

per addestrare all'uso del depot, è che esso sia "indicato nelle persone che non seguono il regime terapeutico per via orale come quelle affette da disturbo paranoico-delirante, che credono che il farmaco sia un veleno": questa frase non ha bisogno di commenti...

Non tutti i preparati iniettabili sono depot. Alcuni utilizzati per via intramuscolare o endovenosa hanno una durata d'azione normale che dipende dall'emivita del principio attivo.

I cerotti transdermici sono entrati di recente in commercio col *Daytrana* (il principio attivo è il Metilfenidato, ovvero quello del *Ritalin*). È stato approvato dalla FDA nel 2006 per "trattare" bambini d'età dai 6 anni per un massimo di 9 ore al giorno. Il cerotto rilascia il principio attivo attraverso la pelle e fa effetto per circa 12 ore; una volta rimosso, il farmaco rimane in circolo per circa 3 ore. È stato studiato per superare l'ostacolo della somministrazione di farmaci in ambiente scolastico e per obbligare al Metilfenidato i bambini che non vogliono trangugiare le pillole. È un metodo molto flessibile: si può togliere quando genitori o insegnanti non desiderano l'effetto di controllo, farlo "indossare" durante le ore scolastiche, toglierlo qualche ora prima se si desidera far dormire o mangiare il bambino (il Metilfenidato causa inappetenza e insonnia). Tutto questo lo definiscono "trattamento personalizzato"...

Intossicazione acuta

I casi di intossicazione acuta non sono per niente rari e possono essere mortali. Il sovradosaggio può avvenire per accumulo o per interazione tra differenti farmaci, droghe, cibo e bevande (soprattutto alcol). Questi avvelenamenti, a volte, sono volontari, ma non di rado sono dovuti a errori e leggerezze dei medici, soprattutto nelle "terapie d'urto" e nelle famigerate "triple" (combinazione simultanea di tre sedativi), specialmente in concomitanza con i ricoveri. Questo è uno dei motivi per cui si impara presto, in tali frangenti, a stare tranquilli, proprio per evitare squallidi e pericolosi accanimenti terapeutico-contenitivi. I casi di morte per arresto cardiaco e/o respiratorio durante i ricoveri e nei giorni successivi (per accumulo) sono più numerosi di quanto venga divulgato.

L'overdose da psicofarmaci ha effetti tossici soprattutto a carico del sistema nervoso centrale coinvolgendo cuore, fegato e reni. Tali effetti possono trasformarsi in danni permanenti scongiurabili con un intervento tempestivo indirizzato a impedire l'assorbimento.

Esiste un antidoto per i tranquillanti minori, il Flumazenil, mentre per

neuroplegici, stabilizzatori, antidepressivi e psicostimolanti non esiste antidoto specifico.

Dismissione e non-assunzione: perché

Gli effetti degli psicofarmaci inducono cambiamenti deleteri nelle persone e coinvolgono ogni aspetto del loro essere; ostacolano, negano e precludono la possibilità di una vita dignitosa e autonoma, alterano e/o ottundono le capacità cognitive intellettuali, emozionali e di ragionamento astratto, devastano il fisico delle persone, le spingono a considerarsi sempre più malate e inguaribili, isolandole socialmente e ostacolando, di fatto, la soluzione del malessere e del conflitto scatenante. Infatti non si tratta di "cure" o "terapie", ma di droghe, diversivi, veleni fortemente lesivi nei confronti di tutti gli organi, cervello compreso. Anche nelle esistenze più tormentate con confusioni, paure, insicurezze, il farmaco ha l'effetto di peggiorare la qualità della vita e della salute. Queste sostanze psicoattive possono funzionare sull'immediato in quanto scorciatoie, ma nel tempo causano disastri.

È possibile, con migliori risultati e minore impatto lesivo, affrontare senza farmaci i problemi interiori (sociali, affettivi, relazionali, percettivi) con il ragionamento e il dialogo tra persone che si riconoscono alla pari. Invece il trattamento farmacologico (rafforzato dai metodi psichiatrici) è la causa del cronicizzarsi delle sofferenze psichiche e provoca numerose e gravi patologie fisiche.

