figure delle altre pazienti contribuiscono a creare tale atmosfera, cosa che invece non è presente nell'opera di Aleksandra Kozuszek, la quale invece riserva ad esse descrizioni piene di compassione:

[...] non fui condotta nella clinica privata di cui mi avevano parlato, ma nell'ospedale psichiatrico, dove fui introdotta in un reparto di agitate. Quando, spinta nella sala di osservazione, vidi quelle enormi sbarre alle finestre, quelle donne che urlavano, che sputavano ingiurie, o che se ne stavano accosciate in pose strane, trasfigurate e immobili come statue, credetti di morire d'angoscia. La mia infermiera scomparve senza una parola di saluto, ed io mi ritrovai sola in quello scenario allucinante, impazzita di terrore, in una disperazione senza limiti.³⁴

A sostegno di quanto appena dichiarato, nonché per stimolare un confronto tra i passi citati tratti dai due libri, vogliamo riportare qui ancora due citazioni da *La gioia ritrovata*: la prima a testimonianza del tipo di operato del personale della clinica, la seconda a testimonianza della compassione e dell'interesse nutriti dall'autrice nei confronti degli altri pazienti.

³³ Si veda la nostra traduzione al cap. seguente, p. 84.

³⁴ M. A. Sechehaye, *Diario di una schizofrenica*, trad. di C. Bellingardi, Giunti Editore, Firenze 2006, p. 49.

Con pazienza, venivo ogni volta rialzata da terra. Una infermiera lo faceva con molta forza provocandomi dolore alle braccia. È probabilmente grazie a questo che sono presto giunta alla conclusione di non essere un gatto e così ho smesso di camminare sul pavimento.³⁵

Una notte, ho sentito Maria emettere degli strani rumori. Ho chiamato l'infermiera. Maria aveva per lungo tempo accumulato pastiglie di Parkopan³⁶ e le aveva ingoiate tutte. È stata immediatamente trasferita in tossicologia. Appena rientrata in reparto, tutti ci siamo presi cura di lei e con gioia assistevamo al suo ritorno in salute.³⁷

Stando alle parole di Aleksandra Kozuszek, e non solamente a quelle citate qui sopra, non vi è mai un tono accusatorio nei confronti del personale della clinica, come non vi è mai un giudizio negativo sugli altri pazienti, anzi, il ricordo di questi ultimi è sempre avvolto da un'aria di coinvolgimento emotivo e comprensione. Naturalmente, il ricordo degli altri pazienti alle volte può essere amaro, come ad esempio quello di Maria, della quale, proseguendo nella lettura del libro, si apprenderà la sua scelta di togliersi la vita. Invece, l'operato e gli interventi duri talvolta necessari dei medici, dei terapeuti e degli infermieri vengono quasi giustificati sulla base di esigenze terapeutiche, come risulta chiaro anche da queste parole dell'autrice:

C'è stata invece una situazione in cui è stato doloroso l'atteggiamento del mio dottore, che stava in piedi ad osservare (mi pareva con indifferenza) mentre mi mettevano la camicia di forza. Poi ho capito che compativa la mia desolazione.³⁸

A nostro parere non sono casuali tali pensieri in merito, poiché, come detto da Konrad Kozuszek già nella prefazione, sia l'organico curante che gli altri pazienti sono considerati figure essenziali nel campo della collaborazione da mettere in atto per poter raggiungere lo stadio della guarigione.

Per quel che concerne le tecniche narrative, è la stessa autrice de *La gioia ritrovata* a condurre in prima persona singolare la narrazione, essendo lei anche l'unica protagonista dell'opera. Tra l'altro, fra le persone menzionate nel corso delle pagine non ve n'è alcuna ad assumere il ruolo di personaggio principale o secondario: ad esse l'autrice semplicemente riserva un ricordo in particolare, significativo per lei (es. al padre, al marito, alla nonna, al fratello). È dunque interno il narratore e coincide con la protagonista degli avvenimenti. La focalizzazione, ossia l'angolazione da cui si sceglie di presentare l'intera vicenda, ne *La gioia ritrovata* è interna fissa: il narratore assume sempre il punto di vista della protagonista, sicché i fatti vengono giudicati e osservati dall'interno dell'ambiente rappresentato. Di conseguenza, il lettore avrà una conoscenza dei fatti limitata alla diretta esperienza del narratore-protagonista; ogni evento, infatti, sarà filtrato dal suo

³⁵ Si veda la nostra traduzione al cap. seguente, p. 79.

³⁶ Cfr. nota 5 cap. IV.

³⁷ Si veda la nostra traduzione al cap. seguente, p. 80.

³⁸ *Ivi*, p. 84.

giudizio e non sapremo nulla di più o di meno di ciò che scaturisce direttamente dal suo racconto. Quel qualcosa in più lo possiamo eventualmente cogliere dalle parole di Konrad Kożuszek e Bogdan De Barbaro, rispettivamente nella prefazione e postfazione. È un io narrato perché chi è stato coinvolto nella vicenda, ovvero l'autrice stessa, parla della medesima a distanza di tempo, con sentimenti probabilmente diversi da quelli provati nel corso degli eventi passati.

Procediamo ora con l'analisi delle scelte linguistiche e stilistiche adottate ne *La gioia ritrovata*. Il lessico utilizzato da Aleksandra Kożuszek lo possiamo definire comune, a tratti colloquiale, certamente non ricercato o raffinato. Da notare che non compaiono tecnicismi, ossia termini, locuzioni ed espressioni settoriali afferenti alla disciplina medico-psichiatrica; naturalmente, compaiono parole e locuzioni strettamente connesse a tale ambito, che però sono parte del vocabolario comunemente utilizzato dai parlanti, come ad esempio: allucinazioni visive (*halucynacje wzrokowe*), camicia di forza (*kaftan*), sonniferi e calmanti (*leki nasenne i uspakajające*), mania di persecuzione (*mania prześladowcza*), stato di psicosi (*stan psychozy*), applicazione dell'elettroshock (*zastosowanie elektrowstrząsów*). Da questo ne deriva da un lato una facile comprensione del testo per il lettore, dall'altro una agevolazione nella traduzione, in quanto in entrambi i casi non bisogna affrontare un lessico settoriale che spesse volte risulta ostico e oscuro ai più.

Abbiamo detto del lessico essere a tratti colloquiale e a sostegno di ciò portiamo un paio di esempi: l'autrice utilizza l'espressione *zapakowali mnie do „suki”*³⁹ ricordando quando la polizia l'aveva portata all'ospedale psichiatrico di Kobierzyn caricandola nella volante, indicata quest'ultima con il termine *suka*, vocabolo per il quale il dizionario polacco *Wielki Słownik Ucznia*⁴⁰ fornisce, oltre alla prima definizione di “femmina del cane”, vale a dire “cagna”, il significato colloquiale di “automobile destinata al trasporto dei detenuti o degli arrestati”. Un altro esempio, sempre verificabile nel dizionario sopra citato, è dato da *psychotropy*,⁴¹ termine colloquiale usato per indicare gli psicofarmaci in generale, anziché *leki* o *środki psychotropowe*.

Sempre per quanto riguarda il lessico utilizzato, sottolineiamo che l'autrice ha deciso di inserire nel proprio libro alcune espressioni volgari nel ricordare la fase della malattia in cui faceva un uso smodato di parolacce. Curiosamente, queste non compaiono nella versione tradotta in inglese, probabilmente per scelta della traduttrice. Nella traduzione italiana da noi curata, invece, si è preferito mantenerle per dare un'impronta il più fedele possibile sia del testo originale sia delle fasi attraversate nel corso dello sviluppo della malattia.

³⁹ A. Kożuszek, *Radość odzyskana*, op. cit., p. 37; si veda la nostra traduzione al cap. seguente, p. 90.

⁴⁰ *Wielki Słownik Ucznia*, Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa 2006.

⁴¹ A. Kożuszek, *Radość odzyskana*, op. cit., p. 28; si veda la nostra traduzione al cap. seguente, p. 84.

Frequenti sono i modi di dire impiegati, i quali contribuiscono a rendere il discorso più informale e fluido; vediamone concretamente alcuni esempi: *czarne myśli* (cattivi pensieri), *nie dać komuś zmrużyć oka* (non far chiudere occhio a qualcuno), *tryskać wprost radością* (sprizzare gioia da tutti i pori), *wywolać iskierkę radości* (suscitare una scintilla di gioia), *na pełnych obrotach* (a trecentosessanta gradi, a gonfie vele).⁴² Nella versione tradotta da chi scrive si è cercato di trovare degli equivalenti in italiano, conservando perciò tutto il sapore e la ricchezza che i modi di dire conferiscono ad una lingua.

Ne *La gioia ritrovata* sono presenti due citazioni bibliche⁴³ per la cui traduzione ci siamo affidati alla consultazione de *La Bibbia di Gerusalemme*.⁴⁴ La loro presenza concede al libro un tratto di ricercatezza, ma soprattutto esse risuonano a gran voce in un ambito molto rilevante per l'autrice, quello della fede in Dio, ambito al quale dedica molte riflessioni nelle pagine del proprio libro. Osiamo dire, volendo guardare alle vicissitudini di Aleksandra Kożuszek non solo dalla prospettiva della malattia, che la fonte della gioia da lei ritrovata non risieda solamente nella guarigione, ma anche nella forte fede in Gesù Cristo, riscoperta proprio mentre si trovava ricoverata in clinica. Su tale aspetto torneremo più tardi, sempre nel corso di quest'ultimo capitolo, quando ci dedicheremo all'analisi tematica de *La gioia ritrovata*.

Evidenziamo inoltre, a proposito di ricercatezza da un lato e di completo affidamento alla fede in Dio dall'altro, la presenza nel libro di Aleksandra Kożuszek di due componimenti poetici scritti da Suor Maria di Gesù Misericordioso e di quattro versi tratti da una canzone religiosa il cui titolo è *Pozdrawiam*.⁴⁵ Nei primi due traspare l'immenso amore di Dio, sufficiente da solo a colmare il mistero dell'esistenza e il vuoto che talora regna intorno all'uomo; nei versi posti a conclusione delle memorie, l'autrice, tramite essi, chiede al Signore una cosa in particolare: quella di imparare a ringraziare in silenzio attraverso la propria vita e le proprie azioni, quasi a dire di portare testimonianza dell'amore e della misericordia di Dio agli altri, in quanto lei stessa ne ha fatto e continua a farne profonda esperienza.

Concludiamo, continuando però sempre sulla scia dell'analisi delle scelte linguistiche e stilistiche, con il prendere in esame il registro adottato da Aleksandra Kożuszek. Visti il lessico utilizzato, comune, colloquiale e alquanto privo di ricercatezze, e la sintassi corretta ma non riccamente elaborata, possiamo affermare che si tratta di un registro medio, perché informale, non marcato e che talora si avvale di espressioni tipiche della comunicazione quotidiana. La sintassi è perlopiù semplice e scarna e il periodo è strutturato soprattutto su frasi brevi accostate per mezzo di

⁴² Si veda la nostra traduzione al cap. seguente, rispettivamente pp. 83, 85, 86 e 92.

⁴³ A. Kożuszek, *Radość odzyskana*, op. cit., pp. 34 e 46; si veda la nostra traduzione al cap. seguente, pp. 89 e 94.

⁴⁴ *La Bibbia di Gerusalemme*, EDB - Edizioni Dehoniane Bologna, Bologna 1998.

⁴⁵ A. Kożuszek, *Radość odzyskana*, op. cit., pp. 6, 15 e 51; si veda la nostra traduzione al cap. seguente, pp. 76, 80 e 96.

una virgola o di una congiunzione; poc'anzi abbiamo definito la sintassi poco elaborata, non essendo molto presenti frasi lunghe e complesse e proposizioni principali da cui dipendono varie subordinate. Il risultato determinato da tutto ciò è un ritmo narrativo piuttosto stringato, certamente non lento. Anche quest'ultimo aspetto si è dimostrato essere vantaggioso nel tradurre il testo dalla lingua di partenza, ossia il polacco, alla lingua d'arrivo, l'italiano.

A proposito del passaggio dalla lingua originale del libro a quella italiana, vorremmo commentare la scelta da noi fatta di utilizzare nella traduzione italiana prevalentemente il passato prossimo, anziché il passato remoto, per tradurre il tempo passato esistente nella lingua polacca. Anzitutto, riteniamo necessario soffermarci sul tempo passato esistente nella lingua di partenza della nostra traduzione:

La coniugazione ha in polacco un solo tempo Passato e un Trapassato di scarso uso da contrapporre ai cinque tempi che in italiano determinano, all'Indicativo, l'azione svoltesi in un passato prossimo o remoto; in compenso, un complesso giuoco, formale e semantico, di «aspetti» offre possibilità inusitate per determinare e circostanziare una azione intesa come tempo.⁴⁶

Nella lingua polacca, i verbi si suddividono in due grandi gruppi in base al loro aspetto verbale: i verbi imperfettivi, che esprimono un'azione o uno stato che si protrae nel tempo e che può essere ripetuto o in corso, e i verbi perfettivi, che indicano un'azione o uno stato concluso, puntuale e non ripetuto, o segnalano un cambiamento di stato. Due verbi che indicano lo stesso stato o la stessa azione, presentando però una loro diversa durata, formano la cosiddetta coppia aspettuale.

Al passato vengono coniugati sia verbi imperfettivi che verbi perfettivi, rispettivamente a seconda che l'azione passata cui fanno riferimento sia stata duratura, ripetuta, in corso, oppure unica, conclusa, limitata nel tempo.⁴⁷

Passando ora alla lingua italiana, possiamo definire il passato prossimo un tempo verbale commentativo (o participativo), a differenza del passato remoto e dell'imperfetto – quest'ultimo usato nel caso delle descrizioni – che sono invece narrativi (o distaccati). Vogliamo ricorrere al commento dell'Accademia della Crusca per motivare al meglio la nostra scelta circa i tempi verbali impiegati, ritenendo il passato prossimo più adatto per esprimere azioni che hanno lasciato un segno nel presente, pertanto più vicine nei ricordi e nella mente, anche se avvenute indietro nel tempo:

⁴⁶ C. Verdiani, *La lingua polacca*, Sansoni Editore, Firenze 1956, p. 191.

⁴⁷ E. Lipińska, *Z ziemi włoskiej do polskiej. Manuale di grammatica polacca per italiani*, trad. e adattamento di M. Coleschi, Universitas, Cracovia 2010, p. 167.

La scelta del passato prossimo e del passato remoto non dipende dalla distanza *temporale* degli avvenimenti; dipende dalla collocazione che diamo a questi rispetto al momento in cui ne parliamo e dal "punto di vista" dal quale li consideriamo, cioè dall'atteggiamento con cui percepiamo il passato. Usiamo il passato prossimo per esprimere un'azione compiuta o un accadimento che "lasciano tracce" (come diceva Giacomo Devoto) nel presente. Usiamo il passato remoto per manifestare il distacco, e quindi la lontananza, di tali avvenimenti dal momento in cui ne parliamo. Dobbiamo perciò intendere *remoto* nel suo significato etimologico di "separato", "staccato", "rimosso"; e *prossimo* come indicante vicinanza o attualità psicologica.⁴⁸

3.4 Analisi tematica e (naturale) collegamento con l'Open Dialogue Approach

Dopo aver proceduto all'esame del genere letterario e all'analisi letteraria de *La gioia ritrovata*, desideriamo prendere in considerazione i nuclei tematici presenti nel libro di Aleksandra Kożuszek, che riteniamo essere essenziali e rilevanti non solo al fine di comprendere il significato globale della sua opera, ma anche per cogliere delle forti somiglianze con l'Open Dialogue Approach, modello di trattamento psichiatrico e, stando alle parole di Jaakko Seikkula, uno "stile di vita"⁴⁹ (di cui abbiamo ampiamente parlato nei capitoli I e II del presente lavoro), che ha mosso i suoi primi passi in Polonia nel 2011, decollando innanzitutto nel 2013 con l'inizio dei corsi di Dialogo Aperto nel Paese e poi con l'organizzazione della I Conferenza Nazionale di Dialogo Aperto,⁵⁰ tenutasi a Breslavia il 28 e 29 giugno 2016, alla quale hanno preso parte più di centoventi persone tra neolaureati e partecipanti dei corsi di Dialogo Aperto, specialisti che lavorano nel campo, pazienti e loro famiglie, nonché persone coinvolte nel processo di cambiamento del sistema di assistenza psichiatrica. In tale processo il Dialogo Aperto gioca un ruolo fondamentale, in particolare nel verso di una deistituzionalizzazione dell'intero sistema di assistenza psichiatrica.

Abbiamo fatto accenno all'esistenza di somiglianze tra i nuclei tematici de *La gioia ritrovata* e il Dialogo Aperto, in particolare per quel che riguarda alcuni principi, elementi e caratteristiche di tale pratica. A nostro parere, non casualmente Aleksandra Kożuszek si è inserita in tale ambito: non solo per portare testimonianza del proprio vissuto e speranza per quel che riguarda l'effettiva possibilità di guarire, ma anche per alcuni punti di contatto tra la propria esperienza di lunga sofferenza e di graduale rinascita e l'approccio del Dialogo Aperto, portatore di un nuovo pensiero circa le malattie psichiche e le persone che ne sono affette. Esso oggi la vede schierata in prima linea nel raccontare il lungo periodo in cui si è trovata nel buio di un "tunnel" (per riutilizzare l'immagine metaforica

⁴⁸ Accademia della Crusca, *Sull'uso del passato remoto*, commento del 12 marzo 2004, in "Risposte ai quesiti" nella sezione di "Consulenza linguistica" presente sotto la voce "Lingua italiana" del sito dell'Accademia della Crusca, disponibile all'indirizzo www.accademiadellacrusca.it.

⁴⁹ J. Seikkula, *Il dialogo aperto. L'approccio finlandese alle gravi crisi psichiatriche*, trad. di C. Tarantino, Giovanni Fioriti Editore, Roma 2014, p. 104.

⁵⁰ Denominazione in lingua originale: „I Krajowa Konferencja Otwartego Dialogu”. Informazioni reperibili al seguente indirizzo www.otwartydialog.pl/podsumowanie_konferencja_2016-06-28.

presente ne *La gioia ritrovata*) che le aveva totalmente oscurato il contatto con la realtà, mostrando fermezza nel tornare indietro a quegli eventi dolorosi. Il Dialogo Aperto le ha anche offerto la possibilità, a livello professionale, di diventare una EX – IN, andando ad affiancare i professionisti alle conferenze sul tema e nei team terapeutici e accompagnando i pazienti nel loro cammino terapeutico, nonché diventando a sua volta formatrice dei nuovi esperti attraverso l’esperienza. Le sue memorie vogliono essere una testimonianza di quanto da lei affrontato in prima persona, nonché strumento per diffondere il fatto che è possibile guarire, e infondere perciò speranza in tutti coloro che si trovano a dover vivere la malattia psichica:

Sono stata ammalata, ma sono completamente guarita. Conduco una vita attiva, ho formato una famiglia, lavoro e condivido la mia esperienza, dando speranza a chi sta attraversando la crisi psichica.⁵¹

Nella sua globalità, *La gioia ritrovata* presenta, a nostro parere, quattro nuclei tematici principali, all’interno dei quali possiamo individuare alcuni sottotemi che si sviluppano a partire dal medesimo nucleo. Siamo giunti a tale conclusione soltanto dopo un’accurata lettura dei dodici capitoli che compongono il testo, poiché i nuclei tematici individuati vengono ripresi e approfonditi nel corso di più capitoli e non in ordine in un capitolo di seguito all’altro. Li presentiamo qui di seguito mediante un punto elenco che li fissi in maniera chiara, per poi andare ad approfondirli singolarmente:

- 1) sofferenze e situazioni critiche derivanti dalla malattia psichica;
- 2) l’importanza della relazione con gli altri e della loro vicinanza;
- 3) la fede;
- 4) il ritorno alla vita quotidiana.

Il primo nucleo tematico, chiaramente, ci si può aspettare che costituisca il nocciolo dell’intera esperienza di Aleksandra Kożuszek in quanto motivazione che ha stimolato la scrittura del libro, ma in realtà i restanti tre nuclei tematici rappresentano degli anelli indispensabili al fine di comprendere l’intera esperienza dell’autrice, senza la quale lei stessa si chiede se oggi sarebbe la stessa persona, affermando addirittura:

⁵¹ R. Bisikiewicz, *Podsumowanie Konferencji „Obudźmy nadzieję – wyzdrowienie jest możliwe!!! Powiat trzebnicki”* (Riassunto della Conferenza “Svegliamo la speranza – la guarigione è possibile!!! Distretto di Trzebnica”), 24 novembre 2016, disponibile al seguente indirizzo www.otwartydialog.pl nella sezione degli avvenimenti (Wydarzenia).

