

---

## EDITORIALE

---

Il problema della contenzione fisica interpella la coscienza di molti operatori della salute mentale, quella di pazienti che la subiscono e la vedono praticata su altri, quella di familiari, quella di cittadini sensibili al tema dei diritti della persona.

La contenzione fisica incarna da sempre, nei suoi modi violenti e drammatici, uno scacco di fronte alla cura della follia, alla sua presunta incomprendibilità, esaltando quello spirito di esclusione, oggettivazione e violenza che ha da sempre accompagnato, fin dal suo nascere, la psichiatria e che ha conosciuto, nell'epoca degli Ospedali Psichiatrici, la sua massima diffusione, simboleggiandone la loro fallimentare funzione curativa.

La sua sopravvivenza, se non addirittura la sua crescente applicazione, che non turba chi opera rieditando pratiche ispirate a concezioni organicistiche, denuncia la miseria anche di pratiche apparentemente emancipative che includono magari modalità raffinate di intervento che scomodano spesso termini come etica, diritto, alleanza terapeutica, empatia, co-gestione.

Sembra scemata la consapevolezza di come un singolo episodio di contenzione fisica all'interno di sistemi terapeutici quali riteniamo debbano essere considerati i servizi per la salute mentale, annulli qualsivoglia progettualità emancipativa e riconsegna il problema della sofferenza psichica al terreno dell'incomprendibilità e dell'esclusione, rendendo impossibile l'incontro con il paziente "per quello che è"<sup>1</sup>.

I motivi spesso addotti per l'esercizio di tali pratiche (l'evitamento di massicci interventi psicofarmacologici, la carenza di operatori, la difficoltà a gestire situazioni particolarmente gravose) rivelano i loro limiti in un confronto con il passato ed il presente della psichiatria: centocinquanta anni sono ormai trascorsi dall'esperienza di Conolly che dimostrò e documentò, in era indubitabilmente pre-farmacologica, la possibilità di abolire totalmente mezzi

<sup>1</sup> Attenasio L, Ricci A. Appunti sulla contenzione. Fogli di Informazione 1992; 157: 37-42.

costrittivi nell'Ospedale di Hanwell; per rimanere a tempi più recenti, abbiamo conosciuto ospedali psichiatrici che, pur dotati di gran numero di operatori, praticavano forme massicce di contenzione fisica, così come possiamo apprezzare, oggi, SPDC che rifiutano l'utilizzo, anche episodico, di qualsiasi forma di contenzione.

È indubbio che anche stati di intossicazione da alcool, o da sostanze stupefacenti, in primo luogo la cocaina, possano scatenare reazioni violente e difficilmente controllabili; è indubbio che la confusione e il deterioramento della persona anziana possano mettere a repentaglio la propria incolumità. Si tratta tuttavia, per la psichiatria e ancor prima per la medicina ospedaliera, di chiedersi se la risposta della contenzione sia l'unica delle risposte possibili o piuttosto diventi, nella quotidianità delle istituzioni coinvolte, la via privilegiata e più economica, giustificata dalla perdita o dalla compromissione di coscienza della persona sottoposta a contenzione fisica, ritenuta pertanto "sorda" alla violenza perpetrata (convinzione questa messa oggi in discussione da alcuni ricercatori anche per persone in stato di coma).

Nella consapevolezza delle molteplicità di fattori che possono concorrere all'esercizio della contenzione fisica, esercizio che non può e non deve alzare steccati fra buoni e cattivi operatori, ci sembra ancor più importante una ulteriore considerazione, quella che spesso il pur discutibile, a volte eccezionale, ricorso alla contenzione non si accompagni alla problematizzazione dell'episodio, non diventi motivo di "scandalo" per l'intera organizzazione e non ne venga riconosciuto il valore ostativo alle pratiche terapeutiche.

La proposta del presente fascicolo è di duplice ordine: al di là di un'analisi critica del fenomeno della contenzione fisica, ci preme proporre una diversa dimensione, abitualmente denominata contenimento, che si prefigge di affrontare la fase critica, anche nelle sue forme estreme, della sofferenza psichica, senza rinunciare all'intento terapeutico; vogliamo inoltre documentare le pratiche, sia quelle più squisitamente territoriali che quelle degli SPDC, che possono "prevenire" ed essere alternative alla contenzione fisica.