Il cambiamento dello stile di vita, l'autoaffermazione di sé, l'allontanamento da stress e/o violenze psicofisiche, la risoluzione di problemi economici, il lasciar spazio a un'elaborazione interiore e relazionale, i cambiamenti o evoluzioni esistenziali, si sono rivelati la miglior cura. Le tristezze etichettate e riproposte come "depressioni" sono generalmente destinate a sparire. Per quello che riguarda le diagnosi di "schizofrenia", rimangono illuminanti ed esemplari le esperienze di Giorgio Antonucci, di Loren Mosher, di Luc Ciompi, di Mariano Loiacono, di Ron Coleman⁴, della Berliner Weglaufhaus (Casa del Fuggitivo di Berlino), dell'Associazione penelope ai Giardini Naxos, in Sicilia e, ci teniamo a precisarlo, soprattutto le esperienze individuali meno conosciute. In queste

⁴ Giorgio Antonucci (medico e psicanalista), Loren Mosher (psichiatra), Luc Ciompi (psichiatra e psicoterapeuta), Mariano Loiacono (psichiatra), Ron Coleman (sopravvissuto alla psichiatria). Tutti hanno in comune una critica radicale alla medicalizzazione e, in diverse forme, al concetto di malattia mentale.

esperienze lo psicofarmaco non è stato usato o è stato limitato al minimo (in regime di interruzione o di scalare a zero) con ottimi risultati, anche per le persone diagnosticate "schizofreniche" e considerate clinicamente inguaribili.

Nell'esperienza del Reparto Autogestito dell'Ospedale psichiatrico di Imola promossa dal dottor Antonucci dal 1980 al 1996, centinaia di persone prima etichettate con la diagnosi di schizofrenia cronica sono state dimesse con "buono stato di salute psicofisica". Antonucci, medico responsabile del reparto, con l'aiuto dell'amministrazione comunale, ha provveduto alla ricerca di alloggio, lavoro, mezzi di sussistenza agli ex degenti. Le persone che per motivi di età non potevano più lavorare o per le quali non si era trovata una soluzione abitativa, erano residenti nel reparto autogestito, dotati delle chiavi e indipendenti nella gestione della propria vita. In seguito all' "epurazione" del dottor Antonucci, i residenti dell'Autogestito, dopo decenni di autonomia e autogestione quotidiana, sono stati interdetti dall'Amministrazione sanitaria e dalla Magistratura e arbitrariamente considerati incapaci di intendere e di volere.

Mosher è stato il responsabile della ricerca sulla schizofrenia presso il National Institute of Mental Health (NIMH) e membro APA. Nel progetto "Soteria", prescindeva dalla medicalizzazione offrendo una soluzione abitativa e relazionale non sanitaria, basata sulla relazione umana "non medicalizzante, non specialistica e alla pari": ottenne il 90-95% dei successi in persone giovani. Mosher diede le prove concrete dell'errore fatale che la medicalizzazione comporta. Il suo lavoro fu letteralmente boicottato anche con la sospensione dei finanziamenti al progetto. Diede le dimissioni dall'APA con un'importante e storica lettera della quale riportiamo questo brano: «L'appartenere a questo gruppo non fa per me. A questo punto della sua storia, secondo me, la psichiatria è stata pressoché completamente comprata dalle compagnie farmaceutiche. L'APA non potrebbe continuare incontri, simposi, riunioni di lavoro, pubblicità sulle riviste specializzate, gran giri di pranzi, borse di studio a iosa eccetera eccetera senza il supporto, fornito dalle compagnie farmaceutiche. Gli psichiatri sono diventati i beniamini delle campagne promozionali delle compagnie farmaceutiche»⁵.

Simili, anche se differenti nello stile, ma non nei contenuti essenziali, tutte le altre esperienze citate. Qui i risultati si sono ottenuti quando si

⁵ La lettera integrale è pubblicata su: www.oism.info/it/terapia/etica_deontologia/lettera_dimissioni_mosher_apa.htm

è tenuto conto della specificità dei problemi, diversi come sono diverse le persone, uniche, non codificabili in protocolli e quindi affrontati con abilità di pensiero critico, ragionamento, risoluzione di questioni pratiche (casa, mezzi di sostentamento). Gli obblighi all'uso di protocolli definiti e i vincoli dettati da un sistema legale basato sul "controllo della follia" sono i problemi che pongono ostacoli a tentativi come quelli di Luc Ciompi che a Berna, in Svizzera, ha ritentato l'esperienza di Soteria. La legislazione impone poteri e vincoli legali: sono le potenziali catene che insidiano coloro che autogestiscono la loro unicità (per gli "altri" le diversità), lontani dai percorsi specialistici.