Attraverso la prospettiva del tempo, mi accorgo che tali esperienze in qualche modo sono state necessarie per raggiungere la maturità e lo stato di equilibrio in cui mi trovo adesso.⁵²

Tra le sofferenze di cui parla l'autrice vi è la descrizione dei primi sintomi, comparsi come solitamente accade nel caso delle malattie psichiche in età adolescenziale: si è trattato di stati depressivi, di un senso di estraneità rispetto al gruppo dei coetanei, di una ricezione negativa di se stessa e dell'assenza di idee per il proprio futuro, il tutto influenzato sfavorevolmente dal culto del più forte che imperava in classe ai tempi del liceo, dal completo rifiuto dei valori impartiti dai genitori e poi dalla tragica violenza subita durante un viaggio in ex Jugoslavia. L'autrice, però, ne *La gioia ritrovata* non definisce mai in modo specifico la malattia mentale da cui è stata affetta, parlando invece più generalmente di crisi, psicosi o crisi psicotica, stati depressivi. In un articolo da lei scritto dopo la stesura del libro sembra quasi spiegare il motivo di tale sua scelta e dichiara:

Nella storia della mia malattia si trovano diagnosi diverse, tra cui quelle di schizofrenia, di ciclofrenia, di psicosi. La sofferenza psichica sembra essere indefinibile ed inesprimibile.⁵³

L'autrice ricorda alcuni episodi vissuti e fasi attraversate dovuti alla malattia, come ad esempio le manie di persecuzione, le allucinazioni, i momenti di euforia, gli stati di paura; ad essi vanno aggiunti anche i vari tentativi di suicidio, dei quali ne ricorda in particolare uno e a loro proposito scrive: “[...] la Divina Provvidenza vegliava su di me e fortunatamente sono stati solo dei tentativi falliti”.⁵⁴

Nonostante la drammaticità di tali eventi, emerge la figura importante del terapeuta di Aleksandra Kożuszek, Bogdan De Barbaro, all'epoca un giovane psichiatra al quale l'autrice ha dato piena fiducia fin dal loro primo incontro. Egli è lo stesso che nel corso del tempo le presenterà il ricovero in clinica come l'unica alternativa possibile, che la cercherà insieme al marito Konrad dopo la fuga a Cracovia, che cercava la comunicazione con lei nei momenti più difficili e che alle volte si sentiva impotente, ma soprattutto è lui che ha assistito ai singoli passi dell'oramai ex paziente verso il ritrovamento di se stessa.

Al secondo nucleo tematico, ossia l'importanza della relazione con gli altri e della loro vicinanza, l'autrice dedica molte righe in cui affiorano ricordi, pensieri e riflessioni in merito. La sua famiglia, all'epoca profondamente preoccupata e scossa per le sue condizioni di salute, ha rivolto tutte le attenzioni su di lei, proprio come fa il Signore nei confronti dell'unica pecora

⁵² Si veda la nostra traduzione al cap. seguente, p. 77.

⁵³ A. Kożuszek, *Cierpienie z perspektywy pacjentów (La sofferenza vista dalla prospettiva dei pazienti)* in *Dla nas – Czasopismo Środowisk Działających na Rzecz Osób Chorujących Psychiczenie*, nr 33, marzo 2015, p. 16. Articolo disponibile anche online all'indirizzo www.otworzcie drzwi.org nella sezione Czasopismo "Dla Nas".

⁵⁴ Si veda la nostra traduzione al cap. seguente, p. 82.

smarrita del gregge. Quanto ai genitori, ricorda anche lo spirito d'amore e di accettazione con cui hanno cresciuto tutti e tre i figli. Nei lunghi anni della malattia, i genitori, il fratello e la sorella sono stati a fianco di Aleksandra Kożuszek nel buio del tunnel, gioendo anche del suo più piccolo passo in avanti verso la guarigione. L'autrice parla soprattutto del padre, al quale era affezionata in modo particolare e del quale fa un amorevole ritratto, dedicando alla sua memoria l'intero capitolo VII de *La gioia ritrovata*:

Nonostante la lontananza, mio papà mi è stato vicino durante la mia prima ricaduta nella malattia. Mi sosteneva. Mi spronava a terminare la tesi magistrale e nelle situazioni problematiche mi dava saggi consigli.⁵⁵

Altra figura centrale, che con grande amore e profonda fede ha accompagnato l'autrice lungo il sentiero tortuoso e molto spesso in salita della malattia, nonché nel difficile ritorno alla vita quotidiana, è quella del marito Konrad Kożuszek, il quale ha scelto di sposarla nel 1985, quando la malattia stava ancora facendo il suo decorso. Come è lei stessa a raccontarlo in più frangenti nel libro, la loro vita matrimoniale non è stata priva di ostacoli e la malattia psichica l'ha certamente messa più volte a dura prova.

Fondamentali sono stati e continuano ad essere anche i rapporti di amicizia, quelli più datati, quelli risalenti ai tempi della clinica, come pure quelli più recenti: essi vengono considerati dall'autrice essenziali, fonte di arricchimento personale e dono di Dio.

Concludiamo l'analisi di questo nucleo tematico utilizzando le parole significative di Aleksandra Kożuszek, le quali mostrano un naturale collegamento con il secondo principio dell'Open Dialogue Approach descritto nel capitolo I del presente lavoro:

La collaborazione tra il medico, la mia famiglia e me stessa ha rivestito una grande importanza nello sconfiggere il nostro nemico comune, ovvero la malattia.⁵⁶

Passiamo ora al nucleo tematico relativo alla fede, da ritenere probabilmente quello più importante poiché ricorre frequentemente nelle pagine de *La gioia ritrovata*. Potremmo quasi dire che la fede rappresenti un sottofondo costante nelle parole di Aleksandra Kożuszek, a conferma della fondamentale importanza che riveste la religione cristiano-cattolica nell'identità nazionale polacca. L'autrice parte in realtà dal suo allontanamento dalla fede, avvenuto in età adolescenziale contestualmente ai primi sintomi di un'instabilità di umore, quando rifiutava anche l'idea di una fede basata sulla tradizione e l'andare in chiesa. La Divina Provvidenza, come detto prima, ha però

⁵⁵ Si veda la nostra traduzione al cap. seguente, p. 89.

⁵⁶ *Ibid.*

continuato a vegliare su di lei e anche a far sì che i tentati suicidi risultassero fallimentari. Stando alle sue parole, l'autrice inizierà a fare esperienza dell'amore di Dio proprio in clinica, poi nella vita matrimoniale e nel Rinnovamento carismatico cattolico abbracciato insieme al marito. Ancora ricoverata in clinica, proprio nel giorno della nascita di Gesù Cristo, avrà luogo il suo riavvicinamento alla fede cattolica:

Il giorno di Natale siamo andati in gruppo alla Santa Messa. Sono stata abbagliata. Le parole del Prologo del Vangelo di Giovanni mi sono giunte con tutta la forza. Ho sentito profondamente l'amore di Dio e da quel momento ha avuto inizio il mio avvicinamento a Gesù.⁵⁷

La fede si rivelerà essere uno strumento di grande sostegno per Aleksandra Kożuszek: un sostegno diciamo terapeutico quand'era ammalata e un sostegno quotidiano nella vita dopo la guarigione. E qui nasce spontaneo il collegamento con le parole di Bogdan De Barbaro, terapeuta dell'autrice, presenti nella postfazione de *La gioia ritrovata*, parole da considerare ancora più significative essendo state pronunciate da un medico:

Il testo di Ola invita a prestare attenzione ancora ad un altro aspetto della terapia, un aspetto che alle volte viene sottovalutato dagli psichiatri: la vita spirituale dei pazienti. [...] la testimonianza di Ola dimostra che la religione [...] rappresenta un importante potenziale. È la possibilità di trovare sostegno in ciò che di metafisico aiuta il paziente a recuperare le forze.⁵⁸

Dalla sfera spirituale, dunque, un ammalato può attingere quella forza e quella speranza che altrimenti faticherebbe a trovare nelle cose materiali, potendo nel complesso affrontare meglio la malattia. Questo concetto viene ben spiegato in un articolo scritto dalla psicologa Valentina Giambra:

Il momento della preghiera – o della meditazione – è un'occasione per poter rilassare la mente e il corpo [...]. In questo modo, si riduce la probabilità che la persona ammalata si isoli o si senta sola.

E ancora:

[la fede religiosa] non solo consente alla persona di dare un senso alla malattia, ma le permette di mantenere un atteggiamento positivo e di affrontare la malattia in modo attivo e speranzoso, senza subirla.⁵⁹

⁵⁷ Si veda la nostra traduzione al cap. seguente, p. 83.

⁵⁸ *Ivi*, p. 99.

⁵⁹ V. Giambra, *La fede religiosa, fattore protettivo nella malattia*, in *State of Mind – Il giornale delle scienze psicologiche*, 26 ottobre 2016, www.stateofmind.it, ID 140706.

Un'ultima cosa su cui vorremmo soffermarci ancora relativamente a questo terzo nucleo tematico riguarda il ruolo giocato dalla malattia dell'autrice sulla fede del fratello. La sofferenza della sorella non lo ha allontanato da Cristo, anzi lo ha avvicinato al punto tale da mettersi totalmente a Suo servizio: in lui, oggi sacerdote ormai da molti anni, la vocazione infatti avrebbe preso forma proprio in seguito al ricovero in clinica della sorella.

L'ultimo nucleo tematico, riguardante il ritorno alla vita quotidiana della paziente, è importante per capire come la vita dei pazienti e delle persone loro vicine subisca profonde conseguenze dallo scombussolamento generale causato dalla malattia mentale. L'Open Dialogue Approach ha a cuore questo momento delicato, ritenendo di enorme importanza il graduale ma completo riappropriarsi della propria vita da parte del paziente. Le difficoltà possono derivare anche dalle più semplici attività caratterizzanti la vita di tutti i giorni, ma sono proprio quelle che il paziente deve riprendere a fare allo scopo di ripristinare un certo equilibrio e una certa autonomia. Infatti, ne *La gioia ritrovata* i piccoli compiti quotidiani, come ad esempio lavarsi i denti, si dice abbiano agito come una sorta di terapia sulla paziente.

Poi, nell'ambito della vita quotidiana di una persona, vi è un'altra dimensione rilevante, che è quella lavorativa: essa contribuisce a farci sentire realizzati, appagati, inseriti con un ruolo preciso nella società e, se vogliamo, aiuta a farci sentire vivi. Nel caso di Aleksandra Kozuszek, l'attività lavorativa come insegnante di musica è stata come una forma di rinascita a seguito delle cadute provocate dalla malattia psichica. Lavorare con i bambini, e per giunta nel campo dell'educazione, era motivo di gioia per lei, ma nello stesso tempo le richiedeva molte energie e un profondo coinvolgimento a livello emotivo. Tornare a lavoro dopo il ricovero in clinica ha certamente rappresentato per l'autrice una buona opportunità di reintegrazione sociale e un antidoto per combattere lo stigma. A tal proposito scrive:

Rientrata al mio lavoro a scuola, ho trovato benevolenza e accettazione. So, però, che non tutti gli ex pazienti hanno esperienze positive una volta lasciata la clinica.⁶⁰

Va tenuto presente, inoltre, che il contesto lavorativo è anzitutto un contesto relazionale in cui le relazioni stesse possono favorire l'integrazione dell'ex paziente. In più, per spiegare meglio:

[il lavoro] è luogo di rafforzamento di fiducia e rispetto di sé, di scambi di relazioni d'apprendimento, di valorizzazione, di crescita personale e professionale. [...] L'inclusione sociale e lavorativa dei soggetti deboli costituisce un processo centrale per la promozione del benessere della persona e si configura, nella strategia d'intervento più ampia, un fattore chiave per le politiche sociali. La persona con disturbi psichici è portatrice di diritti da esercitare in un contesto di cittadinanza attiva e di capacità e autonomie personali, che devono essere

⁶⁰ Si veda la nostra traduzione al cap. seguente, p. 86.

valorizzate, per contrastare i rischi di esclusione sociale, ma anche per ridurre i costi complessivi di assistenza e superare la pura logica assistenziale.⁶¹

I quattro nuclei tematici da noi individuati ne *La gioia ritrovata* contribuiscono nel loro complesso ad indirizzare in un certo qual modo lo sguardo del lettore sulla malattia psichica. Per quanto drammatica e difficile da affrontare, essa non toglie dignità e valore alla paziente, la quale continuerà ad essere considerata prima di tutto una persona e la sua testimonianza rappresenta una fonte di speranza.

In altri casi, però, la letteratura può far venire alla ribalta, come una sorta di denuncia a livello sociale, situazioni di arretratezza quanto alle condizioni di vita dei malati psichici. È il caso, ad esempio, del romanzo *Le libere donne di Magliano* (1953) dello psichiatra Mario Tobino, nel quale l'autore descrive sotto forma di diario le storie di alcune pazienti con cui era venuto a contatto nella sua esperienza professionale presso il manicomio di Magliano in provincia di Lucca. Dalla descrizione che Tobino fa dei singoli personaggi emerge il loro essere persone comuni che vivono seguendo leggi proprie che gli altri faticano a capire; pertanto, la finalità principale del romanzo è dimostrare che i malati psichici sono creature degne di rispetto, tanto quanto coloro che la società etichetta come "sani". Il passo che di seguito citiamo, tratto dalla prefazione al romanzo presente nell'edizione Mondadori del 2001, è utile per capire il contesto in cui ha operato lo stesso Mario Tobino, nel quale ha sperimentato la propria visione moderna della cura del paziente:

E nel 1953, anno in cui viene pubblicato da Vallecchi, il romanzo ha l'effetto di un potente detonatore delle condizioni in cui erano tenute le degenti presso le strutture psichiatriche. Le stesse che Tobino, direttore della sezione delle agitate, avrebbe progressivamente eliminato, nell'ottica di un ospedale vivibile e aperto, moderno nelle cure e accogliente nel rapporto con le famiglie. Ma nei primi anni cinquanta, a un anno dall'invenzione degli psicofarmaci e dal loro uso nel trattamento delle malattie psichiche, le condizioni di vita dei malati di mente sono ancora drammaticamente arretrate e il racconto di Tobino si fa denuncia, Pietas, deformazione grottesca, sacra rappresentazione, tentativo di raccontare un mondo nel momento esatto in cui sapeva che sarebbe andato a scomparire.⁶²

⁶¹ Allegato A alla Dgr. della Regione Veneto n. 21 del 17 gennaio 2012, p. 4.

⁶² M. Tobino, *Le libere donne di Magliano*, Arnoldo Mondadori Editore, Milano 2001, prefazione di P. Italia.

CAPITOLO IV

Aleksandra Kożuszek, *La gioia ritrovata*

Prefazione

Nei nostri tempi assistiamo al disfacimento dei legami interpersonali. L'accanita ambizione al successo e al profitto comporta l'aumento del numero degli sconfitti in questa battaglia. Si ingrandiscono gli spazi della miseria, sempre più uomini e donne hanno bisogno di aiuto psichiatrico.

Il mio percorso di vita assieme ad Ola, che dura da ventisette anni, è una storia di opposizione a questa tendenza generale in cui domina la legge del più forte, e l'uomo, sempre più spogliato della vicinanza all'altro, conta solo su se stesso ed è infelice.

La testimonianza di mia moglie dimostra come si può uscire dalla malattia psichica. Essa permette di afferrare le tappe di tale percorso. In primo luogo, l'organico curante, il personale della clinica, gli altri pazienti e la famiglia collaborano durante il processo di guarigione. Si può fare accenno al fatto che il continuo contatto con il medico e il controllo della salute ad esso collegato è indispensabile dopo la cura.

In secondo luogo: l'organizzazione del ritorno alla normale attività quotidiana è un compito oltre le forze del paziente che ha appena lasciato l'ospedale psichiatrico. Egli necessita di un molteplice sostegno. Qui serve porsi una domanda: in un'epoca di generale rivalità, come convincere le persone della benevolenza e del farsi carico di un aiuto disinteressato nei confronti di coloro che hanno bisogno? È essenziale un gruppo di persone pronte a sostenere l'altro con la parola e con l'azione.

In terzo luogo: inserito in un contesto amichevole, l'ex paziente può nuovamente imparare la regolarità nell'intraprendere semplici attività quotidiane. Egli deve scoprire di nuovo che l'attività non può dipendere dall'umore del momento. Durante il lungo periodo della convalescenza ha bisogno di persone benevole, che lo stimolino, che lo impegnino in occupazioni utili, i cui effetti lo aiutino a ristabilire e a riconoscere il proprio valore. Questa tappa spesso è un faticoso ritorno al ritmo dell'attività e del riposo. Nel nostro caso sono trascorsi più di dieci anni prima che Ola consolidasse il buon umore.

Quarta cosa: alla malattia si lega l'interruzione oppure l'indebolimento dei legami interpersonali precedenti, la fuga dalla realtà. La ricostruzione di relazioni interpersonali positive e il ritorno all'autonomia, ad essa collegato, è la tappa più difficile lungo la strada verso il recupero della salute. Per l'ammalato che si trova sulla via del ritorno in salute è necessario il contatto con chi manifesta ininterrottamente l'accettazione, nonostante le tensioni connesse con la quotidianità.

Da dove trarre la forza per un compito simile? Io l'ho tratta dalla fede, che ha un carattere comunitario. Non la si può vivere senza prendersi cura dell'altro. Siamo circondati da un grande gruppo di amici. Una meta comune e la stessa speranza sono state per noi un sostegno, indicandoci la strada nei momenti più difficili.

Oggi insistentemente si fa credere alla gente che la vita consista nel soddisfare i bisogni, principalmente quelli materiali. Questo orizzonte ristretto conduce alla perdita di senso e alla perdita del radicamento nella realtà. Aiutare una persona a scoprire la meta, consentirle di mettersi in attività e di fare ritorno vita sociale: è questa la via d'uscita dalla malattia psichica.

Konrad Kożuszek

*Sei al margine
E ancor di più
Toccato da un gran dolore
Trabocchi in me
Un piccolo frammento ferito dall'oblio
Con un tenero bacio riveli
Il mistero della mia esistenza:
Sono amata
Dunque esisto.*

Suor Maria di Gesù Misericordioso

Ho alle spalle una lunga lotta con la malattia psichica. Da dieci anni sono in buona forma e guardo a quelle vicissitudini con distacco. Attraverso la prospettiva del tempo, mi accorgo che tali esperienze in qualche modo sono state necessarie per raggiungere la maturità e lo stato di equilibrio in cui mi trovo adesso. Molte persone sono state coinvolte nel processo di recupero della mia salute. Ricordo le situazioni che creava la mia immaginazione malata come pure quelle tratte dal mondo reale.

Vorrei condividere la mia esperienza di guarigione dalla malattia, in quanto spero possa aiutare quanti stanno vivendo una crisi psichica a credere che la guarigione è possibile.

Nutro un pensiero di gratitudine verso le tante persone che mi è stato concesso di incontrare lungo questa strada. Mi rendo conto che senza il loro contributo in questo momento non potrei gioire della vita e della salute ritrovate.

Capitolo I

Sicuramente non avevo una predisposizione alle malattie psichiche. E non era nemmeno una questione ereditaria. Sono cresciuta in un'atmosfera di amore e comprensione. Questo lo provavo in particolare nella relazione con il papà – ero la “la luce dei suoi occhi”. Ma non solo. Entrambi i genitori facevano sentire a noi figli (ho una sorella e un fratello minori) la nostra importanza. Ci dedicavano molto tempo e attenzioni, trascorrevano sempre le vacanze con noi. Ci stimolavano a sviluppare interessi. La mamma è stata la mia prima insegnante di pianoforte. Frequentavo una scuola di musica (suonavo il violoncello), ballavo in una scuola di danza e fin da bambina studiavo la lingua inglese. Avevo un programma settimanale molto ricco di impegni, cosa che mi ha insegnato a saper organizzare bene il tempo. Mi piacevano le lezioni, sebbene alle volte avessi voglia di rompere l'archetto e gettarlo fuori dalla finestra. Allora, i genitori, fortunatamente, mi invogliavano ad esercitarmi ancora.

Ricordo con piacere il fare musica in famiglia o i canti a quattro voci quando tornavamo con gli amici dalla scuola di musica. Mi riusciva particolarmente bene l'opera “Andantino” di P. Martini. Quando il papà durante le feste in famiglia ci incitava ad esibirci musicalmente, io eseguivo sempre quello. Dopo qualche tempo persino gli zii, che non avevano nulla a che fare con la musica classica, si rendevano conto che “s'era già sentito”. Molti anni dopo, quell'opera è stata suonata dalla mia professoressa al nostro matrimonio.