Preliminarmente vorremmo offrire ai nostri lettori una puntualizzazione sui termini adottati di contenzione e contenimento, troppo spesso utilizzati in modo interscambiabile, sia negli scritti che nel linguaggio comune. Sovente infatti si dice di un paziente sottoposto a contenzione meccanica, che "è contenuto" quasi che inconsapevolmente sia necessario camuffare l'atto violento con una parola che sottintende un'intenzione gentile, benevola, materna. Si tratta certamente di termini dotati di una notevole polisemia come hanno ben analizzato Carlo e Rita Brutti nell'articolo pubblicato in questo fascicolo; tuttavia è indubbio che derivano da concetti differenti che, a nostro avviso, rimandano a pratiche radicalmente diverse.

Definiamo contenzione fisica (meccanica secondo la terminologia americana) un'operazione che concretamente si materializza nell'immobilizzazione parziale o totale del corpo attraverso l'uso di camicie di forza, cinture, polsini od altri più sofisticati strumenti.

Essa si caratterizza come atto violento, che prescinde da una dimensione relazionale intesa come scambio reciproco, inibisce un sia pur difficile percorso di comprensibilità della crisi, opera per un passivo adeguamento del comportamento a canoni normativi stabiliti dall'istituzione curante. Spesso, alla contenzione fisica, viene assimilata, per pari gravità, quella farmacologica: una sorta di camicia di forza chimica che prende il posto, in una dimensione modernizzata, dei tradizionali strumenti di contenzione. Questa considerazione non ci trova d'accordo e merita qualche ulteriore precisazione: se da una parte è doveroso stigmatizzare forme diffuse di impiego massiccio di psicofarmaci che inibiscono sistematicamente livelli pur minimi di coscienza, dall'altra non si può non cogliere la potenzialità di un uso "mite", per usare un termine di Borgna nel contributo proposto in questo fascicolo, degli psicofarmaci, in grado al contempo di attenuare il livello di sofferenza e di preservare una capacità critica ed una possibilità di rapporto. Va ricordata, a questo proposito, un'osservazione di Agostino Pirella a proposito delle istituzioni psichiatriche, secondo la quale il criticabile eccessivo uso di psicofarmaci non sostituiva ma accompagnava l'uso della camicia di forza<sup>2</sup>; osservazione tuttora valida. A ben vedere, il tema della contenzione non si esaurisce certo nelle forme drammatiche testè descritte; esso si spinge fino ad atteggiamenti che trovano posto anche in raffinate dimensioni psicoterapiche allorché il terapeuta che teme fortemente l'aggressività, inibisce – pur inconsapevolmente – l'espressione da parte del paziente delle parti scisse, e quindi più aggressive, di tipo persecutorio. La rabbia del paziente, rifiutata dal terapeuta, normalmente non se ne starà "tranquilla" in qualche parte della sua mente ma andrà ad investire qualcun altro, ad esempio il proprio partner, un collega di lavoro, un figlio o un genitore<sup>3</sup>. Esiste pertanto anche una "contenzione psichica" esercitata dai terapeuti che si differenzia dal "contenimento psichico" che al contrario permette in una dimensione di processualità un riconoscimento ed una re-integrazione delle parti scisse per la ricostruzione delle funzioni mentali di base.

Non si tratta per noi di negare lo statuto intrinsecamente contraddittorio della disciplina psichiatrica la cui pratica sempre coinvolge gli operatori in

<sup>2</sup> Taverna S, ed. *La nave che affonda*. Roma: Savelli; 1978.

<sup>3</sup> Speciale-Bagliacca R. *Ubi maior*. Roma: Astrolabio; 2004, pag. 22 -26.

scelte critiche e spesso impone loro l'esercizio del controllo, quanto piuttosto di definirne i limiti, le forme accettabili, inscrivibili comunque in una prospettiva evolutiva e intersoggettiva.

Esemplare a questo proposito ci pare l'articolo di Norcio "Per l'abolizione della contenzione fisica" dove, dopo aver esaminato criticamente alcuni punti di vista della letteratura internazionale ed alcuni esempi di linee guida italiane sulla contenzione, descrive l'esperienza di *no restraint* nel DSM e più in specifico nell'SPDC di Trieste, mettendo in luce i fattori di sistema che consentono il non uso della contenzione. Paradigmatiche sono infine le modalità di lavoro utilizzate per la gestione della crisi nei due casi descritti, che dimostrano come un deciso orientamento contro la contenzione eviti di invocare lo "stato di necessità" anche nelle situazioni più critiche, "lavorando" invece sulla negoziazione ad oltranza con il paziente non collaborante o, nei casi estremi, utilizzando una procedura di "holding temporanea" (nell'accezione di Winnicott di un forte ed empatico supporto/abbraccio fisico con valore materno), da parte del personale.