Non è un giudizio su chi crede che i farmaci siano un supporto per affrontare quelle che chiamano "crisi", ma invitiamo a riflettere sui motivi reali che scatenano tali eventi esperienziali, sul fatto che non è corretto definirsi malati per le contraddizioni interiori e/o le relazioni conflittuali che causano dolore. Ognuno faccia le proprie scelte assumendosene le responsabilità.

Gli anziani non dovrebbero assumere psicofarmaci perché sono particolarmente sensibili ai loro effetti; le donne in gravidanza e in allattamento non devono consumare psicofarmaci perché disturbano la formazione del feto (effetti teratogeni anche gravi) e passano nel latte materno. I bambini, ma anche gli adolescenti per non compromettere la crescita psicofisica, dato che si stanno ancora formando, non dovrebbero prenderli mai.

Dismissione: come

Un articolo sulla rivista per specialisti "Psychiatric on line" (vicina a psichiatria democratica) afferma che «i farmaci antidepressivi e antipsicotici attualmente utilizzati per i trattamenti a lungo termine non danno problemi di dipendenza; gli unici psicofarmaci per cui è dimostrata la comparsa di dipendenza psicologica e fisica sono i sedativi-ipnotici benzodiazepinici che devono essere utilizzati per un periodo non superiore ai due mesi»⁶, questa è ancora l'idea di numerosi psichiatri; evidenze scientifiche e soprattutto l'esperienza dei consumatori rivelano che le cose non stanno così.

I sintomi della disintossicazione possono manifestarsi molto intensamente ma sono passeggeri. Durante la dismissione, le conseguenze dell'avvelenamento da farmaci vengono riferite come forte angoscia, paura

⁶ <http://www.pol-it.org/ital/20030514h.htm>

delle ricadute, paura del proprio pensiero esperito come sintomo della pseudomalattia, paura delle proprie emozioni: tutte conseguenze del pregiudizio psichiatrico e delle interferenze sul sistema nervoso indotte dal farmaco stesso che inoltre esplica la sua funzione di controllare e congelare l'emozione.

Per la dismissione non esiste nessun metodo giusto o sbagliato in assoluto, quindi ci limitiamo a dare degli spunti che scaturiscono da esperienze, osservazioni e confronti collettivi. Quelli che seguiranno sono quindi solo appunti necessari.

- La decisione della sospensione deve essere presa quando la persona interessata comprende che la vita è un insieme di gioia e dolore e che nessuna di queste esperienze esistenziali, positive e negative, possono essere "guarite con le medicine".

- La decisione della sospensione deve essere sempre decisa e maturata in prima persona: dal diretto interessato.

- Sarebbe necessario avere una rete di supporto affidabile, amici e/o familiari informati della situazione e che non vi boicottino. Sarebbe molto utile anche partecipare a un gruppo di mutuo-auto-aiuto autogestito fuori dalle istituzioni: quelli proposti dai servizi di solito non sono favorevoli alla dismissione. Se si è soli è molto più difficile, ma non impossibile: la solitudine è quasi sempre ciò che porta a star male, anticamera della psichiatizzazione.

- È possibile farsi aiutare anche da un medico generico fidato, se lo si trova, ma non è indispensabile, e fare un esame tossicologico per ogni molecola assunta prima di iniziare lo scalare.

- È necessario decidere quanto convenga rivelare allo psichiatra la vostra scelta, di solito conviene farlo molto tempo dopo che ci si è "puliti". Anche i familiari possono disapprovare e impedire la vostra decisione.

- La sospensione brusca è possibile se si ha piena consapevolezza dell'intossicazione che ha provocato la droga.

- Tutti gli psicofarmaci provocano abitudine con gravi sintomi di astinenza, non solo alla brusca sospensione, ma anche alla sola riduzione del dosaggio. L'astinenza è un momento di riassetto e, come l'avvelenamento, anche di sconvolgimento delle funzioni del corpo.