Mi sentivo amata e apprezzata in tutti gli ambienti. Le compagne di classe avevano realizzato per la discoteca della scuola un manifesto in cui mi hanno rappresentata con l'abito da sposa, aggiungendo la scritta: "Al matrimonio di Ola i suoi ammiratori le han fatto gli onori".

So che le cause della malattia psichica sono complesse e che molti sono i fattori ad incidere sull'insorgenza della crisi. Ho iniziato a vivere stati depressivi durante l'età dell'adolescenza. È emerso un senso di estraneità nei confronti dei coetanei. Ho marinato quasi l'intero anno della terza superiore. Con un'amica progettavamo delle lezioni più interessanti rispetto a quelle scolastiche. A lei ho confidato la mia ridotta autostima. Provava a convincermi che era tutto normale e di non vedere alcuna preoccupante variazione nel mio comportamento. Tutto ciò, evidentemente, ha avuto le sue conseguenze nei voti a scuola. I miei genitori erano preoccupati e dialogavano molto con me.

Sentivo che il mio indietreggiare stava aumentando. Mi chiudevo sempre più in me stessa, perdendo il senso della mia stessa identità. Spuntavano pensieri immaginari collegati alla paura. Avevo timore di guardarmi allo specchio, perché il mio sguardo era estraneo e spaventevole. Smisi di andare in chiesa. Rifiutavo una fede basata sulla tradizione. Trascorrevo così le messe domenicali in una vicina caffetteria. Poi, interrogavo le mie amiche sul Vangelo del giorno, nel caso in cui i miei genitori mi facessero delle domande al proposito. Nonostante la malattia continuasse a svilupparsi, sono riuscita a superare gli esami di maturità e quelli d'accesso a Musicologia presso l'Università Jagellonica.

Indubbiamente, la violenza che ho subito durante un viaggio in autostop in Jugoslavia assieme ad un'amica ha devastato l'immagine interiore di me stessa. Mi sentivo ridotta a uno straccio. Si sviluppò la psicosi. Di notte urlavo. I miei genitori chiamarono il pronto soccorso. Sono stata mandata all'ospedale psichiatrico di Toszek. Tuttavia, i miei genitori decisero di portarmi in una clinica di Cracovia, in quanto avevano sentito parlare del professor A. Kępiński¹ e volevano assicurarmi le migliori condizioni di cura. Quando mi hanno consegnato la domanda per interrompere temporaneamente gli studi, avevo paura di firmarla, pensando che fosse un patto con il diavolo.

¹ Cfr. par. 2.3 del cap. II. Aggiungiamo che la formazione medica di Kępiński ebbe inizio a Cracovia presso l'Università Jagellonica, ma fu presto interrotta dall'infuriare della Seconda guerra mondiale. Terminò gli studi nel 1946 ad Edimburgo, città che poco dopo lasciò per fare ritorno in Polonia. Qui lavorò presso la Clinica psichiatrica della facoltà di medicina dell'Università Jagellonica. Delle sue numerose opere ricordiamo, oltre a quelle già menzionate nel paragrafo sopra citato, *Schizofrenia* (1972), *Psychopatie* (1977), *Lęk* (1978), *Podstawowe zagadnienia współczesnej psychiatrii* (1978), *Poznanie chorego* (1978).

Sulla strada per Cracovia vedevo grandi forni destinati a bruciare persone e fiamme. Invece che il reparto della clinica, vedevo una sala di tortura con diversi dispositivi e macchine per tormentare la gente.

Ero convinta di essere io la loro autrice. Pensavo di essere la causa di tutto il male del mondo.

Il professor Kępiński non era più in vita. Mi sono trovata in cura dal professor Bogdan De Barbaro,² che allora era un giovane medico. Sin dall'inizio gli ho accordato piena fiducia, primo passo per uscire dalla malattia.

Capitolo II

Per due mesi ho vissuto nel mondo delle allucinazioni. Ovunque vedevo fiamme, mi perseguitava l'odore di cadaveri bruciati (conoscevo l'odore di proteine bruciate dagli esperimenti fatti durante le lezioni di chimica). Mi sembrava di aver fatto di mio padre un sapone (un'impressione originata in seguito alla lettura di "Senza dimenticare nulla" di Z. Nałkowska)³ e piangevo quando un'amica me lo chiedeva in prestito. Ho attraversato anche una fase in cui mi mettevo a terra, credendo di essere un gattino. Con pazienza, venivo ogni volta rialzata da terra. Una infermiera lo faceva con molta forza provocandomi dolore alle braccia. È probabilmente grazie a questo che sono presto giunta alla conclusione di non essere un gatto e così ho smesso di camminare sul pavimento.

Ad un certo punto ho scoperto l'espressione "put... madre". Ho iniziato ad utilizzare parole molto volgari, soprattutto nei confronti delle persone che mi erano vicine. Consideravo quel linguaggio come segno di simpatia e distinzione. Ero spiritosa e facevo ridere tutti quanti. Solamente il mio medico si manteneva serio, spiegandomi continuamente che tale comportamento era "indecente". Ricordo che nel giorno del mio onomastico ho offerto a tutti del succo di lampone. In quell'occasione era venuta una persona a fare visita ad un'altra paziente. Sono andata da lei con il succo di frutta e ho detto: "Put... io, put... tu, beviamo alla salute dei nostri culi". Talmente le sono piaciuta che poi siamo rimaste a lungo in contatto.

² Cfr. nota 3 del cap. II.

³ Titolo originale *Medaliony*. La traduzione italiana uscì nel 1955 con il titolo *I ragazzi di Oświęcim*, trad. di B. Meriggi, Edizioni di Cultura Sociale, Roma 1955, poi ristampata con il titolo *Senza dimenticare nulla*, a c. di G. De Biase, trad. di B. Meriggi, L'Ancora del Mediterraneo, Napoli 2006. Nel libro si racconta del macabro procedimento di produzione del sapone ideato dai nazisti; esso richiedeva grandi quantità di cadaveri da cui ricavare il grasso che, dopo un'apposita conservazione, veniva trasformato in sapone.

Ricordo un'altra situazione in cui pensavo di essere Danusia de "I cavalieri teutonici"⁴ e, siccome i conoscenti del dottor De Barbaro si rivolgevano a lui chiamandolo Zbyszek – stesso nome del protagonista del romanzo – mi sono precipitata nella stanza del medico, gli ho messo uno straccio in testa e ho esclamato: "Sarai mio per sempre". Ero certa di avergli salvato la vita.

All'epoca, la clinica era in fase di ristrutturazione e le condizioni erano inadeguate, ma in compenso regnava un'atmosfera meravigliosa. Lì ho conosciuto delle persone splendide. Una delle pazienti si chiamava Hanusia. Quando non avevo contatto con la realtà, lei stava seduta sul mio letto in attesa del momento in cui avremmo potuto parlare. La nostra amicizia dura ancora oggi e per tutti questi anni ci siamo sostenute a vicenda nei momenti difficili.

Sia nella stanza che nel reparto vi erano molti letti, alle volte ne venivano aggiunti anche di supplementari. Ricordo Maria, un chirurgo donna, che non riusciva a perdonarsi la morte di un paziente avvenuta durante un intervento da lei eseguito. Gli amici venivano a farle visita e le spiegavano che era un ottimo chirurgo e che aveva fatto tutto il possibile. Non riusciva a liberarsi da quel senso di colpa. Una notte, ho sentito Maria emettere degli strani rumori. Ho chiamato l'infermiera. Maria aveva per lungo tempo accumulato pastiglie di *Parkopan*⁵ e le aveva ingoiate tutte. È stata immediatamente trasferita in tossicologia. Appena rientrata in reparto, tutti ci siamo presi cura di lei e con gioia assistevamo al suo ritorno in salute. Era in buona forma ed è stata poi dimessa dall'ospedale. Purtroppo, una volta tornata a casa, si è suicidata. Siamo tutti rimasti profondamente colpiti dalla sua morte.

Capitolo III

*Credevo già di sapere
Che capisco e posso farcela
Che ho trovato una via verso di Te
E un rimedio per ogni mia mancanza
Ma grazie a Dio
Tutto è finalmente crollato
Sono rimaste le mie mani vuote
E il Tuo amore*

Suor Maria di Gesù Misericordioso

⁴ Titolo originale *Krzyżacy*. H. Sienkiewicz, *I cavalieri teutonici*, trad. di I. Andreini Rossi, Edizioni Paoline, Catania 1970.

⁵ Agisce sul muscolo scheletrico e sul tratto gastrointestinale, elimina la rigidità dei muscoli scheletrici e la loro lacerazione. Trova impiego nel parkinsonismo e nelle condizioni simili al Parkinson causate da effetti collaterali di alcuni neurolettici. Contiene il principio attivo triesifenidile cloridrato. Informazioni disponibili in Encyklopedia Leków (Enciclopedia dei medicinali) al seguente indirizzo www.przychodnia.pl.

Avevo la sensazione di aver superato la malattia psichica. Ero piena di energia e, dopo la dimissione dall'ospedale, la mia memoria si era affilata. Ho ripreso con facilità a studiare e a sostenere gli esami. Dopo il periodo di interruzione, ho ripreso gli studi. Sono stata accolta con gioia da un gruppo di professori e amiche. Da parte loro ho ricevuto gentilezza e aiuto. Una volta solo il mio passato si è riflettuto negativamente sui risultati dei miei esami.

Prima dell'interrogazione, la professoressa ha voluto parlare con me e io, in tutta sincerità, le ho raccontato dei miei sintomi e del trattamento di cura. Ho risposto alle domande in modo esaustivo e mi aspettavo il massimo dei voti. Purtroppo, sul libretto ho visto solo un buono. Evidentemente, riteneva che dopo simili vicende non potevo essere in grado di ottenere il voto massimo.

Fin da piccola sognavo di diventare un'insegnante. Prendevo la teglia dal forno e con un gesso rubato a scuola annotavo le nozioni apprese durante le lezioni. Gli alunni erano mia sorella minore e mio fratello, i quali hanno così avuto un corso di avviamento alla scuola ancora in età prescolare e finora non so se chi traeva più gioia da quelle lezioni erano loro o io stessa.

Già prima della discussione della tesi magistrale, avevo iniziato a lavorare come insegnante di lingua inglese e di educazione musicale. Durante il colloquio con l'ispettore del dipartimento dell'istruzione pubblica ho mostrato grande disinvoltura. Alla domanda: "Signora, dopo gli studi in musicologia è in grado di dirigere un coro?" ho risposto: "Non ho mai studiato questo, ma mi sembra di essere in grado di fare tutto". Ho ricevuto una proposta di lavoro in due scuole primarie e secondarie di primo grado nella zona di Podgórze a Cracovia. Era un ambiente difficile. Molti bambini provenivano da famiglie sfasciate, con genitori alcolizzati oppure dall'orfanotrofio. Non era semplice mantenere la disciplina e svegliare in loro un qualche interesse. Ci mettevo tutto il cuore e l'impegno nella relazione con gli alunni e loro rispondevano con la fiducia e con dei progressi nell'apprendimento. Avevo molte idee per le mie lezioni. In particolare, prima di addormentarmi la testa quasi scoppiava per via dei progetti che avevo in mente per l'insegnamento e per come avrei voluto impegnare i miei allievi. Ho organizzato il concorso per eleggere Superman, vale a dire il miglior gentleman della scuola. Vi hanno partecipato i ragazzini del secondo e terzo anno della scuola secondaria di primo grado, la scelta invece spettava alle ragazzine. Oggetto della valutazione erano la cultura personale, le buone maniere, il rispetto nei confronti dei più grandi e delle compagne. Hanno reagito in modo molto positivo ed erano entusiasti di partecipare. Quando mi sono ritrovata in clinica, quasi tutta la classe è venuta a farmi visita. Mi hanno raccontato della conclusione del concorso, che avevano terminato senza di me.

Il lavoro a contatto con i bambini era fonte di grande gioia, ma nel contempo stimolava a livello emotivo e sfiniva. Durante lo stesso periodo, le relazioni sociali assorbivano molte delle mie energie. Avevo smesso di prendere i farmaci e mi sentivo bene. Aiutavo con piacere gli altri che avevano problemi con se stessi e che cercavano il mio aiuto.

Sono poi comparsi dei disturbi somatici. Nel periodo degli studi non mi sono mai recata dal dentista. Fin da piccola, associavo lo studio dentistico al dolore e alla paura. Mi ero inventata un motto alquanto ridicolo: meglio morire piuttosto di andare dal dentista. Lottavo contro il mal di denti con l'aiuto delle medicine. Il risultato è stato che nel giro di due mesi ho dovuto togliere dieci denti (alcuni dei quali con infiammazione degli alveoli). Non ho dormito quasi per ventun giorni consecutivi, solo mi lamentavo per via del dolore, andando in ambulatorio il mattino, in pronto soccorso la notte. Mi sentivo sempre più sconvolta. Ad un certo punto, mi hanno portata dal professor De Barbaro. Per due ore ho provato a convincerlo di essere in ottima forma e che si trattava solamente di affaticamento. Gli ho detto che poteva aver sbagliato la diagnosi in quella circostanza e che io glielo avrei perdonato. Alla fine, il dottore presentò una situazione senza grandi alternative: andare volontariamente in clinica oppure essere portata via con la camicia di forza. Quando l'infermiera mi ha preparato il letto, ho tirato un sospiro di sollievo. Finalmente potevo riposare e abbandonarmi alle cure di terapeuti fidati.

Capitolo IV

Quando comparvero i primi sintomi della malattia, iniziai a recepire negativamente me stessa. La situazione è degenerata in tempi accelerati. Proprio allora, spesso andavo al cinema ed ero solita incappare in film i cui protagonisti erano malvagi o avevano problemi di vita. Identificavo me stessa con loro. Dopo la visione del film "Il presagio"⁶, ho chiesto a mio papà di controllare se in testa avessi il numero seicentosessantasei. Ricevevo continui segnali che mi convincevano del fatto che una persona senza speranza come me non aveva altra via d'uscita se non quella di togliersi la vita. Ho provato alcune volte a suicidarmi, ma la Divina Provvidenza vegliava su di me e fortunatamente sono stati solo dei tentativi falliti. Una notte sono andata al parco Podgórski. Mi sono appesa ad un albero sfruttando la tracolla della borsa. Dopo alcuni istanti di soffocamento, la tracolla si è spezzata e io sono caduta a terra. Impaurita, sono corsa a casa.

⁶ Titolo originale *The Omen*. Film di R. Donner, genere horror, USA 1976.

La mia disperazione aveva approfondito la convinzione che i tentativi di suicidio mi avrebbero per sempre tagliata fuori dal contatto con Dio. Pensavo che Dio non avesse misericordia per me. Una volta, quando vennero a farmi visita, i miei genitori mi accompagnarono in chiesa e io urlavo dalla disperazione.

Il mio primo permesso di uscita era previsto per Natale. All'ultimo momento il medico ha cambiato idea e ho trascorso la vigilia di Natale con gli altri pazienti. Il giorno di Natale siamo andati in gruppo alla Santa Messa. Rimasi folgorata. Le parole del Prologo del Vangelo di Giovanni mi sono giunte con tutta la forza. Ho sentito profondamente l'amore di Dio e da quel momento ha avuto inizio il mio avvicinamento a Gesù.

Ho approfondito ulteriormente questa relazione nel corso dei ventisette anni di matrimonio. Un momento importante è stata la nostra comune decisione di abbracciare il Rinnovamento carismatico cattolico, esercitando il ministero pastorale presso la Pastorale universitaria di Wawrzyny a Breslavia seguito dal sacerdote Stanisław Orzechowski. Ho potuto osservare chiaramente i progressi nel processo di guarigione, nella crescita personale e nel miglioramento della mia autostima. Il sostegno di Dio ci ha aiutati a superare i conflitti e i momenti difficili, che del resto non sono mancati.

Da parte di mio marito, la scelta di sposarmi è stata un atto di coraggio e di amore. Com'era solito dire il professor De Barbaro: "Mi ha presa senza beneficio d'inventario". La sua forte fede in Dio, che molte volte dimostrava anche al posto mio, era la fonte a cui attingeva la sua forza. Mio marito è stato ed è tutt'ora il mio sostegno e il mio più grande amico. L'essermi stato accanto in molte e differenti situazioni ha richiesto una pazienza notevole da parte sua. Il mio umore oscillante e i periodi di apatia e di depressione sono durati a lungo (quasi vent'anni). Mio marito Konrad mi ha spronata affinché mi occupassi di tutte le attività riguardanti la gestione di casa, dal momento che tali compiti, come ad esempio lavarsi i denti, sembravano essere al di sopra delle mie possibilità. Il risultato di questi compiti quotidiani è stato il loro effetto terapeutico, distogliendo la mia attenzione dai cattivi pensieri. Konrad invitava a casa nostra solo le persone che sapeva avrebbero reagito con comprensione alla mia malattia e che non mi avrebbero ferita in alcun modo. Dopo ognuno di questi incontri, mi chiedeva con la speranza negli occhi se il mio stato d'animo fosse migliorato. Tuttavia, il più delle volte dovevo deludere le sue aspettative. I passi verso il ritorno in salute erano piccoli e il trattamento terapeutico progrediva lentamente.

Konrad, attraverso una bella immagine, cercava di sorreggere la mia speranza. Diceva: "Ora ti trovi in un tunnel. Non puoi né fermarti né indietreggiare, devi procedere senza tener conto di

quanto durerà. Alla fine del tunnel vedrai la luce.” Io gli chiedevo: ”Come fai ad esserne sicuro?” “Grazie alla fede”, replicava.

Guardando indietro, alle volte ci meravigliamo delle “profondità” dalle quali siamo stati tirati fuori. Quando nel 1990 mio marito ha firmato il consenso per l’applicazione dell’elettroshock, credeva che Dio mi avrebbe guarita. E in effetti, dopo il sesto trattamento (ne erano previsti dieci), ho iniziato a sentirmi bene. Mio marito era così pieno di gioia al punto di decidere di farmi una sorpresa. È venuto a trovarmi un giorno durante la settimana e mi ha portata a fare una gita a Pieskowa Skala. Nella caffetteria in cui eravamo abbiamo notato un pianoforte e Konrad ha domandato di poterlo suonare. Dopo il permesso ricevuto dalla cameriera, Konrad ha detto che avrebbe suonato qualcosa per la sua Ola, e ha suonato “Per Elisa” di Beethoven.

Durante il soggiorno in clinica avevo manie di persecuzione. Mi sembrava che tutti coloro che mi stavano attorno parlassero di me, cospirando contro di me. Il dottor De Barbaro ne era a conoscenza. Nel corso di una nostra conversazione mi ha detto: “Senz’altro lei, signora, ritiene che io sia un cafone dato che siedo su una panchina parlando con lei”. Ho realizzato con stupore che non avevo proprio notato la cosa. Per analogia, ho curato il mio complesso di persecuzione.

C’è stata invece una situazione in cui è stato doloroso l’atteggiamento del mio dottore, che stava in piedi ad osservare (mi pareva con indifferenza) mentre mi mettevano la camicia di forza. Poi ho capito che compativa la mia desolazione. La camicia di forza era dovuta ai momenti di euforia, durante i quali gettavo svariate suppellettili così “di buon auspicio”. Con un bicchiere ho rotto un vetro, mentre i piatti li facevo planare sulla parete. Era terribile non potermi asciugare le lacrime e soffiarmi il naso quando ero stesa con la camicia di forza. Tuttavia, si è dimostrato un metodo molto efficace. In breve tempo ho maturato la consapevolezza circa l’insensatezza di questo mio comportamento e mi sono tranquillizzata.

Capitolo V

Sebbene io avessi preso con grande gioia la decisione di sposarmi, è prima trascorso un lungo periodo di riflessione e considerazioni. Le preoccupazioni derivavano dalle insicurezze e dai timori legati all’esperienza avuta con la malattia psichica. Non avevo dubbi sul fatto che Konrad fosse l’uomo al quale mi volevo legare per tutta la vita. Pregavo affinché potessi fare la mia promessa matrimoniale in modo pienamente cosciente, il che risultava difficile dati i miei ricorrenti stati depressivi.

Grazie a mio papà, che aveva lavorato in Libia, siamo potuti andare in viaggio di nozze e trascorrere trenta giorni tra Libia, Italia e Germania. Eppure, la bellezza dei luoghi visitati e la presenza di un giovane marito non mi rallegravano, in quanto la depressione e gli incubi notturni mi accompagnavano di continuo e mi toglievano la voglia di vivere. Ad Assisi, ascoltando la “Passione secondo Matteo” di Bach è spuntata dentro di me della compassione nei confronti di Giuda. Pensavo che avesse contribuito in qualche modo all’opera di redenzione del mondo. Visioni sataniche e paure non mi facevano addormentare.