Questa modalità di affrontare la "crisi", anche violenta, ci conforta nell'ideale contrapposizione da noi assunta tra *l'azione della contenzione fisica e la funzione di contenimento*. Vi è infatti molta differenza tra *un'azione* (quella della contenzione) che si esaurisce nell'atto coercitivo, nell'agire sul corpo trasformandolo anche inconsapevolmente, in oggetto disanimato, ed una *funzione* (quella del contenimento) che comprende un'insieme di operazioni, in massima parte mentali – ma anche concrete – che concorrono al medesimo scopo: la creazione ed il mantenimento di un campo di relazioni interpersonali finalizzate allo sviluppo evolutivo.

Ci riferiamo quindi al "contenimento", concetto nato in ambito psicoanalitico ma che ha permeato le "buone" pratiche di alcuni Servizi di salute mentale (vedi gli articoli di Ruta e Minenna) come ad una *funzione* che include azioni plurime che riguardano sia la mente che il corpo, svolte sia sul piano verbale che attraverso il contatto corporeo, in un'intima coerenza fra le varie azioni che riguardano entrambe le dimensioni.

Mentre la contenzione fisica è un'azione che può prescindere dalla dimensione relazionale perchè si esaurisce nei gesti quasi automatici di "fissare" il paziente (le linee guida a questo proposito possono essere anche uno scarico di responsabilità), il contenimento, ancorché – a volte – coinvolga la corporeità attraverso un'azione di controllo (degli impulsi violenti) si fonda al contrario sul coinvolgimento emotivo dell'operatore, che diventa con *la sua persona* "contenitore" delle angosce primitive del paziente (quelle che verosimilmente sono all'origine del comportamento violento) e, se necessario, con *la sua persona* "contiene" *la persona del paziente*. Naturalmente non si allude all'insensatezza del fronteggiamento della violenza di un paziente in stato di

agitazione psicomotoria da parte di un solo operatore, ma di un lavoro di équipe – magari con le forze dell’ordine – capace di assumere empaticamente (e consapevolmente), nell’ambito della propria competenza quel processo relazionale difficile – ma non impossibile – con le parti “folli” (distruttive) del paziente psicotico, o con la coscienza alterata delle forme psicorganiche. Non ci nascondiamo che anche il “tener stretto”(da persona a persona) un paziente agitato, anche se solo per il tempo strettamente necessario (il più delle volte pochi minuti) sia un’operazione di costrizione e per certi versi di “violenza”, ma il contesto relazionale che la caratterizza fa la differenza. Se la contenzione è un’azione che riduce a meccanica dei corpi una situazione emotiva incandescente, taglia un nodo relazionale ricco di possibili sviluppi attraverso la sopraffazione, congela in una fissità opaca le tensioni che cercano di esprimersi, blocca lo scambio sul registro del puro dominio, innesca la riproduzione mimetica della violenza, viceversa, tutte le azioni che concorrono alla funzione del “contenere” si fondano sul costante tentativo di ascoltare il paziente, di mettersi in sintonia con lui, di detendere il clima emotivo, di spiegare in modo chiaro e con voce calma elementi della realtà non percepiti o distorti dal paziente, di trovare con lui un punto di incontro. Ci pare questa una situazione assai più rispettosa della soggettività del paziente e della conservazione dei suoi diritti. Siamo consapevoli tuttavia che tra l’esercizio della contenzione e la funzione del contenimento esiste una “zona di confine” ambigua e confusa in cui un’azione di contenzione può sfumare in una strategia di contenimento come ci fanno notare Carlo e Rita Brutti, ma la sua declinazione verso la costruzione di trame comunicative con il paziente o verso la sua repressione e “silenziazione” dipenderanno dal contesto istituzionale in cui tali operazioni avvengono, in primo luogo dagli orientamenti valoriali che qualificano il Servizio di Salute mentale. La cultura del lavoro psichiatrico che assume l’eziologia multifattoriale del disturbo psichico e che impronta la pratica verso l’imprescindibile interesse per la persona (malata), la sua concreta esistenza, la sua dimensione interpersonale e sociale (e non solo per la sua malattia) tenderà a costruire risposte emancipative rispettose delle varie soggettività in gioco. In altre parole il contesto organizzativo che assume lo statuto relazionale e processuale nel lavoro di cura, che accetta e favorisce negli operatori la “capacità di preoccuparsi (*del paziente*) che è alla base di ogni gioco e di ogni lavoro costruttivo”<sup>4</sup>, ci pare più sensibile al tema del *no restraint* e culturalmente più preparato a funzionare da “contenitore” anche nei confronti degli operatori. In questo caso l’istituzione/organizzazione