- Non usare il depot nello scalare. Non funziona mai, anzi, crea continui squilibri nella quantità di principio attivo presente nell'organismo provocando ulteriori scompensi. Se viene proposto dallo psichiatra (anche se la tecnica proposta è quella di allontanare nel tempo le iniezioni

l'una dall'altra), bisogna rifiutare e richiedere la sostituzione con l'assunzione orale, meglio gocce, più facilmente controllabili quando si arriva a bassi dosaggi.

- È bene fare un programma di dismissione. Il criterio di seguire gli stati d'animo per alzare e abbassare dev'essere rifiutato, per questo è utile fare il programma e farsi aiutare. Esistono diverse esperienze e teorie su come si scala, l'importante è seguire un metodo che tenga conto di come ci si sente e poi mantenere il programma osservandosi attentamente. Lehmann (sopravvissuto alla psichiatria)⁷ e Breggin (neurologo)⁸ consigliano di eliminare un farmaco alla volta, ma altre esperienze hanno avuto buoni risultati scalandoli tutti contemporaneamente. Se si eliminano uno alla volta è meglio eliminare prima gli antidepressivi, poi i neurolettici e, cosa importante, solo successivamente gli antiparkinson, poi gli stabilizzatori dell'umore e infine le benzodiazepine. Alcuni tolgono le benzodiazepine all'inizio, ma altri sostengono sia meglio toglierle per ultime, sia perché sono quelle che danno gli effetti più piacevoli, sia a causa dell'effetto di rilassamento che hanno sui muscoli.

In generale, vale la regola che i sintomi da dismissione si presentano più immediati e acuti o più diluiti nel tempo in relazione alla durata d'azione (emivita) di ogni singola molecola; più l'emivita sarà breve, prima arriverà la crisi di astinenza, che sarà più acuta e durerà meno nel tempo. Per quello che riguarda le molecole a emivita lunga, la situazione si capovolge: gli effetti della sindrome d'astinenza saranno meno intensi e i tempi saranno più lunghi. Nei bambini e nei giovani i sintomi da dismissione in genere sono decisamente acuti.

Se ci sono problemi riguardo al cambiamento di vita che appare troppo veloce, se non si riesce a esentarsi dai controlli di psichiatri, operatori del settore, familiari o altre persone, se si è soli o c'è scarsità di aiuti esterni, se si avvertono troppa sofferenza e paura, quando si dismette si può usare il metodo indicato da Breggin, il quale è un medico molto prudente: meglio allungare i tempi che fallire.

Per quello che riguarda i neurolettici, se l'assunzione è stata protratta per più di cinque anni Breggin consiglia che la dismissione debba procedere molto lentamente perché le interferenze sul sistema nervoso causate dagli psicofarmaci possono perdurare per parecchi mesi. Per i neurolet-

⁷ <http://www.peter-lehmann-publishing.com>

⁸ <http://www.breggin.com>

atici consiglia quindi di togliere 1/10 del dosaggio alla volta ogni 30-90 giorni. Lo stesso vale per il Litio, mentre gli scalini per gli stabilizzatori dell'umore possono essere di 1/10 ogni 10-20 giorni, per benzodiazepine antidepressivi e psicostimolanti 1/10 ogni 7-10 giorni.

Questo metodo è lentissimo, può richiedere anni e a prescindere da Breggin altre esperienze ci dicono che si può andare più velocemente, sgrossando all'inizio e man mano rallentando. Lo "sgrossare" consiste nel diminuire 1/4 di farmaco alla volta ogni 4-15 giorni. È meglio iniziare la diminuzione dalla dose del mattino, poi quella pomeridiana e infine quella serale perché spesso viene percepita la paura dell'insonnia. Se togliere 1/4 è stato troppo penoso, stabilizzate più a lungo.

Anche le benzodiazepine sono particolarmente difficili da togliere, soprattutto quelle ad emivita breve e brevissima. Se trovate difficoltà un consiglio potrebbe essere di sostituirle dapprima con Diazepam che è miorelaxante (rilassa anche il muscolo cardiaco), autogestendolo a seconda della necessità e dei bisogni senza superare la media di 60 gocce nelle 24 ore, e poi togliere anche quest'ultimo. Gli antidepressivi sono generalmente (ma non sempre) i più facili da togliere e si possono scalare più velocemente: 1/4 alla volta ogni 4-5 giorni. Qualsiasi sia il metodo scelto non alzare il dosaggio se si è abbassato, tenerlo stabile per il tempo necessario al corpo ad abituarsi e poi procedere alla successiva diminuzione.