Inizialmente, Konrad ha tentato nei miei confronti la strada della comprensione, circondandomi di affetto e assicurandomi il suo amore. Ciò nonostante, dopo qualche tempo abbiamo cominciato a ferirci verbalmente. L’atmosfera si era fatta via via più difficile da reggere. Abbiamo quindi chiesto aiuto ad un’amica psicologa. Ci ha suggerito di sederci l’uno di fronte all’altra e di dirci reciprocamente le qualità positive dell’uno e dell’altra. La situazione complicata in cui ci trovavamo non aveva per nulla offuscato i nostri pregi, dei quali era emersa una lunga lista. Ci siamo riempiti di speranza, poiché il futuro ci riservava ancora molto di buono.

Siamo circondati da un gruppo di amici fidati ed entrambi concordiamo sul fatto che siano il dono più prezioso ricevuto da Dio.

Dopo esserci sposati, ci siamo stabiliti a Breslavia. Entrambi abbiamo trovato lavoro presso la Scuola Statale di Musica di secondo grado. Preparare e gestire le lezioni mi costava molta fatica. Con difficoltà ho superato la sonnolenza e l’indebolimento causati dai farmaci. Un’altra ricaduta si è verificata dopo due anni di lavoro. La tensione era aumentata e fuggivo sempre più nel mondo delle allucinazioni.

Non so il motivo per cui durante tale crisi mi sono rivolta contro Konrad. Provavo inimicizia nei suoi confronti. Avevo intenzione di simulare un furto di cento dollari e volevo denunciare alla polizia il fatto che sospettassi di mio marito. Di notte, sono scappata di casa e sono andata da un’amica. Non ho fatto chiudere occhio né a lei né alla sua famiglia per via del mio sconvolgimento a livello emotivo. La mattina dopo è arrivato un nostro conoscente per darmi la notizia che mio papà era a Breslavia. Quel conoscente mi è parso come la personificazione del male e dell’orgoglio maschile, e allora gli ho sputato addosso. Ricordo quando sono andata a trovarlo dopo essermi ripresa: stava al di là della recinzione, a distanza di sicurezza, incerto sul fatto che io avessi potuto ripetere o meno tale prodezza.

Non tutti erano in grado di capire che certi comportamenti erano provocati dalla malattia.

Capitolo VI

Talvolta, tornando con la memoria agli avvenimenti passati, mi rendo conto di quanto sia stata “fortunata” ad incontrare persone, medici e sacerdoti bravi. Sono infinitamente grata per questo.

Rientrata al mio lavoro a scuola, ho trovato benevolenza e accettazione. So, però, che non tutti gli ex pazienti hanno esperienze positive una volta lasciata la clinica. Molte persone venivano a trovarmi anche in ospedale. Ricevevo così tanti fiori da poterli donare alle caposala. Tra i fiori, avevo posizionato sul mio comodino l’immagine di Gesù Misericordioso. Mi chiedevo come mai lo rappresentassero sempre serio. Eppure doveva sorridere quando stringeva a sé i bambini e quando parlava con gli apostoli. Perciò baciavo l’immagine nella speranza che sorrisse. L’ho confidato a mio fratello (all’epoca seminarista presso il Seminario ecclesiastico di Varsavia), che ha concluso: “Gesù sicuramente piange dalle risate vedendo quello che combini”. In effetti, quando lo stato di paura e di psicosi svaniva, i farmaci iniziavano a fare effetto e io sprizzavo di gioia da tutti i pori. La mia più grande soddisfazione consisteva nel riuscire a suscitare una scintilla di gioia in qualcuno che si trovava in condizioni peggiori delle mie, il cui aspetto era quello tipico di chi assume farmaci psicotropi, con un’espressione annebbiata. A noi pazienti certamente non mancavano le idee e il senso dell’umorismo. Al termine del permesso temporaneo di uscita, facevo ritorno con piacere al reparto, dove rincontravo quei volti amici. Per un certo periodo, dopo il risveglio andavo nel reparto maschile e svegliavo tutti con dei baci. Teresa, la caposala, diceva che in questo modo sicuramente non si sarebbero mai alzati.

Sebbene i terapeuti non avessero provato sulla propria pelle la malattia psichica, erano in grado di immedesimarsi nella nostra situazione. Rispondevano ai bisogni degli ammalati in mille modi. Il piano delle attività prevedeva: la psicoterapia, la danza curativa, la musicoterapia, una terapia fondata sulle arti plastiche, la terapia occupazionale, numerose gite a Cracovia e dintorni, incontri di gruppo quotidiani, serate in compagnia. Tutto ciò serviva a ritornare in salute, ad instaurare relazioni e a stimolare interessi.

Il mio primo contatto con la psicoterapia è stato sconclusionato. Stavo seduta senza essere partecipe, piena di paura, profondamente tormentata. Ho cominciato a prendere parte attiva soltanto dopo un certo periodo. Ho fatto esperienza di diverse forme di psicoterapia, condotte da differenti terapeuti. È un’inestimabile forma di aiuto per le persone con problemi. Insegna a dare un nome alle proprie esperienze e ai propri sentimenti, ad interessarsi alle questioni altrui e crea relazioni interpersonali.

Amavo in modo particolare i drammi psicologici. A differenza dei miei compagni, ero sempre ben disposta ad avere un ruolo. Una volta mi sono talmente immedesimata nella figura dispotica della madre di una mia amica al punto tale che quest'ultima era stupita di come potessi sapere che cosa diceva e come si comportava sua mamma. Alle volte, mettere in scena determinate situazioni aiutava a sopportarle nel mondo reale.

Mi è rimasta fortemente impressa la scena che abbiamo recitato in cui io interpretavo un'insegnante. A scuola avevo dovuto affrontare situazioni difficili durante le lezioni con gli alunni di età inferiore. Talvolta addirittura non riuscivo a reggere lo stress, tanto che scappavo dalla lezione. Il dottor Cechnicki, insieme ad un gruppo di volenterosi, aveva suggerito di recitare la scenetta. Loro, alla stregua dei miei alunni, disturbavano, si rivolgevano in modo insolente e non badavano ai miei rimproveri. Il dottor Cechnicki, accendendosi una sigaretta, inasprì il conflitto. Non ho più resistito, dimenticandomi che tutto ciò fosse solo una finzione. Sono scoppiata a piangere e sono corsa fuori dalla sala. Abbiamo commentato la messa in scena e gli "attori", altri pazienti come me, si sono scusati di avermi spinta in tale condizione critica. La loro considerazione, circa il fatto che mi era mancata la pazienza nel seguire le indicazioni, era stata preziosa. Loro erano indecisi se interrompere la messa in scena, e io non sono riuscita a resistere fino alla fine.

In clinica, ogni giorno iniziava con un incontro di gruppo. Vi prendevano parte tutto lo staff della clinica e i pazienti. Si discuteva degli accadimenti in reparto. Insieme si prendevano le decisioni su chi dovesse ottenere il permesso di uscita. I medici prendevano in considerazione le nostre opinioni. Avevamo la possibilità di osservarci giorno dopo giorno, potendo valutare meglio il nostro stato psicofisico del momento.

Nel corso del secondo soggiorno in clinica, dovevo seguire indicazioni terapeutiche differenti rispetto alla maggioranza dei pazienti. Stavo attraversando una fase di mania, perciò avevo bisogno di essere calmata. Si è preso in considerazione il fatto che gli altri pazienti mi volevano eleggere a capo del gruppo. Si trattava di una funzione a cui si riconducevano molte attività, responsabilità e capacità organizzative, di cui io disponevo in sovrabbondanza. I medici, però, erano dell'opinione che ciò sarebbe stato in contrasto con il trattamento di cura.

Mi venivano date grosse dosi di sonniferi e calmanti. Ma io saltavo tutt'intorno per svegliarmi e non dormire. Volevo apparire sempre in forma nel caso in cui qualcuno venisse a farmi visita. Poi, l'infermiere in assoluto più tenero, di nome Włodek, mi aveva proposto di fare un pisolino. Aveva promesso che avrebbe intrattenuto gli ospiti mentre mi aggiustavo i capelli e il trucco.

Quando si è ricoverati, si attendono molto le visite, specialmente nei weekend, quando gran parte dei pazienti è in permesso di uscita. Non potevo lamentarmi per la mancanza di visite. Tuttavia, ogni tanto le visite erano accompagnate da così tanta gioia da parte mia che comparivano delle allucinazioni visive.

Invece di godermi il tempo trascorso insieme a chi veniva a farmi visita, dovevo stare stesa con gli occhi chiusi e combattere con la paura.

Le allucinazioni mi hanno oppressa per sedici anni. Si presentavano nei momenti di sollecitazione emotiva, sia positiva che negativa. Tutto ciò che era di colore nero si separava dall'ambiente circostante e si faceva aggressivo, con sembianze sataniste, provocandomi un'enorme paura. Nessuna medicina era in grado di debellare tale sintomo. Le allucinazioni sono poi scomparse in modo spontaneo.

Capitolo VII

Desideravo dedicare un capitolo alla memoria di mio papà. Era una persona meravigliosa e in me è rimasto molto di lui. Aveva il dono di costruire legami. Al centro delle sue attenzioni c'era la famiglia. Fin da piccola ho ricevuto la sua comprensione, rispondeva volentieri e in modo esauriente alle mie infinite domande. Profondamente rispettoso nei confronti del prossimo, di poche parole, sebbene fosse un uomo colto e possedesse conoscenze in diversi ambiti, sapeva stringere un rapporto con i bambini e con la gente semplice. Amava molto la mamma. Voleva darmi il suo nome: avrei dovuto chiamarmi Barbara.

Si impegnò nel movimento di Solidarność, ricoprendo una carica importante. Era geometra di professione, un eminente specialista nel suo campo. Prima della dichiarazione dello stato di guerra era andato a lavorare in Libia, cosa che lo ha salvato dalla reclusione. Si era adattato bene al clima africano e al lavoro. Allevava le galline e si occupava dell'orto. L'unica nota negativa di quel viaggio era la nostalgia che provava per noi. Mantenevamo però un'intensa corrispondenza. Cercavo di descrivere in maniera vivida la nostra vita familiare, cosicché potesse sentirsi anche lui un po' partecipe delle nostre gioie e tristezze.

I soldi guadagnati in Libia il papà li destinava al soddisfacimento dei nostri molteplici bisogni. Io e mia sorella abbiamo potuto organizzare delle nozze favolose, così come si è potuta organizzare una splendida festa in occasione della prima Messa di mio fratello. Sempre grazie a mio papà, ho

potuto godere di un appartamento di proprietà che, dopo esserci sposati, ci ha permesso di stabilirci a Breslavia.

Nonostante la lontananza, mio papà mi è stato vicino durante la mia prima ricaduta nella malattia. Mi sosteneva. Mi spronava a terminare la tesi magistrale e nelle situazioni problematiche mi dava saggi consigli.

Ho conservato le sue lettere e mi piace ricordare la nostra confidenza. Da lui ho ereditato un particolare senso dell'umorismo.

Al suo ritorno dalla Libia, si è dedicato con piacere ai nipoti, i figli di mia sorella. Li ha portati tutti e sette in spalla, senza mai mostrare stanchezza. Era fiero del sacerdozio di mio fratello. Ci aveva trasmesso molto attraverso l'esempio e una relazione quotidiana.

La mia malattia aveva causato il panico in famiglia. I miei genitori venivano ogni settimana in clinica agli incontri destinati ai genitori dei pazienti tenuti da medici e psicologi. Si consolavano reciprocamente, condividevano esperienze e insegnavano come agire nei confronti dei figli malati.

Nonostante la fede in Dio, i miei cari non avevano proprio la certezza che sarei uscita dalla crisi, che avrei smesso di fare il gatto e di utilizzare parole volgari. La collaborazione tra il medico, la mia famiglia e me stessa ha rivestito una grande importanza nello sconfiggere il nostro nemico comune, ovvero la malattia.

Finora, mi è sempre stato difficile accettare le parole delle Sacre Scritture: "Ci sarà più gioia in cielo per un peccatore convertito, che per novantanove giusti che non hanno bisogno di conversione".⁷ Ho capito allora il senso di quella frase, in quanto tutta l'attenzione e preoccupazione della mia famiglia era concentrata su di me, che in quel momento ero quella più bisognosa di aiuto.

La loro gioia per ogni mio piccolo passo verso la guarigione mi dava forza per combattere contro la malattia. Mio fratello ha riconosciuto che il mio soggiorno in clinica ha avuto un'influenza significativa affinché la sua vocazione prendesse forma.

Quando, da coniugata, ho perso il controllo sulle mie reazioni e la tensione aumentava pericolosamente, mio papà e Konrad si sono presi cura di me, tentando di evitarmi una nuova ospedalizzazione. Con profondo dolore hanno dovuto accettare la sconfitta nella loro lotta contro la malattia.

⁷ Vangelo di Luca 15, 7.

Mio papà è tornato al Padre due anni fa. Nell'ultimo periodo di vita ha sofferto molto. In quei momenti difficili ho avuto la possibilità di stargli accanto. Il vuoto e il dolore causati dalla sua assenza si mescolano ad un sentimento di gratitudine per il dono della vita e ad una grande quantità di bei ricordi da conservare.

Capitolo VIII

Per tutto il tempo degli studi, quando ho iniziato a lavorare e nel corso dei miei successivi ricoveri in clinica, ho vissuto a casa di mia nonna. Questo aveva i suoi lati positivi e negativi. Mia nonna era una persona ospitale e calorosa. Abitava in un vecchio palazzo nel quartiere ebraico di Kazimierz a Cracovia, avendo a disposizione un'unica stanza e la cucina. Quando si era trovata da sola a dover crescere tre figli (mio nonno era stato ucciso a fucilate dai tedeschi), non era in grado di dedicare loro molto tempo. Si dava da fare per assicurare alla famiglia le risorse materiali di cui necessitava. Concentrava quindi su di me tutto il suo amore e le sue attenzioni. Mi viziava, voleva esaudire i miei desideri. Questa sua preoccupazione aveva una natura iperprotettiva. La nonna tentava di fare tutto per me e di fare anche al posto mio. Non lasciava passare inosservato nessun mio gesto. Mi sentivo privata della mia intimità. La nonna è stata fedelmente al mio fianco nel corso delle mie successive crisi. Veniva a farmi visita in clinica ogni giorno. Era diventata la nonna di tutti in reparto. La accoglievano calorosamente ed erano felici della sua presenza.

Konrad ha avuto fin da subito un ottimo legame con la nonna. Era diventata una tradizione andare a farle visita, per poi fare un giro in città. Dopo la sua morte, Cracovia per me ha perso metà del suo fascino.

Una volta, già da sposata, sono fuggita via da Konrad e me ne sono scappata a Cracovia, dalla nonna. Konrad aveva indovinato dove potermi cercare ed era venuto a prendermi. In quel momento stavo attraversando una fase di euforia. Avevo intenzione di conquistare il mondo. Nella mia concezione non esistevano persone estranee. Lungo la strada agganciavo persone varie, tra cui degli agenti di polizia. Non ricordo cosa devo aver detto loro. Mi hanno ficcata nella volante e mi hanno portata all'ospedale psichiatrico di Kobierzyn presso Cracovia. Ricordo l'enorme paura di quando mi sono trovata all'interno di quel veicolo. In un profondo stato di psicosi ho perso il contatto con la realtà. Mi sono risvegliata in clinica. Konrad, assieme al professor De Barbaro, mi ha trovata dopo lunghe ricerche. Sono stata accolta in reparto. Nell'arco di tempo trascorso in una condizione di completo distacco dalla realtà e di paura ai confini della morte psichica, la voce del mio medico, che talvolta comunicava con me, aveva un effetto calmante su di me. Questo è stato il mio

90

ultimo ricovero presso l'ospedale psichiatrico di Cracovia. Grazie al legame avuto con persone meravigliose proprio in questo posto, era nata in me l'insolita attitudine ad essere una paziente. Mi piaceva stare in ospedale.

Capitolo IX

Prendendo in considerazione gli elementi che hanno agito positivamente sulla mia psiche, non posso non menzionare diversi tipi di attività e passioni. Da mia mamma ho ereditato il dono dell'insegnamento. Fare lezione era per me come una sorta di rianimazione. Risvegliava la mia inventiva e mi dava energia. Mi è stata poi riconosciuta una pensione di invalidità dopo un breve periodo di lavoro a scuola. Ora do lezioni individuali di lingua inglese. I miei allievi hanno età differenti. Adoro lavorare con i bambini. Ho la capacità di invogliare i più ostinati e pigri.

Organizzo la mia giornata in modo tale che non ci sia tempo per pensieri inutili e per annoiarsi. Cerco di tenere sotto controllo il mio stato psicofisico. Quando mi accorgo che un qualcosa lo sto vivendo troppo a livello emotivo e che sto raggiungendo una gioia eccessiva, ripenso alle parole del dottor Cechnicki: "Ola, ricordati! Lasciarsi andare va bene, ma in modo controllato". Mi placo, limito i contatti interpersonali e mi occupo molto volentieri della casa oppure del giardino.

Sono felice che io e mio marito ci dedichiamo entrambi ad attività che ci piacciono e, nonostante le differenze di carattere e di temperamento, proviamo a creare spazio l'uno per l'altra. Konrad è molto creativo quanto a design d'interni. È musicista di professione, suona il violoncello in un'orchestra. Nel tempo libero si prende cura dell'erba e della potatura degli alberi, e non solo nel nostro giardino. Una delle sue grandi passioni è suonare l'organo durante la liturgia. La considera come una sorta di vocazione e in essa trova una gioia immensa.

Io, invece, mi dedico con enorme piacere alle creazioni culinarie. In questo campo ho proprio un'energia infinita e tanta inventiva. Certamente, il senso di tale attività risiede nel fatto che lo si fa per qualcuno. Konrad apprezza molto la mia abilità artistica e spesso dice che nelle pietanze si avverte l'ingrediente dell'amore. Molti amici frequentano casa nostra e sono contenta di poterli ospitare.

Non riesco ad immaginarmi un giorno senza giocare a Scrabble con la mia adorabile vicina di casa. Presto alla mattina busso alla sua porta e lei, ancora mezza addormentata, prepara il caffè e iniziamo una partita. È per entrambe un momento da trascorrere in compagnia e, allo stesso tempo, un buon esercizio per la mente.

A posteriori, vedo il lungo cammino che ho percorso a partire da quegli stati di completa apatia e di mancanza della voglia di vivere, fino a raggiungere una vita attiva a trecentosessanta gradi, e questo in svariati ambiti. Grazie a questo mi sento fortemente radicata nella realtà.

Capitolo X

Qualche volta mi sono chiesta come sarebbe stata la mia vita se non avessi avuto un passato segnato dalla malattia psichica. Sarei la stessa persona di oggi? Piena di gioia e di gratitudine nei confronti di Dio per ogni giorno ricevuto?

Parecchio tempo fa, un amico ha detto che non sarei una persona così intelligente e sensibile senza quelle esperienze passate. Non lo so. Da quando mi sono riavvicinata a Dio, nel giorno di Natale mentre ero in clinica, faccio esperienza del suo grande amore. Ho trascorso molte notti insonni a leggere libri spirituali e il Vangelo di Giovanni. Il senso di essere amata era talmente intenso che causava pianto e dolore fisico. Pregavo allora per la sofferenza, volevo aiutare Gesù a portare la croce, darmi continuamente agli altri proprio come Lui e servirli. Il Signore ha sovrabbondantemente ascoltato le mie richieste. Mi rendo chiaramente conto di come gli avvenimenti, le persone incontrate e le diverse situazioni siano servite da un lato alla guarigione e, allo stesso tempo, ad una crescita personale.

Entrare in contatto, nel 2000, con il monastero benedettino di Biskupów è stato una pietra miliare nel corso del mio cammino. I frati che ci vivono aspirano a seguire il comandamento nuovo di amore reciproco che Gesù aveva lasciato agli apostoli durante l'ultima cena. In più occasioni abbiamo avuto modo di vedere quanto sia effettivamente possibile vivere la vita quotidiana all'insegna del Vangelo e instaurare rapporti in uno spirito di unione.

C'erano delle tensioni tali nel nostro matrimonio, che pensavo a quanto fosse breve passare dall'amore all'odio. Perciò, Konrad spesso suggeriva di andare a Biskupów. Non era necessario parlare dei nostri conflitti. Ci bastava respirare l'atmosfera di quel luogo perché ci riempissimo di armonia. Lo consideravo una specie di antidoto contro il male presente nel mondo.