<sup>4</sup> Winnicott DW. Lo sviluppo della capacità di preoccuparsi. In: Sviluppo affettivo e ambiente. Roma: Armando; 1970.

curante deve configurarsi come spazio mentale allargato capace di accogliere i pensieri, le emozioni, i dubbi, le difficoltà non solo dei pazienti e dei loro familiari, ma anche degli operatori e per questi ultimi promuovere una costante riflessione-elaborazione delle pratiche di lavoro, in specie del trattamento delle crisi. Se gli operatori fungendo da contenitori o portavoce di istanze psichiche del paziente, promuovono un graduale riconoscimento da parte di quest'ultimo di un proprio apparato psichico (e ciò avviene anche – e soprattutto – se il momento della crisi acuta è gestito all'insegna della comprensione empatica), allora è indispensabile che lo spazio istituzionale allargato, dalla équipe della singola unità operativa alla direzione del Dipartimento (per non dire dell'AUSL) funzioni come "holding" nei confronti degli operatori emotivamente coinvolti. A nostro avviso non si dà operatore capace di coinvolgersi empaticamente nelle vicende esistenziali che portano un paziente ad uno scompenso psicotico, in un'organizzazione che abbia assunto la cultura dell'emergenza di tipo poliziesco/custodialistico. Contenzione e contenimento pertanto sono pratiche che non possono essere "giudicate" fuori dalla cultura del contesto istituzionale in cui si esprimono e da cui in buona parte sono prodotte. Assumere quest'ottica ci permette allora di visualizzare e di approntare tutti quei dispositivi organizzativi (visione etica del proprio mandato tecnico-professionale, formazione degli operatori, adeguata disponibilità di risorse, flessibilità organizzativa, pratiche di costruzione di reti/supporti territoriali di prevenzione e inclusione sociale) che rendono possibile (più efficace, più dignitoso e forse anche più economico) utilizzare il contenimento al posto della contenzione.

Questo aspetto viene riconosciuto anche nei contributi, qui ospitati, di Petrini e Paterson che pure contemplano eccezionalmente l'uso della contenzione.

L'uno in ambito geriatrico, l'altro esaminando la realtà anglossassone, descrivono i rischi, anche mortali, della contenzione, le possibili alternative, la fondamentale importanza di una visione, di una cultura e di organizzazioni che assumano come centrali il rispetto della persona e la tutela dei suoi diritti, qualunque sia la sua condizione.

La funzione di contenimento nella pratica dei Centri di Salute Mentale viene analizzata puntualmente nei contributi di Ruta e Minenna.

La prima descrive la storia delle pratiche che hanno tradotto operativamente la funzione (dalla relazione significativa con il singolo o coppia di operatori, alla teorizzazione dell'èquipe terapeutica, dall'idea di progetto al tema del contratto terapeutico, dal concetto di setting all'idea di un sistema terapeutico che valorizza la comunicazione tra i diversi attori e sottolinea le interconnessioni) e le tipologie dei pazienti a cui nel tempo è stata rivolta (dagli stati acuti di scarsa integrazione e profonda angoscia, alle turbolenze emotive nelle varie forme di disturbo di personalità che sempre di più impegnano i servizi pubblici).

L'autrice entra poi nel merito di alcune situazioni cliniche che richiedono contenimento: l'acuzie psicotica, l'aggressività degli stati paranoici e della rabbia dei disturbi di personalità, i casi multiproblema, i trattamenti sanitari obbligatori, per chiudere con i risultati di una ricerca fatta nel Dipartimento di Salute Mentale di Reggio Emilia, sui punti di vista di pazienti, familiari, operatori sulla relazione d'aiuto

Minenna analizza il costrutto teorico "contenitore-contenuto" elaborato da Bion come "meccanismo-base (universale) generatore del pensiero"<sup>5</sup> ed il concetto di holding utilizzato da Winnicott per descrivere la funzione di "tenere e sostenere", affidata primariamente alla capacità della madre di identificarsi con i bisogni presentati dal neonato.

Nella vita psichica dei pazienti psichiatrici, sovente la risposta di holding risulta precaria o assente; ciò che non è stato in grado di fare l'ambiente primario può essere surrogato dalla capacità di contenere e di curare che è legata allo "stato mentale" dell'ambiente terapeutico costituito in massima parte dal servizio di salute mentale e della funzione del gruppo di lavoro. Di primaria importanza valutiamo poi l'invito ai terapeuti di mantenere una costante attenzione alle esperienze di coercizione e violenza subite dai pazienti, affinché il loro drammatico vissuto emotivo, traccia indelebile nella loro mente, possa essere "rivisitato" con il paziente in maniera autentica e profonda, allo scopo, con il tempo, di elaborare e dare un senso alla terribile doppia esperienza traumatica: dello scompensamento psichico e, insieme, della contenzione fisica subita. Allora se tutta la vicenda si iscrive anche nella memoria del terapeuta, sarà più facile aiutare il paziente a "contenersi" e a prevenire altri episodi in cui il problema della contenzione possa riproporsi.

L'attenzione alle esperienze di coercizione raccomandata da Minenna ci permette di fare un'ultima considerazione: a quanto ci consta né in psichiatria, né in psicoanalisi, ci pare sia stato approfondito il tema dell'effetto prodotto dall'esperienza della contenzione meccanica sulla mente di chi la subisce. In altre parole qual è (e a quale livello si situa) l'iscrizione psichica dell'atto di costrizione violenta, che immobilizza il corpo sensibile di un essere umano, che procura dolore, spavento, che fa sentire la persona che lo subisce in totale balia di qualcun altro?

Se la base su cui si fonda la condizione umana è rappresentata dal corpo sensibile e dalla parola che lo esprime<sup>6</sup>, ci pare che la contenzione fisica vada a ledere sia l'uno che l'altra. La violazione del corpo infatti ferisce e disorganizza la parte più intima e privata del sé, per di più in persone già fragili e vulnerabili

<sup>5</sup> Bion WR. Gli elementi della psicoanalisi. Roma: Armando; 1979.

<sup>6</sup> Vinar MN. Riv. di Psicoanalisi 2005; LI, 2: 566.



sul piano dell'identità. Inoltre l'intrusione violenta che viola lo spazio intimo del corpo – zona di segreto e opacità – non può che rinforzare i sentimenti persecutori che spesso accompagnano gli scompensi psichici violenti. E ancora: che conseguenze lascia la riedizione della fragilità originaria, dello stato indifeso degli inizi dell'esistenza, quando, come abbiamo visto, si tratta di una condizione che può essere attraversata positivamente solo con le amorevoli cure primarie (maternage, nutrimento, sguardo, parola) e nel caso della coercizione fisica incontra invece sopraffazione e totale perdita del controllo su se stessi?

Senza parlare poi del tema della “spogliazione” forzata degli abiti, che può avere un corrispettivo simbolico nella pretesa spogliazione dei vissuti e “sintomi patologici”, della esposizione della propria nudità e della vergogna conseguente, che, ancorché dal paziente apparentemente non registrata nell'immediatezza dell'azione coercitiva, permane per moltissimo tempo, ed a volte in modo indelebile, nel vissuto doloroso di quei pazienti che qualche bravo terapeuta aiuta, anche dopo molto tempo a ricordare e a rielaborare.

Non è raro trovare pazienti (come ci ricorda Minenna nel suo scritto, e come è stata l'esperienza di chi scrive) che nell'Ospedale Psichiatrico soffrivano in modo acuto il dolore di essere stati “legati”, e per la vergogna (della contenzione, si badi bene, e non della crisi psicotica!) si rifiutavano di essere dimessi. Ciò vale anche per le persone anziane “dementi” che non di rado, nei non infrequenti momenti di lucidità, chiedono al personale curante ed ai famigliari di “togliere i legacci”. Pertanto poniamo ai lettori la domanda se gli atti di contenzione fisica non producano essi stessi, (nel paziente) spavento, terrore persecutorio, disorganizzazione mentale, insieme ad un sentimento di “lesa umanità” che sono assai più gravi della patologia che la contenzione ha la pretesa di “ridurre”.

Vorremmo concludere con le parole di Carlo e Rita Brutti, che dopo un'analisi degli scenari di violenza del mondo attuale auspicano che la psichiatria, ora, come ai tempi della cancellazione dei manicomi, sappia trovare quell'antica passione per la scelta de “l'umano” ovunque e sempre, scelta che non può essere disgiunta da un cammino personale nella nostra interiorità che richiede una *contenzione* che ne argini il debordare in comportamenti distruttivi e autodistruttivi, gestendo consapevolmente la dinamica interiore tra *contenzione* e *contenimento*, non più antagonisti ma complementari, per proseguire, senza regressione né inversioni di rotta, sulle strade della nostra umanizzazione e della costruzione di una civiltà più degna dell'uomo.

*Annamaria Burani, Luigi Tagliabue*