Da tre anni apparteniamo ad una comunità benedettina tramite i voti di oblazione. Gli incontri tra oblati sono per noi un evento importante. Mi ricordano un po' la psicoterapia di gruppo, anche se in questo caso ci focalizziamo su questioni riguardanti la vita spirituale e ci apriamo all'azione della grazia di Dio.

Vorrei nominare Padre Marcin, figura in cui ho trovato il mio padre spirituale. Percepisco il frutto del suo saper guidare in modo saggio ed è con gratitudine che riconosco in lui un dono per me importante. Penso che aveva ragione uno dei padri del deserto dicendo queste parole: “Chi guida se stesso ha un asino come guida”.

Capitolo XI

Ho riflettuto a lungo su come descrivere la partecipazione della mia famiglia e degli amici nella mia convalescenza. Una cosa è certa: il loro contributo è stato preziosissimo. Dopo essermi sposata, ho lasciato Cracovia e tutti gli amici che avevo lì. Ci siamo stabiliti a Breslavia, entrando nella cerchia degli amici di mio marito. Spesso venivano a trovarci i miei genitori e i miei suoceri. Potevamo sempre contare sul loro sostegno e aiuto. Entrambi abbiamo un legame profondo con i nostri fratelli.

La nostra famiglia stretta si è ingrandita con i sette figli di mia sorella. Per via della mia condizione di salute, abbiamo deciso di non diventare genitori e nemmeno di adottare un bambino, perciò ho circondato d'amore i miei nipoti. Li invitavo a casa nostra, trascorrevi con loro molto tempo, gioendo della loro crescita. Da loro ho avuto tante manifestazioni di affetto e amore. Attualmente, sono quasi tutti adulti e ciascuno sta progettando la propria vita in maniera indipendente.

So che in amicizia l'età delle persone non conta. Si può provare vicinanza e intesa nei confronti di una persona anziana come anche nei confronti di un bambino piccolo.

Esempio lampante di un legame del genere è il mio rapporto con Lila, la figlia minore di mia sorella. Fin dalla sua prima infanzia si era molto affezionata a me, e ci intendevamo a meraviglia. Sfruttava ogni singola occasione per stare con me. Occupava uno spazio importante nei miei pensieri, anche quando eravamo fisicamente lontane. Ho vissuto intensamente il nostro rapporto, facendo parte del suo mondo di bambina. Adesso ha quattordici anni e si sta affacciando all'età adulta; la impegnano molto le questioni scolastiche e le amicizie con i suoi coetanei. E il nostro legame si è indebolito.

Un altro esempio è la nostra amicizia di vecchia data con una coppia più anziana dei nostri genitori. Siamo stati gli unici invitati, oltre ai loro famigliari, sia alle loro nozze d'oro che alle loro recenti nozze di diamante.

Tra gli amici parte della nostra cerchia, alcuni sono maggiormente in amicizia con Konrad, altri con me. C'è anche un folto gruppo di amici in comune, i quali molto apportano alla nostra vita di coppia e contribuiscono allo sviluppo della stessa.

L'amicizia richiede cura e tempo da dedicare. Dal canto mio, mi impegno in diversi modi nell'intensificare i rapporti. Ho ritrovato in me stessa la grande capacità di avvicinarmi agli altri e di essere un aiuto per loro. Le persone che mi sono vicine e mi vogliono bene fanno nascere in me sentimenti e pensieri profondi su di loro. Sto imparando ad avere empatia, ad immedesimarmi, ad avere responsabilità e rispetto nei confronti di quanto è diverso.

Le amicizie sono una condizione essenziale per la mia crescita personale, come persona di valore, accettata e apprezzata.

Questo donarsi è reciproco. Quando mi trovavo in clinica, ho ricevuto da un amico due biglietti uguali e stupendi. Vi erano rappresentate due mani unite sullo sfondo di un muro. Vi erano anche le parole tratte dalla prima lettera di San Giovanni: "Se uno dicesse: «Io amo Dio», e odiasse il suo fratello, è un mentitore. Chi infatti non ama il proprio fratello che vede, non può amare Dio che non vede".⁸ Con le parole scritte sul retro mi aveva assicurato di ricordarsi di me e di portarmi nella preghiera. Mi aveva invitata ad essere paziente, perché "con pazienza sono state create le opere più belle al mondo".

Entrambi, io e Konrad, riteniamo che le amicizie ci abbiano plasmate. Le nostre scoperte e i nostri ragionamenti sono avvenuti nel dialogo. Già da tanto tempo ci siamo resi conto che il sentimento che ci lega si sarebbe svigorito nel caso in cui avessimo dovuto vivere da soli su un'isola deserta. I nostri cari regalano colore e sapore alla nostra relazione. Alcune amicizie risalenti all'epoca del ricovero in clinica hanno superato la prova del tempo. Riporto qui due esempi sul comportamento di due amiche, i quali ancora oggi mi commuovono.

Dopo l'estrazione di nove denti, ha iniziato a farmi male anche il decimo. Le sofferenze subite, unite alle complicazioni emerse e al dolore, hanno generato nella mia psiche una barriera tale da non essere in grado di decidermi a fare un'altra estrazione. Stavo stesa con un dolore acuto alla mascella, immersa nella disperazione. Proprio allora era venuta a trovarmi Hanusia, prendendo iniziativa vista la situazione. Mi ha portata dalla sua dentista, presso cui aveva un appuntamento proprio quel giorno. La dottoressa ha affrontato prontamente il problema che era alla base del dolore, e sono tornata a casa felice.

⁸ Prima lettera di Giovanni 4, 20.

Il secondo caso è da ricondurre a Krysieńka, un'amica dell'università. Era finita in una crisi profonda. Aveva contratto la varicella in una forma acuta. All'epoca stava attraversando un periodo triste dopo la fine della relazione con il suo fidanzato. Gli eventi spiacevoli che hanno colpito la sua vita hanno influito sui suoi progetti futuri. Allo stesso tempo, però, era riuscita a rallegrarsi della mia gioia, apprendendo del mio fidanzamento con Konrad. Non dimenticherò mai dimostrazioni di affetto del genere.

Qualche volta, solo lo stare tra amici ha un potere calmante. Ho provato questa sensazione mentre stavo vivendo una situazione dolorosa: il silenzioso supporto di un gruppo di amici ha agito su di me dandomi beneficio.

Un altro esempio può essere l'atmosfera presente nelle case dei nostri amici. L'armonia delle loro relazioni reciproche e il radicamento nella preghiera ci ha spinti ad abbracciare il movimento di Rinnovamento carismatico cattolico. Ho già parlato degli effetti di questo passo nel capitolo precedente.

È necessario avere intorno persone care e amici fidati perché possa esserci uno scambio reciproco di doni. Condividere le esperienze arricchisce e rafforza la mia autostima.

Di situazioni da considerare chiare manifestazioni di amicizia e che mi hanno aiutata ad andare avanti nei momenti più bui ne ho molte impresse nella memoria.

So che esistono due strade nella vita: la prima consiste nel raggiungere l'uomo attraverso Dio, la seconda nel raggiungere Dio attraverso l'uomo. Hanno entrambe lo stesso valore. A me è più cara la seconda. La mia esperienza dimostra che proprio "l'essere per" è la fonte della vera felicità. Ed è questo a dare senso alla mia vita.

Capitolo XII

Nel periodo adolescenziale ho attraversato una fase di ribellione nei confronti dei miei genitori e del loro sistema di valori. Li ho fatti stare molto in pensiero. Come già detto, marinavo la scuola. Avevo perso l'ambizione anche per quel che riguardava i voti a scuola. Non avevo idea di cosa fare della mia vita. Avevo rigettato il modello proposto dai miei genitori, ma la formazione di una propria concezione del mondo è risultata estremamente difficile.

L'atmosfera in classe ai tempi del liceo ha avuto un grosso influsso sulla confusione che regnava nei miei pensieri e nelle mie emozioni. Chi contribuiva a generare tale atmosfera era un gruppo di

ragazzi, figli di genitori benestanti, con un fare da saputelli. Alcuni insegnanti, in lacrime, abbandonavano la classe. La professoressa di inglese, al posto di dire “cari studenti”, si rivolgeva agli alunni dicendo “cari insolenti”. I rapporti tra noi alunni comunque non erano migliori. Regnava il culto dei forti e dei sicuri di se stessi. Coloro che si trovavano al di fuori dell’orbita elitaria e che erano più deboli venivano semplicemente ignorati. Nel gruppo mi ero guadagnata il posto di giullare. Ovviamente non erano tutti uguali, ma era difficile andare controcorrente.

Durante la crisi che ha preceduto la seconda ricaduta nella malattia, ho deciso di andare a fare una visita alla mia vecchia scuola. Ho sbirciato in varie classi durante l’orario di lezione, facendo qualche commento senza senso. Finalmente ero capitata ad una lezione di inglese, tenuta dalla mia cara insegnante. Ho esordito: “Put... per quale motivo non ti sei truccata per venire a lavoro?” Dopodiché, mi sono rivolta agli alunni in inglese, dicendo loro di apprezzarla e volerle bene come una madre, perché è un’ottima persona. Ho tentato di afferrare la professoressa per ballare insieme davanti a tutta la classe, ma con furbizia è riuscita a spingermi fuori dalla classe. Pare che nessuno abbia riso dopo la mia uscita. La professoressa ha spiegato loro che ero stata una delle allieve più dotate di quella scuola e che una cosa simile poteva accadere a qualsiasi persona. Hanno quindi trattato l’argomento relativo al confine tra la normalità e l’anormalità, e io dovevo fungere da esempio lampante.

Tutti gli avvenimenti collegati alla mia malattia, la terapia seguita e le persone incontrate sono fattori che mi hanno protetta dall’atteggiamento che dominava nella nostra classe del liceo. Ho imparato a consolare e a comprendere le persone ammalate, tristi e afflitte dai problemi. Molti dei valori proposti dai miei genitori li ho fatti miei in un secondo momento, con maturità. Ho arricchito il mio sguardo sul mondo circostante, accogliendo quest’ultimo come segno dell’amore di Dio. Ora come ora, mantengo una certa distanza dagli episodi vissuti legati alla malattia psichica. La società mi considera una persona sana. E la gioia ritrovata ha un sapore completamente diverso.

*Non so ringraziarti Signore
Non bastano le parole mie
Accogli il mio tacere
Fa' che ringrazi con la vita mia*

Postfazione

Questo testo dalle modeste dimensioni, scritto da una persona che ha sofferto di disturbi psichici, è, a mio avviso, eccezionale per alcuni motivi.

Non capita spesso, e certamente di rado nella letteratura polacca, che una persona che ha lottato per anni interi contro la psicosi lasci una testimonianza del proprio vissuto. In una società che facilmente esclude le persone in cura psichiatrica, una descrizione personale del confronto con la malattia psichica è un atto di particolare coraggio. La stigmatizzazione e l'esclusione sociale il più delle volte rappresentano, per molti pazienti, un peso maggiore della malattia stessa. Ma quanto, ancora, resta da fare agli psichiatri e alle associazioni delle famiglie dei pazienti affinché l'essere un paziente psichiatrico non separi le persone ammalate dai loro conoscenti e amici e affinché lo sviluppo delle loro vite professionali e personali non sia ostacolato. In tale contesto, le annotazioni e le osservazioni di Aleksandra Kozuszek sono significative per sottolineare l'importanza del ruolo ricoperto dall'apertura dell'ambiente circostante e dalla presenza amorevole delle persone care durante la convalescenza. Le ricerche scientifiche lo confermano: la rete sociale è uno dei fattori più rilevanti che maggiormente contribuisce al recupero della salute, e non solo quella psichica; i sociologi sottolineano il fatto che proprio l'atteggiamento che una società presenta nei confronti degli ammalati psichici è uno dei misuratori della maturità di una data cultura.

Comunque, non solo in questo risiede il valore della testimonianza di Ola. (Sì, mi prendo la libertà di chiamare l'autrice per nome, perché molto tempo fa, ai tempi della "psichiatria romantica", di cui scriverò qualcosa più giù, la partecipazione di tutti a forme di terapia come i soggiorni riabilitativi invogliava a darsi del tu. E così poi è rimasto...).

Si potrebbe immaginare che gli psichiatri siano abituati ad un contatto quotidiano con gli episodi descritti da Ola: visioni, allucinazioni, attacchi di panico e profonde depressioni. Però proprio per via di questo "essere abituati", di questa "professionalità", verrebbe da dire: l'abitudine ad incontrare persone affette da disturbi psichici potrebbe rendere noi psichiatri non abbastanza sensibili nei confronti delle sofferenze dei nostri pazienti. Non è forse vero che spesso la nostra attenzione è più attratta da minuzie diagnostiche e considerazioni sul profilo psicopatologico di un determinato paziente rispetto al dramma interiore e alla sofferenza che quest'ultimo sta vivendo? Il linguaggio medico e il vocabolario usato dalla psichiatria sono certamente strumenti indispensabili senza i quali sarebbe difficile garantire un aiuto competente alle persone che abbiamo in cura. Tuttavia, tale linguaggio può costituire allo stesso tempo uno scudo. Sfruttando il pretesto dell'oggettività scientifica e l'aiuto derivante dall'oscurità del lessico specializzato, ci

salvaguardiamo dall'essere direttamente coinvolti in ciò che il paziente sta attraversando. Il professor Antoni Kępiński aveva consigliato agli psichiatri di non limitare la loro relazione con i pazienti alla prospettiva di un osservatore e ricercatore acuto. La testimonianza di Ola dimostra quanto sia importante per una persona sprofondata nel mondo della psicosi la presenza di terapeuti empatici che sappiano immedesimarsi nella situazione del paziente. Il vissuto della persona ammalata è alle volte drammatico e lontano da quello che Antoni Kępiński ha altrove definito *koinoskosmos*, vale a dire dal nostro mondo comune. Possiamo dunque rifugiarci nei concetti a noi accessibili nel linguaggio della psicopatologia. La premura personale e l'empatia cedono quindi il posto all'ambizione del medico-ricercatore. Prima ho fatto accenno al periodo della "psichiatria romantica". Ho definito in questo modo i tempi (è quasi imbarazzante ammetterlo: la fine degli anni Settanta del secolo scorso) in cui, a dir la verità, non c'erano farmaci moderni di seconda generazione e nemmeno il Narodowy Fundusz Zdrowia⁹ che facesse conteggi precisi, l'indicazione di quanti punti venissero assegnati ad una certa "procedura", né tantomeno un preciso riscontro di come si dovesse scrivere una ricetta per evitare di prendere una multa. Il rapporto tra il lavoro dello psicologo o dello psichiatra e la loro remunerazione era solo apparente, e gli psicoterapeuti, al contrario di oggi, non se ne stavano comodamente seduti nei loro studi medici. Si trattava di un periodo in cui gli anti-psichiatri subivano l'influenza da parte della critica della psichiatria classica, mentre i terapeuti non erano "imbevuti di professionismo". Andavano in gita con i pazienti, fondavano ostelli, prendevano parte ai soggiorni riabilitativi. Non dovevano pensare a come far quadrare i conti con il Narodowy Fundusz Zdrowia rispetto a "procedure" come una gita di un giorno a Lubogoszcz, cucinare il pranzo assieme ai pazienti per l'intera comitiva oppure le partite di calcio. Sul campo di calcio, come in cucina, non vi era alcuna divisione tra pazienti e terapeuti (o più precisamente tra pazienti, psichiatri, infermiere e psicologi). Era importante chi sapeva giocare bene a calcio, cosa cucinare che potesse piacere a tutti e chi era di guardia. E non solo: se era in grado di collaborare, se aveva la capacità di fare attenzione al prossimo, di gioire del mondo intorno e di parlare di questioni difficili.

Mi permetto di far affiorare questo ricordo, in quanto suppongo che parte del successo di Ola nell'aver vinto la malattia abbia le sue radici proprio nel contesto in cui si è trovata allora, in quell'atmosfera di naturalezza, di cura reciproca, di affidamento alle risorse, alla forza e alla comunità. Anche se gli ospedali psichiatrici erano visti un po' come "il nido del cuculo" nel libro di

⁹ Fondo Sanitario nazionale; indicato con la sigla NFZ.

Ken Kesey o nell'adattamento cinematografico di Miloš Forman,¹⁰ accompagnati alla metafora dell'oppressione politica, l'ambiente della clinica psichiatrica di Cracovia, come pure l'insieme delle idee innovative (considerando i tempi di allora), costituivano a loro modo una sorta di rifugio dal grigiore e dalla mediocrità della Repubblica Popolare di Polonia, stando all'osservazione della professoressa Maria Orwid.¹¹ Il denominatore comune delle idee degli psicoterapeuti era dato – secondo la mia prospettiva odierna – dalla loro inclinazione ai bisogni del paziente e alla creazione di un'atmosfera che “contrastasse l'esclusione sociale” senza ricorrere a regole e principi formali.

Tuttavia, dobbiamo rendere giustizia alla psichiatria contemporanea, poiché quella di allora non era tutta un grande idillio. La camicia di forza cui Ola ha fatto accenno, come l'uso della forza fisica, oggi vengono usate in psichiatria non solo molto più raramente, ma sono anche sottoposte al controllo giuridico e limitate a situazioni del tutto eccezionali. I farmaci di cui oggi dispone la psichiatria consentono non soltanto di eliminare i sintomi della malattia, ma anche di non causare, o comunque di causare molto molto meno, effetti collaterali. Alla psicopatologia oggi va inoltre aggiunta la qualità della vita del paziente, la quale costituisce anch'essa un criterio per il miglioramento della salute. Pertanto, la psichiatria odierna ha un volto nuovo. Dovremmo apprezzare il passo da gigante compiuto dalla terapia psicofarmacologica, nonché l'eccellente diagnosi psichiatrica, indubbiamente molto più precisa di un tempo. Vale la pena di ricordare che la rete interpersonale esistente ai tempi della “psichiatria romantica”, poiché essenziale nel corso della terapia, potrebbe rimanere schiacciata dalle varie procedure, senza dimenticare che una psichiatria burocratizzata può distruggere ciò che in un trattamento di cura risulta essere il più efficace in assoluto: una relazione terapeutica sicura e creativa. (Fortunatamente, molte idee e iniziative di quei tempi continuano ad essere sviluppate e ad essere messe in pratica da terapeuti consapevoli che la cura non sia da ridurre solo ad una questione di farmaci).

Il testo di Ola invita a prestare attenzione ancora ad un altro aspetto della terapia, un aspetto che alle volte viene sottovalutato dagli psichiatri: la vita spirituale dei pazienti. A prescindere dalla concezione del mondo, questa dimensione richiede rispetto, e la testimonianza di Ola dimostra che la religione (meglio aggiungere: quella matura, che richiama l'amore e la misericordia, e non la minaccia e la punizione divine) rappresenta un importante potenziale. È la possibilità di trovare sostegno in ciò che di metafisico aiuta il paziente a recuperare le forze. Questo viene compreso dai preti, i quali non considerano la malattia psichica – a differenza di quanto avveniva secoli fa – come

¹⁰ K. Kesey, *One Flew Over the Cuckoo's Nest*, Viking, New York 1962, 1ª ed. italiana *Qualcuno volò sul nido del cuculo*, trad. di B. Oddera, Rizzoli Editore, Milano 1976. Il film (1975), tratto dal romanzo omonimo, è del regista Miloš Forman.

¹¹ Cfr. nota 24 cap. III.

conseguenza del peccato, bensì vedono in essa una sofferenza che richiede anche un aiuto spirituale e pastorale.

Sono stato per molti anni il terapeuta di Ola. Ricordo il primo incontro con lei, le situazioni in cui le sono stato d'aiuto, ma anche i momenti di mia impotenza di fronte alla sua sofferenza. Ricordo pure come, passo dopo passo e in un certo senso in modo indipendente dalle crisi successive, ha ritrovato se stessa e la sua buona forma. Per questo reputo ancor più preziosa la sua testimonianza di vittoria sulla malattia.

Bogdan De Barbaro

CONCLUSIONI

In queste ultime pagine riteniamo opportuno richiamare l'attenzione su alcuni passaggi che hanno caratterizzato la stesura del nostro lavoro che ha portato innanzitutto alla concretizzazione dell'idea maturata in noi in seguito alla lettura de *La gioia ritrovata*, vale a dire dell'idea di tradurre l'opera in lingua italiana.

Molto è stato il tempo che in fase preliminare abbiamo ritenuto indispensabile investire, prima di dedicarci alla traduzione del testo, nel lavoro di ricerca, documentazione e studio dell'ambito in cui si colloca il *memoir* di Aleksandra Kozuszek, nonché nel contatto pressoché costante con l'autrice. Questo essenzialmente per due motivi: in primo luogo, per apprendere approfonditamente il trattamento di cura psichiatrica orientato al modello finlandese dell'Open Dialogue Approach, che da poco meno di un decennio ha visto la sua diffusione sempre più ampia in Polonia. In questo contesto l'autrice si muove nelle vesti di testimone della reale possibilità di guarigione dalla psicosi, ricoprendo il prezioso ruolo di esperta attraverso l'esperienza e presentando il suo doloroso vissuto, oltre che mediante interventi a conferenze sul tema in Polonia e all'estero e articoli da lei pubblicati (in particolare sulla rivista *Dla Nas*¹), anche in forma scritta attraverso il proprio *memoir*.

In secondo luogo, per conoscere la genesi de *La gioia ritrovata*. Ecco, dunque, le ragioni alla base dei primi due capitoli del nostro lavoro: essi rispondono al nostro proposito di garantire al lettore il giusto supporto al fine di comprendere il contesto in cui ha avuto origine *La gioia ritrovata* e ha poi trovato la sua attuale dimensione.

Nella fase successiva ci siamo concentrati dapprima sulla traduzione e poi sull'analisi del testo. Si è trattato di un momento di centrale importanza poiché il lavoro sul testo ci ha consentito di inquadrare l'opera nel genere letterario del *memoir* indagando sulle ragioni di questa collocazione. *La gioia ritrovata* nasce dal desiderio dell'autrice di condividere con gli altri il proprio mondo interiore segnato dall'esperienza della malattia psichica, focus sul quale si concentra l'opera di Aleksandra Kozuszek. È la verità emotiva a guidare l'esposizione dei fatti, i quali vengono presentati non in ordine cronologico ma in base al valore assunto e allo spazio loro riservato nella memoria dell'autrice. La prima persona singolare dà voce ai propri ricordi e alle proprie emozioni, in questo caso perlopiù dolorosi, facendo del *memoir* quasi una lettura dell'anima, nonché

¹ *Dla Nas*, Czasopismo Środowisk Działających na Rzecz Osób Chorujących Psychicznie (Rivista degli ambienti operanti a favore delle persone malate psichiche), rivista pubblicata nell'ambito dell'Associazione Otwórzcie Drzwi con sede a Cracovia. Disponibile online all'indirizzo www.otworzcie drzwi.org nella sezione Czasopismo "Dla Nas".

un'occasione per procedere ad una "reinterpretazione del proprio passato e il concedersi, con la forza del desiderio assunto in prima persona, una definizione nuova del presente".²

Dal lavoro sul testo è scaturita un'analisi letteraria che ci ha permesso di cogliere le caratteristiche de *La gioia ritrovata*. Soffermandoci sulle sequenze del testo, il tempo, i luoghi, le tecniche narrative e le scelte linguistiche e stilistiche, emerge che il *memoir* di Aleksandra Kozuszek non può essere valutato in termini esclusivamente letterari, ma come un testo nato dalla penna di una scrittrice non di mestiere (e qui torna alla mente la definizione di genere "democratico" che Tristine Reiner ha utilizzato per il *memoir*)³ che riporta su carta la propria esperienza della malattia psichica, dando voce ai propri ricordi, alle proprie emozioni, ai propri stati d'animo. È l'aspetto della testimonianza quello su cui infatti desideriamo porre l'accento: è in questo che risiede il vero valore de *La gioia ritrovata*, nonché uno dei motivi che ci ha spinti a proporne l'inedita traduzione in lingua italiana.

La versione da noi proposta in lingua italiana rappresenta il tentativo di rimanere il più possibile fedele a quella originale, essendo noi fermamente convinti di non poter stravolgere un testo così personale che tratta di esperienze realmente vissute da chi l'ha scritto. Come ad esempio nel caso delle parole volgari usate dall'autrice in un determinato stadio della malattia: in italiano abbiamo scelto di utilizzare le espressioni equivalenti per rispettare l'autenticità della testimonianza. Un altro esempio riguarda la sintassi: quella da noi proposta non si è discostata più di tanto da quella originale, mantenendo i medesimi tratti di semplicità. Nel corso del lavoro di traduzione abbiamo cercato sempre di fare fede a due punti fermi: evocare le medesime sensazioni dell'opera originale e rispettare le intenzioni dell'autrice.

Proprio in considerazione della semplicità espositiva e della natura personale del *memoir*, essendo questo testimonianza diretta dell'esperienza della malattia vissuta dall'autrice, riteniamo che *La gioia ritrovata* possa trovare anche in Italia una propria collocazione nell'ambito di un circuito di potenziali lettori interessati o sensibili al tema oppure appassionati del genere del *memoir*. Certamente, come scrive Eugenio Borgna, non per "attenuare le ansie e le inquietudini dell'anima"⁴ ma, essendo cambiato il modo di vivere in ragione della sofferenza fisica o psichica e in seconda battuta lo sguardo del lettore, "la malattia ci induce a ricercarne un senso, a guardare alle cose essenziali della vita".⁵ Aleksandra Kozuszek scrive che "la testimonianza è il modo migliore

² C. Masia, *Scrivere il memoir. Come utilizzare i ricordi per scrivere di se stessi con autenticità*, Dino Audino Editore, Roma 2010, p. 25.

³ Cfr. nota 5 cap. III.

⁴ E. Borgna, *Parlarsi. La comunicazione perduta*, Giulio Einaudi editore, Torino 2015, p. 78.

⁵ *Ibid.*

per trasmettere la speranza alle persone che ne hanno bisogno”,⁶ allineandosi all’idea espressa dallo psichiatra piemontese in *Responsabilità e speranza*:

La speranza ci è data, è data a ciascuno di noi, perché la si doni a chi l’abbia perduta. Non dimenticando mai che la speranza, la speranza indistruttibile, così la definiva Kafka, non ha nulla a che fare con le speranze quotidiane: fragili, ed effimere, friabili, ed evanescenti.⁷

Nell’ultima fase, necessariamente avvenuta in seguito allo studio del modello finlandese e al lavoro di traduzione che ha messo a nudo il testo, abbiamo potuto cogliere il collegamento, potremmo dire naturale, tra quanto vissuto dall’autrice de *La gioia ritrovata* e l’Open Dialogue Approach. A nostro avviso, pur non avendo avuto un trattamento di cura fondato sull’approccio del Dialogo Aperto – all’epoca ancora inesistente in Polonia – , Aleksandra Kożuszek ha trovato un naturale inserimento nel contesto della diffusione dell’Open Dialogue Approach in Polonia, in quanto il trattamento di cura a lei rivolto, la psicoterapia e le diverse forme di terapia da lei seguite, nonché l’appoggio dell’ambiente familiare e la stigmatizzazione fortunatamente sfuggita, costituiscono nel loro insieme un panorama generale non poi così distante da alcune delle caratteristiche del modello finlandese di cura psichiatrica, almeno limitatamente a certi aspetti.

Riprendiamo nuovamente quelli che, a nostro parere, sono i punti di contatto esistenti tra quanto vissuto dall’autrice de *La gioia ritrovata* e l’Open Dialogue Approach, in modo tale da fissarli al termine del nostro lavoro.

Nella vita di chi fa esperienza della malattia mentale è indispensabile un ingrediente: la partecipazione attiva e il coinvolgimento diretto dei famigliari, da considerare un sostegno dal valore inestimabile per ogni malato. La prospettiva di rete sociale⁸ non a caso costituisce il secondo dei sette principi, elaborati dagli studiosi finlandesi, ai quali aderisce l’Open Dialogue Approach: è di primaria importanza la vicinanza dei famigliari e dei membri parte della rete sociale del paziente, presenti e partecipanti attivi alle riunioni di cura, nonché co-autori del trattamento di cura in quanto resi partecipi dei processi decisionali. Ne consegue pertanto un sistema di cura basato sulla comunità che non si rivolge unicamente ai pazienti psicotici, ma che ha come destinatari anche le loro famiglie, non meno bisognose di aiuto rispetto ai pazienti stessi. Talvolta, il rischio è che le famiglie si sentano sole e abbandonate, in balia degli eventi legati al decorso della malattia. Come abbiamo potuto vedere, l’Open Dialogue Approach risponde prontamente a questa necessità, ponendosi come un sistema di cura integrata basato sulla comunità locale che coinvolge i famigliari e le reti sociali del paziente, sin dal primo momento in cui vi è una richiesta d’aiuto e nel giro di

⁶ Cfr. nota 6 cap. II.

⁷ E. Borgna, *Responsabilità e speranza*, Giulio Einaudi editore, Torino 2016, p. 87.

⁸ Cfr. punto 2 pp. 15 – 16 cap. I.

brevissimo tempo a partire da questa. La partecipazione dei familiari e/o dei membri della rete sociale⁹ costituisce naturalmente anche uno degli elementi chiave della Pratica Dialogica nel Dialogo Aperto, da seguire nel trattamento di cura poiché richiede la presenza alle riunioni di équipe di tutti coloro che potrebbero essere interessati alla situazione del paziente, o perché direttamente coinvolti, e che potrebbero essere di prezioso aiuto nel corso della cura. Nei dodici capitoli de *La gioia ritrovata* trapela manifestamente l'appoggio dato dalla famiglia all'autrice, fin dagli esordi della malattia e lungo tutto il percorso che l'ha gradualmente condotta alla guarigione. I genitori dell'autrice, sconvolti dalla malattia della figlia, partecipavano settimanalmente ad incontri organizzati in clinica da medici e psicologi, durante i quali questi ultimi suggerivano come agire nei confronti dei figli malati e dedicavano dei momenti alla condivisione delle esperienze. Per anni la psicosi di Aleksandra Kozuszek ha rappresentato l'asse attorno al quale ruotava il suo mondo familiare, attratto come un magnete dal forte bisogno di aiuto e vicinanza che allora aveva l'autrice. Scrive nel suo *memoir*: "La collaborazione tra il medico, la mia famiglia e me stessa ha rivestito una grande importanza nello sconfiggere il nostro nemico comune, ovvero la malattia".¹⁰ Le parole dell'autrice sono avvalorate da quanto sostiene Bogdan De Barbaro nella postfazione de *La gioia ritrovata*. Anch'egli, facendo riferimento al caso della sua ex paziente, sostiene l'importanza del ruolo ricoperto dall'ambiente circostante e dalla presenza amorevole delle persone a lei care; è, a nostro avviso, un punto di vista da tenere in considerazione quello del terapeuta di Aleksandra Kozuszek, in quanto frutto della sua posizione di psichiatra:

Le ricerche scientifiche lo confermano: la rete sociale è uno dei fattori più rilevanti che maggiormente contribuisce al recupero della salute, e non solo quella psichica.¹¹

Altro punto di aderenza, da noi individuato, tra l'esperienza della malattia psichica vissuta dall'autrice de *La gioia ritrovata* e l'Open Dialogue Approach, riguarda il ruolo di vitale importanza giocato da un insieme di attività psicosociali e ordinarie, nonché metodi riabilitativi che puntano al reinserimento del paziente nella vita sociale, o meglio, che cercano di garantirgli fin dal primo esordio psicotico una certa continuità e un solido legame con la vita condotta in precedenza. È in virtù di tale ragione che si rende necessaria la presenza e la partecipazione attiva di tutti coloro che fanno parte della rete familiare e sociale del paziente. Se il già di per sé forte cambiamento di equilibrio causato dalla psicosi si accompagna anche ad una separazione netta da ciò che caratterizzava la vita del paziente prima dell'insorgenza della malattia, il malato psichico non solo

⁹ Cfr. punto 2 p. 18 cap. I.

¹⁰ Si veda la nostra traduzione al cap. IV, p. 89.

¹¹ *Ivi*, p. 97.

si troverà alle prese con la perdita del contatto con la realtà per via del disagio mentale, ma anche in una condizione di isolamento, estraneità od esclusione. L'Open Dialogue Approach si prefigge l'obiettivo proprio di evitare questa situazione, ponendo invece l'accento sull'indispensabile bisogno per il paziente di rimanere "agganciato" al proprio ambiente naturale fatto di relazioni interpersonali, di un ruolo ritagliato per sé nella società e di un'occupazione lavorativa. Per questo motivo, alcuni degli studi condotti sugli effetti della pratica del Dialogo Aperto si sono concentrati sul tasso percentuale dei pazienti che in seguito al trattamento di cura avevano fatto ritorno al proprio impiego (s'intende lavorativo o di studio) e di quanti si trovavano in uno stato di disoccupazione o avevano ottenuto un'indennità di invalidità. Nel *memoir* di Aleksandra Kożuszek più volte viene toccata la dimensione lavorativa, in quanto l'autrice, avendo studiato violoncello e pianoforte in una scuola secondaria di musica e avendo poi conseguito una laurea in Musicologia presso l'Università Jagellonica di Cracovia, aveva iniziato a lavorare, ancora prima della fine degli studi, come insegnante di educazione musicale nella scuola primaria e secondaria di primo grado. Dalle intime pagine del suo *memoir* si capisce come l'insegnamento fosse per Aleksandra Kożuszek "una sorta di rianimazione".¹² Certamente, nel "tunnel" della malattia non sempre è stato facile per lei affrontare sia emotivamente che fisicamente il tipo di lavoro, né proseguire a lavorare, tant'è vero che le ricadute l'hanno costretta ad interrompere a più riprese l'insegnamento a causa dei ricoveri in clinica e poi in maniera definitiva dopo esserle stata riconosciuta una pensione di invalidità.

Va poi aggiunto in relazione all'insieme delle attività ordinarie di cui abbiamo parlato sopra, riprendendo le parole del marito Konrad Kożuszek, che "l'organizzazione del ritorno alla normale attività quotidiana è un compito oltre le forze del paziente che ha appena lasciato l'ospedale psichiatrico. Egli necessita di un molteplice sostegno".¹³ Il paziente ha bisogno di essere continuamente stimolato in modo positivo dalle persone a lui vicine affinché gradualmente torni a gestire una serie di semplici attività quotidiane, attività che contribuiscono a riconquistare l'autonomia e l'autostima.

Richiamando i due punti di contatto tra l'Open Dialogue Approach e l'esperienza della malattia psichica vissuta da Aleksandra Kożuszek, entrambi prova di quanto sia importante coinvolgere in modo diretto nel processo di cura del paziente il suo ambiente naturale, veniamo ora al terzo collegamento, logica conseguenza dei primi due: la possibilità di subire una minore stigmatizzazione da parte della società. Con ciò si intende l'allontanamento del malato dal contesto sociale in ragione della percezione negativa che la malattia mentale genera nella comunità

¹² Si veda la nostra traduzione al cap. IV, p. 91.

¹³ *Ivi*, p.75.

circostante per via di una serie di concause: ignoranza o cattiva informazione, pregiudizi fondati sugli stereotipi e comportamenti discriminanti. Una società fondata su modelli altamente competitivi, dove l'uomo sano è privilegiato, tende infatti ad escludere i portatori di handicap fisici e mentali, che in tal modo vanno incontro alla perdita di valore sociale. L'esclusione talvolta può avvenire anche ad opera del malato stesso che può presentare comportamenti di autodiscriminazione o di discriminazione anticipata, vale a dire l'allontanamento dal contesto sociale per l'angoscia di un eventuale rifiuto o di una possibile esperienza negativa.

Vorremmo aggiungere, come ultima nostra riflessione a proposito di questo terzo elemento di collegamento, che *La gioia ritrovata*, proprio in qualità di testimonianza dell'esperienza psicotica, può rappresentare un utile strumento per sconfiggere la stigmatizzazione, senza propinare regole da seguire ma semplicemente gettando luce su una condizione esistente nella nostra società, una condizione alle volte ignorata.

Nell'esperienza di Aleksandra Kozuszek la possibilità di contrastare l'esclusione sociale si è realizzata da un lato in parte grazie al "contesto in cui si è trovata allora, in quell'atmosfera di naturalezza, di cura reciproca, di affidamento alle risorse, alla forza e alla comunità",¹⁴ dall'altro grazie all'inclinazione degli psicoterapeuti ai bisogni del paziente e alla creazione di un ambiente che "contrastasse l'esclusione sociale",¹⁵ come testimoniato dalle parole del suo terapeuta Bogdan De Barbaro. A tal proposito, quest'ultimo ha definito "romantica"¹⁶ la psichiatria della fine degli anni Settanta del secolo scorso in Polonia, racchiudendo in un unico aggettivo gli elementi caratterizzanti il tipo di terapia proposta.

¹⁴ Si veda la nostra traduzione al cap. IV, p. 98.

¹⁵ *Ivi*, p. 99.

¹⁶ *Ivi*, p. 98.

STRESZCZENIE

Nasza praca magisterska narodziła się poprzez lekturę ciekawej książeczki, którą przeczytaliśmy przypadkowo w trakcie jednego z pobytów w Polsce. Chodzi o książeczkę – świadectwo o tytule *Radość odzyskana*¹ napisaną przez Aleksandrę Kożuszek i opublikowaną w 2013 roku w Gliwicach. Autorka opowiada swoją długą i trudną walkę z chorobą psychiczną, nie skupiając się tylko na pierwszych symptomach i przebiegu choroby, ale także na czynnikach, które miały pozytywny wpływ na odzyskanie zdrowia (opieka lekarska, obecność rodziny i przyjaciół, wiara) i rzutowały na późniejsze życie pochorobowe (przyjaźnie, wielorakie zainteresowania, życie duchowe).

Pomimo, że temat ten nie jest ściśle związany z przedmiotem naszych studiów, wyjątkowość tej książeczki – świadectwa zainspirowała pomysł na jej przetłumaczenie z języka polskiego na język włoski. Nie mając dodatkowych informacji dotyczących doświadczeń autorki poza tymi zawartymi w książeczce, naszą powinnością było poznać i nawiązać kontakt z Aleksandrą Kożuszek aby uzyskać szczegółowe elementy związane z jej przeszłością i czasem obecnym. W życiu pochorobowym autorka miała odwagę wykorzystać własne trudne doświadczenia i nadać im pozytywny sens pełen nadziei: dzisiaj autorka daje świadectwo, że z choroby psychicznej można wyzdrowieć i wyzwolić się. Daje to świadectwo biorąc udział w konferencjach, seminariach na ten temat w całej Polsce i poza granicami, także poprzez książeczkę *Radość odzyskana*.

Nasze badania szczególnie ukierunkowały się na zakres, w którym książeczka – świadectwo Aleksandry Kożuszek powstała i znalazła własne miejsce, to znaczy w podejściu opartym na tzw. Otwartym Dialogu (Open Dialogue Approach, w skrócie ODA). Dlatego pierwszy rozdział naszej pracy magisterskiej poświęciliśmy opisowi tego podejścia by dać czytelnikom niezbędne informacje w celu poznania dogłębnie tego wzoru leczenia psychozy.

Otwarty Dialog został opracowany w latach 90 ubiegłego wieku w Zachodniej Laponii w Finlandii przez profesora i psychoterapeutę Jaakko Asko Tapio Seikkula we współpracy z psychiatrą Birgittą Alakare oraz z grupą specjalistów pracujących w szpitalu Keropudas w Tornio w Laponii. Nazwę Open Dialogue użyto po raz pierwszy w 1996 roku, by opisać terapię skoncentrowaną na całej rodzinie i sieci społecznej pacjenta. Według Jaakko Seikkuli dialog jest najważniejszym i najspontanicznym elementem istoty ludzkiej. Dialog nie jest samą formą terapii, ale po prostu stylem życia, stąd wszystkie terapie muszą w swojej istocie być dialogowe. Początki tego podejścia można szukać w terapii dostosowanej do potrzeb (Need Adapted

¹ A. Kożuszek, *Radość odzyskana*, PrintNet, Gliwice 2013.

Treatment) proponowanej przez profesora i psychiatrę Yrjö O. Alanen, który stworzył systemowe podejście do leczenia schizofrenii. Od 1968 roku opracował społeczny wzór leczenia psychiatrycznego przeznaczony dla pacjentów chorych na schizofrenię i dla ich rodzin charakteryzujący się adaptacją i elastycznością odnośnie różnych potrzeb pacjentów.

Centrum otwartego dialogu to tzw. otwarte spotkania terapeutyczne, w których biorą udział: osoba w kryzysie, ważne dla niej osoby (rodzina, przyjaciele, koledzy z pracy, sąsiedzi, itd.) oraz profesjonaliści (lekarze, psychologowie, terapeuci, pielęgniarki), którzy kierują spotkaniami. Niezmiernie istotne jest stworzenie mobilnych zespołów kryzysowych by dać natychmiastowe wsparcie i pomoc. Zespół interwencyjny zwykle składa się z dwóch, trzech osób (psychiatra, psycholog, pielęgniarka, czasem pracownik socjalny).

W trakcie spotkań, poprzez dialog, należy poznać wszystkie bieżące problemy i starać się odkryć „język rodziny”. Celem jest zainicjowanie polifonii, czyli takiego stylu, który oferuje każdemu z uczestników możliwość wypowiedzi w atmosferze akceptacji: każdy głos ma tę samą wagę i powinien być wysłuchany. W czasie pierwszego spotkania trzeba stworzyć plan terapii i podjąć wszelkie decyzje na podstawie zidentyfikowanego problemu a także wybrać dwie albo trzy osoby kompetentne, które stworzą zespół terapeutyczny. Przy tej okazji będzie też mowa o ewentualnej konieczności hospitalizacji. Warto podkreślić, że wszystkie decyzje dotyczące leczenia chorego (np. hospitalizacja, podanie leków psychotropowych lub nie, bezpieczeństwo życia w domu) podejmuje się wspólnie z pacjentem i wszystkimi uczestnikami spotkania. Pacjent może także zostać w domu w trakcie leczenia pod warunkiem dobrej atmosfery domowej (brak przemocy i agresywności).

Dodatkowy ważny element to podzielona odpowiedzialność: nikt nie odpowiada za proces leczenia jednoosobowo, ponieważ odpowiedzialność w tym samym czasie ma pacjent, jego rodzina i każdy członek zespołu. Główne zadania terapeuty to “być” dla pacjentów i ich sieci rodzinnej i społecznej i odpowiadać na ich potrzeby. Osoba, z którą pacjent lub jego rodzina ma pierwszy kontakt, jest odpowiedzialna za zorganizowanie spotkań.

Po kilku latach praktyki i w wyniku przeprowadzonych badań określono siedem podstawowych zasad, które charakteryzują ODA jako całościowo pomyślany system opieki psychiatrycznej.

Są to:

- 1) natychmiastowa pomoc. Należy zorganizować pierwsze spotkanie do dwudziestu czterech godzin od otrzymania informacji o kryzysie. Jednostki kryzysowe funkcjonują całą dobę, więc jest szansa na uniknięcie hospitalizacji pacjenta. Wczesna interwencja ma na celu skrócić tzw. okres nieleczzonej psychozy;

- 2) sieć społeczna. Członkowie sieci społecznej chorego mają ważną rolę w życiu i w leczeniu chorego, dlatego spotkania zorganizowane przez ODA angażują i mobilizują wszystkie osoby, które mogą być bogatym źródłem w sytuacji kryzysu;
- 3) elastyczność i mobilność. Leczenie dostosowane jest do konkretnych i zmieniających się potrzeb pacjenta. Niejednokrotnie najlepszym miejscem spotkań jest dom pacjenta. Nie ma jednego stałego schematu, wszystko zależy od konkretnego przypadku;
- 4) odpowiedzialność. Osoba, z którą pacjent lub jego rodzina ma pierwszy kontakt, jest odpowiedzialna za zorganizowanie spotkań, bez możliwości odesłania do kogoś innego;
- 5) ciągłość psychologiczna. Musi być zachowany stały zespół terapeutyczny. Leczenie ma być wynikiem wielu metod splecionych razem. Zespół bierze odpowiedzialność i towarzyszy pacjentowi tak długo jak trzeba;
- 6) tolerancja niepewności. Zespół terapeutyczny ma na celu wzbudzić klimat bezpieczeństwa i zaufania wokół pacjenta, ponieważ kryzys wyzwała niepewność, brak stabilności;
- 7) dialog (i polifonia). Praktyka dialogu to szczególna relacja między osobami w podejściu Otwartego Dialogu: każdy członek jest wysłuchany i może uzyskać odpowiedzi. Przez polifonię rozumie się wielorakość głosów; wszystkie są na tym samym poziomie – nie ma żadnej hierarchii. Dialog gwarantuje współpracę między wszystkimi uczestnikami.

Otwarty Dialog jest w Finlandii jednym z najlepiej dotychczas przebadanych podejść terapeutycznych, więc są dobrze znane wyniki jego wprowadzenia w system opieki. Pierwsze trzy etapy badawcze wykonane w okresie kilkunastu lat orientowały się na pacjentach z diagnozą psychoz schizofrenicznych: API (Acute Psychosis Integrated Treatment) od 1992 do końca 1993 roku, ODAP (Open Dialogue Approach in Acute Psychosis) od 1994 do 1997 roku oraz ODAP 2 prowadzony w latach 2003-2005. Już po pięciu latach obserwacji, u większości pacjentów po pierwszym epizodzie psychotycznym nie utrzymywały się objawy psychotyczne i duża część z nich powróciła do pracy lub nauki.² Ocenia się, że około 80% badanych pacjentów powróciło do normalnego życia bez nawrotów chorobowych.³ Jednocześnie średni okres nieleczonej psychozy skrócił się według badań Seikkuli i jego współpracowników: API 4,2 miesiąca, ODAP 3,3 miesiąca

² Informacje o podejściu opartym na Otwartym Dialogu dostępne na stronie internetowej Fundacji Polskiego Instytutu Otwartego Dialogu www.otwartydialog.pl, dział artykułów.

³ P. Błądziński, A. Cechnicki, J. Bogacz, L. Cichocki, *Znaczenie Otwartego Dialogu w leczeniu osób chorujących na schizofrenię*, Postępy Psychiatrii i Neurologii 23, Kraków 2014, str. 137.

i ODAP 0,5 miesiąca.⁴ Po dziesięciu latach obserwacji potwierdzono utrzymanie stanu efektów osiągniętych po pierwszym epizodzie. Ponadto, zaobserwowano zmniejszenie liczby samobójstw, co może być konsekwencją szybkiej interwencji oraz stałości wsparcia społecznego.⁵

Wielką zaletą podejścia Otwartego Dialogu jest traktowanie pacjenta przede wszystkim jako człowieka: nie jest on sam w walce z chorobą, ponieważ jest wspierany przez swoją sieć społeczną, która razem z nim współpracuje z profesjonalistami; pacjent jest w centrum uwagi podczas całego procesu leczenia, nie będąc pasywnym widzem lecz twórcą własnej terapii na drodze do uzyskania dobrej formy. Wczesna interwencja zapewnia pacjentowi pomoc w przypadku kryzysu psychotycznego a sytuacja, w której się znajduje nie jest do ukrycia przed społecznością lecz problemem do rozwiązania na spotkaniach zespołu terapeutycznego. To wszystko ma pozytywny wpływ na stygmatyzację, czyli na dyskryminację pacjenta z powodu choroby psychicznej, dając efekt większego włączenia społecznego, czynnik niezwykle ważny w procesie zdrowienia. Doświadczenia skandynawskie pokazują i zachęcają do podjęcia leczenia jak najszybciej w środowisku pacjenta, wciągając do działania jego sieć społeczną, co zapewnia pomoc w naturalnym środowisku i ogranicza ryzyko wypadania z ról społecznych. Całokształt systemu obciąża mniej budżet państwa w sferze zdrowia.

Należy wspomnieć także, że Otwarty Dialog wymaga odpowiednio przeszkolonego i licznego personelu oraz skutecznego systemu opieki; dodajemy, że istnieje terytorialna odpowiedzialność za rozwiązywanie problemów zdrowia psychicznego.

Jednakże podnoszą się także słowa krytyki, które przede wszystkim były przeciwko metodologii badań, ponieważ prawdopodobnie część pacjentów została leczona tradycyjnymi metodami. Badania dotyczyły różnych okresów czasowych i grup pacjentów. Poza tym badania były prowadzone na niewielkiej liczbie pacjentów chorych na schizofrenię, to znaczy, że trudno porównywać te wyniki z innymi dotyczącymi większej grupy ludzkiej. Ogólnie mówiąc, przy jakiegokolwiek próbie zmiany, także przeniesienie modelu fińskiego Otwartego Dialogu poza Finlandię musi się zmierzyć z odmiennymi cechami socjalno – kulturalnymi i ekonomicznymi danego państwa. Zachodnia Laponia jest stosunkowo małym regionem (chodzi o ludność), czyli jedyny istniejący system opieki zapewnia dostęp do wszystkich przypadków kryzysów psychotycznych; tak naprawdę w innym kraju ODA musi brać pod uwagę istnienie tradycyjnego systemu leczenia. Należy jednak pamiętać, że wzór wypracowany przez Seikkulę jest niezwykle innowacyjny w kierunku deinstytucjonalizacji całego systemu opieki psychiatrycznej i przełamania stereotypu, że proces leczenia musi się odbywać w szpitalu.

⁴ P. Błądziński, A. Cechnicki, J. Bogacz, L. Cichocki, *op. cit.*, str. 137.

⁵ J. Seikkula, B. Alakare, *Open dialogues with patients with psychosis and their families*, pod redakcją M. Romme, opracowanie w S. Escher, *Psychosis as a Personal Crisis: An Experience-Based Approach*, Routledge, London 2012.

Drugi rozdział naszej pracy magisterskiej poświęciliśmy rozpowszechnieniu Otwartego Dialogu w Polsce od pierwszych kroków, poprzez najważniejsze etapy aż do nowości programu EX – IN (Experienced – Involvement, czyli Ekspert przez doświadczenie).

W Polsce mówi się o Otwartym Dialogu od 2011 roku, kiedy zostało zorganizowane I Forum Psychiatrii Środowiskowej we Wrocławiu pod tytułem „Obudźmy nadzieję”.⁶ Uczestniczyli w nim specjaliści z północnej Europy i ponad trzysta osób między którymi były osoby zdrowiejące, ich rodziny, psychiatry, terapeuci z różnych polskich miast oraz z Norwegii. Wystąpienia na Forum były ze strony beneficjentów (osoby zdrowiejące), rodziny oraz lekarzy i terapeutów. Te trzy grupy ściśle współpracujące ze sobą tworzą to, co profesor Bogdan De Barbaro nazywa „trójprzymierzem terapeutycznym” jako gwarancja dla wszystkich w procesie leczenia. Wystąpienia osób zdrowiejących były pełne nadziei: ich świadectwa ukazywały walkę z chorobą psychiczną, zwycięstwa i porażki. Jedynym wspólnym mianownikiem tych wystąpień było przesłanie: trzeba mieć nadzieję, ponieważ „na końcu tunelu jest zawsze światło”, używając hasła Aleksandry Kozuszek.⁷ Obraz tunelu jest także obecny w książeczce *Radość odzyskana* w refleksjach autorki cytując słowa męża.

Rok później zostało zorganizowane II Forum Psychiatrii Środowiskowej ciągle we Wrocławiu pod tytułem „Potęga rodziny!”. Uwaga skupiła się na nieocenionej roli rodziny w życiu każdego, głównie dla osób doświadczonych chorobą psychiczną. II Forum wzbudziło wielkie zainteresowanie dzięki pierwszej konferencji z 2011 roku. Program wzbogacił się o udział wykładowców z różnych stron Polski, a także z trzech krajów europejskich (Norwegia, Niemcy, Finlandia). Profesor Bogdan De Barbaro w swoim wystąpieniu „Rola rodziny w zdrowieniu”⁸ podkreślił, że cierpienie i czasami stygmatyzacja nie dotyka tylko samego pacjenta lecz całą rodzinę. Wsparcie i akceptacja rodziny są absolutnie niezbędne by przebieg leczenia był pozytywny. Podobnie jak w trakcie I Forum bardzo interesujące i głębokie były świadectwa zdrowienia osób doświadczonych chorobą psychiczną. Między innymi wystąpiła Aleksandra Kozuszek opowiadając o swoich trudnych doświadczeniach chorobowych i przedstawiając „Jak zaistnieć na nowo”.⁹ Bardzo oczekiwanym gościem II Forum był profesor Jaakko Seikkula, który przedstawił „Podejście oparte na Otwartym Dialogu – znaczenie rodziny i sieci społecznej pacjenta

⁶ A. Kozuszek, *Obudźmy nadzieję*, *Dla Nas* – Czasopismo Środowisk Działających na Rzecz Osób Chorujących Psychiczenie, nr 25, grudzień 2011, str. 3. Artykuł dostępny na stronie www.otworzcie drzwi.org, dział Czasopismo "Dla Nas".

⁷ A. Kozuszek, „Na końcu tunelu jest zawsze światło”, informacje dostępne na stronie internetowej Fundacji Polskiego Instytutu Otwartego Dialogu www.otwartydialog.pl, dział wydarzenia.

⁸ B. De Barbaro, „Rola rodziny w zdrowieniu”, www.otwartydialog.pl, dział wydarzenia.

⁹ A. Kozuszek, „Jak zaistnieć na nowo?”, www.otwartydialog.pl, dział wydarzenia.

w leczeniu psychoz”¹⁰ opisując szczegółowo cechy i efekty Otwartego Dialogu. W trakcie warsztatów prowadzonych przez Seikkulę i jego współpracowników była też okazja poznać konkretnie pracę zespołu profesora i sposób podejścia do człowieka będącego w psychozie. Pozytywne efekty Otwartego Dialogu, humanistyczne podejście do chorego psychicznie i jego całkowita akceptacja ze strony innych sprawiły, że narodziła się chęć wprowadzenia tej praktyki na teren polski. Humanistyczne podejście było już znane w ubiegłym stuleciu na terenie polskim dzięki pracy psychiatry, humanisty i filozofa Antoniego Kępińskiego. Istotą jego myśli był dialog pomiędzy terapeutą i pacjentem oparty na empatii, rozumieniu i bliskości.

Wzbudził duże zainteresowanie referat Burkharda Broege z Niemiec; zaprezentował on program niemiecki o nazwie EX – IN, w którym zatrudniane są osoby z doświadczeniem psychozy: dają oni świadectwo, że możliwe jest wyzdrowienie i dzięki temu wykorzystują te traumatyczne przeżycia dla dobra innych. W Polsce od 2015 roku nabrał kształtu projekt rozwojowo – edukacyjny o wartościach terapeutycznych dla osób z doświadczeniem psychozy pod nazwą “Ekspert przez doświadczenie”. Projekt był współfinansowany przez Gminę Wrocław. Było organizowanych dziesięć trzydniowych warsztatów dla grupy dwudziestu osób; warsztaty odbywały się na podstawie programu EX – IN zrealizowanego w ramach współpracy specjalistów z Holandii, Niemiec, Norwegii, Słowenii, Szwajcarii, Szwecji i Wielkiej Brytanii. Każdy ekspert przez doświadczenie musi mieć kompetencje zawodowe w tym zakresie, dlatego organizowane są kursy podstawowe i zaawansowane do pełnienia roli edukatora i towarzyszą w zdrowieniu. Szkolenie pozwala jednocześnie na lepsze poznanie siebie i swoje możliwości radzenia sobie i pomagania innym. Ekspert przez doświadczenie to partner w pracy zespołu terapeutycznego i ważny punkt odniesienia tak dla pacjentów jak i dla specjalistów. Jest to po prostu nowy zawód, dzięki któremu asystenci zdrowienia, to znaczy EX – IN, mają szansę odzyskać aktywną rolę społeczną. Dąży się w bliskiej przyszłości aby asystent zdrowienia był uznany jako pełnoprawny zawód, także w celu zmniejszenia stygmatyzacji osób chorujących psychicznie w społeczeństwie, jak i w celu dążenia do ewolucji całego systemu psychiatrycznej opieki. Aleksandra Kozuszek jest od 2013 roku ekspertem przez doświadczenie, więc daje swoje świadectwo wyzdrowienia z choroby psychicznej głównie w dwóch kierunkach: biorąc udział w spotkaniach, seminariach, warsztatach, mediach, będąc “żywym mostem” pomiędzy specjalistami a pacjentami i poprzez rozprowadzanie i popularyzację swojej książeczki *Radość odzyskana*. Autorka jest także trenerem w kursach podstawowych i zaawansowanych EX – IN: jej zadanie to przygotowanie nowych asystentów zdrowienia.

¹⁰ J. Seikkula, „Podejście oparte na Otwartym Dialogu – znaczenie rodziny i sieci społecznej pacjenta w leczeniu psychoz”, informacje dostępne na stronie internetowej Fundacji Polskiego Instytutu Otwartego Dialogu www.otwartydialog.pl, dział wydarzenia.

W trzecim rozdziale naszej pracy magisterskiej staraliśmy się przedstawić analizę tekstu i kontekstu książeczki Aleksandry Kozuszek. Rozdział ten jest w jakimś sensie koniecznym wstępem do prezentacji naszego tłumaczenia książeczki *Radość odzyskana*, które stanowi cały czwarty rozdział tej pracy.

Książeczka Aleksandry Kozuszek należy do sfery non – fiction a jako rodzaj literacki do rodzaju *memoir*. Nie jest to opowieść całego życia autora – jak w przypadku autobiografii – lecz pewnego ważnego fragmentu albo znaczącego tematu, który pozostawił widoczne ślady w pamięci piszącego. W *Radości odzyskanej* autorka przedstawia prozą w dwunastu rozdziałach swoje doświadczenie choroby psychicznej, które boleśnie naznaczyło jej przeszłość i uwarunkowało jej przyszłość. Każdy z tych krótkich rozdziałów koncentruje się na konkretnym temacie (np. początki choroby w rozdziale I *Radości odzyskanej*), na wspomnieniu szczególnej osoby (np. wspomnienie ojca w rozdziale VII) lub na pewnym wydarzeniu (np. powrót do wiary katolickiej w rozdziale X). *Memoir* stanowi okazję dla autora by zatrzymać w czasie emocje i pamięć oraz podzielić się z innymi własnym światem wewnętrznym.

Autobiografia i *memoir* są bliskimi rodzajami literackimi, ale jednak innymi. Po pierwsze: *memoir* może być napisany przez jakąkolwiek osobę, wcale nie literata, autobiografia zaś pisana jest zwykle przez znanego albo wybitnego autora. Po drugie: podstawą *memoir* jest subiektywność pamięci, więc wyłaniają się emocje, uczucia, cierpienia, ból, nostalgia, żal, tęsknoty, natomiast autobiografia ma na celu przedstawić fakty z perspektywy obiektywnej; tak więc różnica pomiędzy prawdą obiektywną a prawdą emocjonalną odróżnia jeden gatunek literacki od drugiego. Po trzecie: autobiografia ma obowiązek uwzględnić prawdziwie i chronologicznie fakty i wydarzenia, zaś *memoir* ma możliwość przesuwania się we własnym świecie wewnętrznym, to znaczy może wybrać fakty i wydarzenia nie z punktu widzenia chronologii lecz z perspektywy ich znaczenia dla życia autora; konsekwencją nieobecności chronologii to dzielenie na cząstki i zestawienie obok siebie różnych faktów.

Ten trzeci punkt jest widoczny w *Radości odzyskanej*, ponieważ autorka nie opisuje krok po kroku choroby psychicznej, od jej początku do rozwoju i całego przebiegu, prezentując leczenie i stopniowy proces wyzdrowienia. Z tych etapów autorka wybiera tylko pewne wspomnienia, momenty, emocje i uczucia ważne dla niej i silnie wryte w jej pamięć, zorganizowane niechronologicznie i czasami przez nią komentowane.

Radość odzyskana jest napisana w pierwszej osobie liczby pojedynczej z punktu widzenia autorki, właśnie jak *memoir* i autobiografie. Może to być pewnym ograniczeniem, ponieważ czytelnik ma do dyspozycji tylko jedną perspektywę. Jedynie w przedmowie i w posłowniu

pojawiają się dwa inne głosy, ten pierwszy męża Konrada Kożuszka a ten drugi terapeutę Aleksandry Kożuszek Bogdana De Barbaro.

Pisanie własnego *memoir* daje szansę na odczytanie własnych przeżyć w innym świetle i na odkrycie nowego rozumienia tego co się stało. Autorka właśnie o tym pisze: “Zauważam z perspektywy czasu, że doświadczenia te były w jakiś sposób potrzebne do osiągnięcia dojrzałości i stanu równowagi w jakim się teraz znajduję”.¹¹ Tak naprawdę każdy *memoir* może wzbogacić czytelnika odnośnie tematu w nim zawartego jak w przypadku *Radości odzyskanej* – czytelnik może uzyskać nowe spojrzenie na ten temat, który niejednokrotnie jest ignorowany. Mówić otwarcie o chorobie psychicznej nie jest zawsze łatwo dlatego, że stygmatyzacja w różnych środowiskach daje się odczuć.

Rodzaj literacki *memoir* często był wybierany przez autorów, którzy chcieli opisać własny świat wewnętrzny pełen przeróżnych emocji i przeżyć. Autorzy posługiwali się formą *memoir* aby opowiedzieć na przykład własną emigrację i brak integracji na nowym terenie, uzależnienia różnego typu lub choroby.

Po analizie rodzaju literackiego *Radości odzyskanej* dokonaliśmy pogłębionej analizy tekstu pozostając wiernymi naszemu przebiegowi studiów językowych i literackich. Braliśmy więc pod uwagę rodzaj sekwencji napotkanych w tekście zauważając, że ich większość jest typu opisowego i refleksyjnego. Zatrzymaliśmy potem naszą uwagę na informacjach o czasie (nie jest ich za wiele ale wystarczająco dużo aby zrozumieć, że doświadczenie Aleksandry Kożuszek ma w tle czasy PRL-u) i o miejscach (obrazy miejsc związane z halucynacjami i stanem depresyjnym lub euforycznym są okropne, tragiczne i agresywne, zaś te dotyczące opisu kliniki nie są nigdy dramatyczne).

Jeśli chodzi o techniki narracyjne to autorka pisze w pierwszej osobie liczby pojedynczej, tak więc mamy narratora wewnętrznego, który spaja się z główną postacią wydarzeń. Fokalizacja, czyli perspektywa opowiadania, jest wewnętrzna: narrator ciągle posiada punkt widzenia głównego bohatera, więc fakty są obserwowane i osądzone od wewnątrz.

Przeszliśmy potem do analizy tekstu na poziomie językowym i stylistycznym. Chociaż *Radość odzyskana* przedstawia doświadczenie choroby psychicznej, nie jest w niej używane słownictwo specjalistyczne medyczno-psychiatryczne; język nie jest wyszukany, lecz powszechny czasami potoczny (są też obecne wulgarne słowa używane przez autorkę na pewnym etapie przebiegu choroby). Pojawiają się także zwroty językowe i cytaty biblijne.

Składnia jest poprawna i prosta ale nie opracowana bogato: okres głównie posiada krótkie zdania połączone przy użyciu przecinka lub spójnika; mało jest długich i skomplikowanych zdań jak i zdań

¹¹ A. Kożuszek, *Radość odzyskana*, *op. cit.*, str. 7.

podporządkowanych. Składnia wraz z użytym językiem częściowo ułatwiły nam tłumaczenie z języka polskiego na język włoski.

Należy dodać, że *Radość odzyskana* istnieje już w dwóch tłumaczeniach: w wersji niemieckiej¹² i w wersji angielskiej.¹³

Książeczka Aleksandry Kozuszek nie ma ambicji być dziełem literackim i dlatego nie możemy ocenić jej wyłącznie w kanonach literackich. *Radość odzyskana* nie należy do zasięgu wydawniczego będąc w końcu skromną edycją bez wydawnictwa, które ją rozpowszechnia; autorka sama zajmuje się drukowaniem, dystrybucją i sprzedażą na konferencjach, spotkaniach, itp. w których uczestniczy. Tak więc ten *memoir* to cenne świadectwo dla tych, którzy przeżyli chorobę psychiczną i dla tych, którzy są aktualnie w jej trakcie; ponadto może być użytecznym narzędziem dla osób dotkniętych bezpośrednio lub pośrednio psychozą (np. rodziny pacjentów, ich przyjaciele, znajomi, specjaliści). Podsumowując: pole działania *Radości odzyskanej* jest zawężone a potencjalni czytelnicy stanowią specyficzną grupę zainteresowanych ludzi.

Ostatnim punktem na którym się zatrzymaliśmy to analiza tematyczna *Radości odzyskanej*. Rozróżniliśmy cztery główne tematy, które przewijają się w ciągu dwunastu rozdziałów:

- 1) cierpienia i krytyczne sytuacje będące konsekwencją choroby psychicznej;
- 2) ważność więzi międzyludzkich;
- 3) wiara;
- 4) powrót do codzienności.

Rozważając całość naszej pracy doszliśmy do wniosku, że przeżycia Aleksandry Kozuszek mają pewne podobieństwa do Otwartego Dialogu szeroko opisanego wcześniej. Przede wszystkim ważna rola sieci społecznej (członkowie rodziny i środowiska pacjenta): jej obecność i współpraca są wsparciem o bezcennej wartości dla każdego chorego, jak w drugiej zasadzie Otwartego Dialogu. Celem podejścia skandynawskiego wzoru jest zaspokajanie potrzeb związanych z chorobą nie tylko pacjenta ale całej jego rodziny. Na stronach *memoir* Aleksandry Kozuszek uwidacznia się wsparcie ze strony jej rodziny od początku psychozy, przez cały jej czas trwania aż do uzdrowienia:

Moja choroba wywołała panikę w rodzinie. Rodzice co tydzień przyjeżdżali na klinikę, na spotkania dla rodziców pacjentów prowadzone przez lekarzy i psychologów. Wzajemnie się pocieszali, dzielili przeżyciami i uczyli jak postępować ze swoimi chorymi dziećmi. [...] Duże znaczenie miała współpraca lekarza, rodziny ze mną w zwalczaniu wspólnego wroga jakim była choroba.¹⁴

¹² A. Kozuszek, *Wiedererlangte Freude*, tłum. M. Sosin, PrintNet, Gliwice 2013.

¹³ A. Kozuszek, *Regained Joy*, tłum. B. Vinall, PrintNet, Gliwice 2014.

¹⁴ A. Kozuszek, *Radość odzyskana*, *op. cit.*, str. 33 – 34.

Następnym wspólnym punktem to zapewnienie pacjentowi naturalnego otoczenia w celu zagwarantowania mu równowagi i ciągłości z życiem przedchorobowym; to znaczy środowiska, w którym wcześniej panowały relacje międzyludzkie, obecność w społeczeństwie i zajęcia zawodowe. W przypadku autorki *Radości odzyskanej* zawód nauczyciela muzyki “działał na nią jak reanimacja”,¹⁵ chociaż musiała niejednokrotnie przerwać pracę z powodu hospitalizacji. Z drugiej strony różnego rodzaju działania (np. nieprzerywanie kontaktów ze znajomymi, zajmowanie się higieną osobistą czy też gotowanie) pomagały jej powracać do codzienności.

Opierając się na tych dwóch poprzednich punktach dochodzimy do trzeciego, który jest ich naturalną konsekwencją: zmniejszyć stygmatyzację ze strony społeczeństwa w stosunku do chorego. Według terapeutki Aleksandry Kożuszek Bogdana De Barbaro “część sukcesu Oli w pokonaniu choroby ma swoje korzenie właśnie w tamtym klimacie, klimacie bezpośredniości, wzajemnej troski, odwoływania się do zasobów, silnych stron i wspólnoty”.¹⁶ Ponadto psychoterapeuci brali pod uwagę potrzeby pacjenta i mieli wpływ na utworzenie klimatu “przeciw wykluczeniu społecznemu”.¹⁷ Nieprzypadkowo Bogdan De Barbaro używa przymiotnika “romantyczny”¹⁸ by opisać psychiatrię końca lat 70 ubiegłego wieku w Polsce.

Kończąc nasze rozważania przedstawiamy ostatnie refleksje nad naszym tłumaczeniem *Radości odzyskanej*. Pomysł tłumaczenia na język włoski zrodził się po lekturze *memoir* Aleksandry Kożuszek, wiedząc już o istniejących dwóch jego tłumaczeniach. Ta idea umocniła się podczas naszych badań dotyczących doświadczeń autorki i kontekstu, w którym Aleksandra Kożuszek działa w roli świadka konkretnej możliwości wyzdrowienia z psychozy. W przeciągu czasu dojrzało w nas zaufanie, że nasze tłumaczenie *Radości odzyskanej* na język włoski mogłoby znaleźć swoje miejsce wśród włoskich czytelników zainteresowanych tym specyficznym tematem. Oczywiście pamiętamy, o czym już była mowa, że także we Włoszech książeczka Aleksandry Kożuszek nie będzie miała ambicji dzieła literackiego. Ponadto, cała nasza praca magisterska nie pragnie w żaden sposób zastąpić literatury naukowo-medycznej.

¹⁵ A. Kożuszek, *Radość odzyskana*, *op. cit.*, str. 38.

¹⁶ *Ivi*, str. 56.

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ *Ivi*, str. 54 – 55.

RINGRAZIAMENTI

La sensazione che si prova scrivendo queste righe è sempre piacevole, perché questo momento segna la fine di un percorso e, chi lo sa, magari l'inizio di qualcosa di nuovo e altrettanto stimolante.

Il sentiero che mi ha condotta alla conclusione degli studi è stato rallentato dagli eventi della vita, ma si è rivelato ugualmente entusiasmante. Nel raggiungere un obiettivo così importante, mi rendo conto di non essere mai stata sola lungo il mio percorso universitario, ma di aver goduto dell'appoggio di alcune persone preziose.

Ci tengo anzitutto a ringraziare la mia famiglia, che ha tenacemente sostenuto i miei studi e che mi ha sempre riservato parole di incoraggiamento. Un ringraziamento speciale va a mia madre che, nel continuo rammaricarsi di non poter fare di più, si è invece dimostrata un'insostituibile ed instancabile sostenitrice.

Grazie a Francesco, amorevole presenza nella mia vita. Un sorriso incantevole che accompagna le mie giornate. Una purezza d'animo che riempie il mio cuore. L'estrema pazienza, il sostegno costante e la stima nutrita nei miei confronti hanno contribuito al raggiungimento di questo traguardo, del quale mi ha sempre ribadito l'importanza.

Grazie a nonno Marian, che ha sempre insistito perché imparassi il polacco; oggi me lo immagino sorridente con una mano sulla mia spalla. A lui dedico la mia tesi.

Grazie a nonna Leokadia, vicina nei pensieri anche se geograficamente lontana mille chilometri.

Un grazie speciale ad Aleksandra Kozuszek per aver appoggiato con passione questo lavoro e per avere aperto un mondo nuovo davanti ai miei occhi.

Grazie ai numerosi validi professori che ho avuto la fortuna di incontrare lungo il mio ciclo di studi triennale e magistrale: la loro preparazione, le loro lezioni stimolanti e la loro esperienza hanno per me rappresentato una fonte inesauribile cui attingere e fornito la motivazione per tenere sempre accesa la fiamma della curiosità del sapere. Voglio menzionare i professori Alessandro Catalano, Loredana Corrà, Antonio Covi, Lidia Marzena Gołata, Maria Giuseppa Lo Duca, Zuzana Muchová, Marcello Piacentini, Maria Teresa Vigolo.

Bibliografia

Aaltonen J., Seikkula J. & Lehtinen K., *Comprehensive open - dialogue approach I: Developing a comprehensive culture of need – adapted approach in a psychiatric public health catchment area the Western Lapland Project*, *Psychosis* Vol. 3, Taylor & Francis Online, 2011, pp. 179 – 191.

Accademia della Crusca, *Sull'uso del passato remoto*, commento del 12 marzo 2004, in “Risposte ai quesiti” nella sezione di “Consulenza linguistica” presente sotto la voce “Lingua italiana” del sito dell'Accademia della Crusca, disponibile all'indirizzo www.accademiadellacrusca.it.

Alanen Y. O., *Towards a more humanistic psychiatry: Development of need – adapted treatment of schizophrenia group psychoses*, *Psychosis* Vol. 1, Issue 2, Taylor & Francis Online, 2009, pp. 156 – 166, DOI: 10.1080/17522430902795667.

Allegato A alla Dgr. della Regione Veneto n. 21 del 17 gennaio 2012.

Amurri L., *Apnea*, Fandango Libri, Roma 2013.

Andersen T., *The reflecting team. Dialogues and dialogues about the dialogues*, Norton, New York 1991.

Balter M., *Talking back to madness*, *Science*, Vol. 343, Issue 6176, 2014, pp. 1190 – 1193, www.sciencemag.org, DOI 10.1126/science.343.6176.1190.

Barone R., Morretta A., Gulino E., *Open dialogue. Un intervento innovativo con la famiglia e la rete sociale nel Dipartimento di Salute Mentale di Caltagirone – Palagonia*, *Nuova rassegna di studi psichiatrici – rivista online di psichiatria*, Vol. 14, 6 aprile 2017, www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it.

Barrington J., *Writing the Memoir: From Truth to Art*, Eight Mountain Press, Portland (OR) 1997.

Bellocchio V., *Il corpo non dimentica*, Mondadori, Milano 2014.

Bessone M., Tarantino C., *Forme di democrazia in psichiatria: l'Open Dialogue finlandese*, *State of Mind – Il giornale delle scienze psicologiche*, 3 giugno 2015, www.stateofmind.it, ID 110706.

Bisikiewicz R., *Podsumowanie Konferencji „Obudźmy nadzieję – wyzdrowienie jest możliwe!!! Powiat trzebnicki”*, 24. listopada 2016. Artykuł dostępny na stronie www.otwartydialog.pl, dział wydarzenia.

Błądziński P., Cechnicki A., Bogacz J., Cichoński Ł., *Znaczenie Otwartego Dialogu w leczeniu osób chorujących na schizofrenię*, *Postępy Psychiatrii i Neurologii* Vol. 23, Issue 3, 2014, str. 134 – 139.

Borgna E., *Parlarsi. La comunicazione perfetta*, Giulio Einaudi editore, Torino 2015.

Borgna E., *Responsabilità e speranza*, Giulio Einaudi editore, Torino 2016.

Caviglia G., Perrella R., *La schizofrenia: diagnosi, teorie, terapie*, Carocci editore, Roma 2009.

DeSalvo L., *Vertigo*, Nutrimenti, Roma 2006.

Dionisi S., *La barca dei folli. Viaggio nei vicoli bui della mia mente*, Mondadori, Milano 2015.

Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej, *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017 – 2022*, Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 08. lutego 2017 r., Warszawa 02. marca 2017, www.dziennikustaw.gov.pl, Dziennik Ustaw 2017, Poz. 458.

Eco U., *Come si fa una tesi di laurea. Le materie umanistiche*, Bompiani, Milano 2015.

Fiori S., *Viaggio al termine del pudore cercando il nuovo bestseller*, *La Repubblica*, 31 marzo 2013, articolo disponibile anche nell'archivio online del quotidiano all'indirizzo www.repubblica.it.

Fulvi F., *Intervista. Stefano Dionisi: la mia storia di dolore nella «barca dei folli»*, *Avvenire*, 17 settembre 2015.

Gadacz T., *Profesor Antoni Kępiński – myśliciel dialogiczny*, *Psychoterapia* 4 (163) 2012, str. 19 – 26. Opracowanie dostępne w archiwum na stronie www.psychoterapiaptp.pl.

Giambra V., *La fede religiosa, fattore protettivo nella malattia*, in *State of Mind – Il giornale delle scienze psicologiche*, 26 ottobre 2016, www.stateofmind.it, ID 140706.

Gibran K., *Il profeta*, trad. di P. Ruffilli, Edizioni San Paolo, Milano 1989.

Goldkorn W., *Memoir familiare*, *L'Espresso*, 4 marzo 2009. Articolo disponibile anche nell'archivio online del settimanale all'indirizzo www.espresso.repubblica.it.

Kępiński A., *Melancholia*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1974.

Kępiński A., *Rytm życia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 1972.

Kesey K., *Qualcuno volò sul nido del cuculo*, trad. di B. Oddera, Rizzoli Editore, Milano 1976.

Kłapiński M. M., Rymaszewska J., *Podejście terapeutyczne oparte na Otwartym Dialogu – o fenomenie skandynawskiej psychiatrii*, Zakład Psychiatrii Konsultacyjnej i Badań Neurobiologicznych, Katedra Psychiatrii UM we Wrocławiu, *Psychiatr. Pol.* 2015; 49 (6): 1179 – 1190, www.psychiatriapolska.pl, DOI: 10.12740/PP/36677.

Kożuszek A., *Cierpienie z perspektywy pacjentów*, *Dla Nas – Czasopismo Środowisk Działających na Rzecz Osób Chorujących Psychiczenie*, nr 33, marzec 2015, str. 16. Artykuł dostępny na stronie www.otworzciedrzy.org, dział Czasopismo "Dla Nas".

Kożuszek A., *Jak doświadczenie choroby psychicznej może być wykorzystane w edukacji?*, *Dla Nas – Czasopismo Środowisk Działających na Rzecz Osób Chorujących Psychiczenie*, nr 35, czerwiec 2016, str. 5. Artykuł dostępny na stronie www.otworzciedrzy.org, dział Czasopismo "Dla Nas".

Kożuszek A., *Obudźmy nadzieję*, *Dla Nas – Czasopismo Środowisk Działających na Rzecz Osób Chorujących Psychiczenie*, nr 25, grudzień 2011, str. 3. Artykuł dostępny na stronie www.otworzciedrzy.org, dział Czasopismo "Dla Nas".

Kożuszek A., *Radość odzyskana*, PrintNet, Gliwice 2013; *Regained Joy*, trad. di B. Vinall, PrintNet, Gliwice 2014; *Wiedererlangte Freude*, trad. di M. Sosin, PrintNet, Gliwice 2013.

Krawczyk A., Solarz A., Wciórka J., *Otwarty dialog – przydatność w kryzysie psychotycznym*, Med. Prakt. Psychiatria, Ośrodek Terapii w Środowisku I Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, 2015; 2: 84 – 91.

La Bibbia di Gerusalemme, EDB - Edizioni Dehoniane Bologna, Bologna 1998.

Lipińska E., *Z ziemi włoskiej do polskiej. Manuale di grammatica polacca per italiani*, trad. e adattamento di M. Coleschi, Universitas, Cracovia 2010.

Masia C., *Scrivere il memoir. Come utilizzare i ricordi per scrivere di se stessi con autenticità*, Dino Audino Editore, Roma 2010.

Najwyższa Izba Kontroli, Departament Zdrowia, *Realizacja Zadań Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego*, Warszawa 2017, KZD.430.006.2016.

Najwyższa Izba Kontroli, *Fiasko Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego*, 27. stycznia 2017, artykuł dostępny na stronie Najwyższej Izby Kontroli www.nik.gov.pl, dział aktualności.

Nałkowska Z., *Senza dimenticare nulla*, a c. di G. De Biase, trad. di B. Meriggi, L’Ancora del Mediterraneo, Napoli 2006.

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28. grudnia 2010 r., Ministerstwo Zdrowia, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa 2011.

Olson M., Seikkula J., Ziedonis D., *The key elements of dialogic practice in Open Dialogue: Fidelity criteria*, The University of Massachusetts Medical School, Worcester, MA, 2014, www.umassmed.edu/psychiatry/globalinitiatives/opendialogue (trad. di M. Macario, A. Arecco, C. Tarantino, *Gli elementi chiave della Pratica Dialogica nel Dialogo Aperto: criteri di fedeltà*, 2014).

Osimo B., *Manuale del traduttore*, Hoepli, Milano 2011.

Ragusa K., *La pelle che ci separa*, Nutrimenti, Roma 2008.

Reiner T., *Your Life as a Story: Writing the New Autobiography*, G. P. Putnam’s Sons, New York 1997.

Robinson D., *Becoming a translator. An accelerated course*, Routledge, New York – London 1997.

Sechehaye M. A., *Diario di una schizofrenica*, trad. di C. Bellingardi, Giunti Editore, Firenze 2006.

Seikkula J., Aaltonen J., Alakare B., Haarakangas K., Keränen J. & Lehtinen K., *Five – year experience of first – episode nonaffective psychosis in open – dialogue approach: Treatment principles, follow – up outcomes, and two case studies*, Psychotherapy Research, Taylor & Francis Online, 2007, DOI: 10.1080/10503300500268490.

Seikkula J., Alakare B., *Open dialogues with patients with psychosis and their families*, pod redakcją M. Romme, opracowanie w S. Escher, *Psychosis as a Personal Crisis: An Experience-Based Approach*, Routledge, London 2012.

Seikkula J., *Il dialogo aperto. L'approccio finlandese alle gravi crisi psichiatriche*, trad. di C. Tarantino, Giovanni Fioriti Editore, Roma 2014.

Sienkiewicz H., *I cavalieri teutonici*, trad. di I. Andreini Rossi, Edizioni Paoline, Catania 1970.

Solomon A., *Lontano dall'albero*, trad. di M. Parizzi, Mondadori, Milano 2013.

Spencer-Wendel S., *Prima di dirti addio. L'anno in cui ho imparato a vivere*, trad. di C. Galli, Rizzoli, Milano 2013.

Tobino M., *Le libere donne di Magliano*, Arnoldo Mondadori Editore, Milano 2001.

Verdiani C., *La lingua polacca*, Sansoni Editore, Firenze 1956.

Wielki Słownik Ucznia, Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa 2006.

Woolf V., *Saggi, prose e racconti*, a c. di N. Fusini, Mondadori, Milano 1998.

Siti internet consultati

www.dopdim.pl

www.fokus-fortbildung.de

www.infomercatiesteri.it

www.medison.com.pl

www.nik.gov.pl

www.open-dialogue.net

www.opiekaitroska.pl

www.otwartydialog.pl

www.otworzciedrzwi.org

www.pinel.de

www.przychodnia.pl

www.psychiatriapolska.pl

www.salute.gov.it