Le capsule si possono aprire, si divide la polverina ponendola su una superficie liscia dividendola con una lama, poi la si può mettere dentro un'ostia, una cartina da sigarette o un po' di cibo e ingerirla. Le pastiglie si possono dividere anche quando rivestite aiutandosi con un taglierino, eventualmente si possono polverizzare per poi dividere con precisione come per le capsule; le pastiglie gastroresistenti non devono essere divise per non compromettere il rivestimento protettivo, quelle a rilascio prolungato (es. *Depakin*, *Invega*) possono essere divise ma non vanno polverizzate. Le gocce sono ovviamente le più facili da gestire.

Un metodo utilizzato da alcuni è anche quello di sostituire gli psicofarmaci che si stanno scalando con composti da erboristeria, fino al momento in cui rimangono solo questi ultimi che aiutano il corpo a trovare un equilibrio nel ritmo sonno/veglia e alcuni hanno effetti disintossicanti (NOTA: l'iperico o erba di san Giovanni non può essere sovrapposto agli antidepressivi e a tutti i farmaci che incrementano la serotonina).

- Quando si dismettono gli psicofarmaci è indispensabile nutrire il sistema nervoso con omega 3, 6 e 9, sali minerali (soprattutto calcio,

magnesio, potassio), con vitamine (complesso B, C, E) preferibilmente di estrazione naturale.

- È utile adottare uno stile di vita sano e rispettoso del proprio corpo. Molti sopravvissuti hanno iniziato a prendersi cura dei propri bisogni con l'alimentazione, con rimedi omeopatici o erboristici e evitando aggressioni chimiche di qualsiasi entità. Fino a quando si consumano psicofarmaci, e per il periodo successivo alla dismissione, è indispensabile un'alimentazione sostanziosa e completa di frutta, verdura, carne e pesce.

- Vogliamo ricordare l'importanza del movimento (come corsa, danza, nuoto) che permette l'eliminazione delle tossine. A tal fine sono utili anche le saune.

- Segnaliamo, per chi non riuscisse a svincolarsi dall'idea di aver bisogno di aiutarsi con sostanze, che esistono numerose esperienze positive di ausilio fitoterapico o di altro tipo (omeopatico, ayurvedico, e così via), sia durante la dismissione dal farmaco, sia per le esperienze più dolorose.

- Con la dismissione del farmaco si esasperano le sofferenze che hanno indotto a iniziare il trattamento con aumento di tristezza, paura e preoccupazione, in quanto è chiaro il fallimento della "cura". Togliendo le droghe, le emozioni e gli stati d'animo sono finalmente liberi di tornare alla soglia della coscienza ed è necessario imparare di nuovo a riconoscerle in tutte le loro sfumature. Le emozioni più facilmente riconoscibili sono la paura e la rabbia. Queste soffocano quelle più sottili, elevate e raffinate che devono essere nuovamente recuperate attraverso la relazione con gli altri, per ritornare a essere partecipi e non più vittime delle proprie emozioni e del mondo. Piangere, ridere, dare sfogo alla rabbia senza moralismi e rispettando gli altri, sono esperienze positive e importanti, non privatevene.

- Durante e dopo la dismissione possono manifestarsi esperienze particolari non necessariamente esperite come dolore. Testimonianze confermano che la persona può sentirsi semplicemente molto meglio, come liberata da un peso opprimente che fino a quel momento l'aveva bloccata. Ricomincia a riappropriarsi delle funzioni del corpo, a ri-esperire memoria, fantasia, creatività, emozioni (come la rabbia per ciò che gli è accaduto), e di conseguenza inizia a riprendersi, anche con foga, tutte le libertà prima negate: è questo il momento in cui rischia maggiormente di essere frainteso, etichettato come "schizofrenico" e bloccato nella

dismissione. A prescindere dal riassetto cerebrale, è quindi necessario un periodo che può essere più o meno lungo per riabituarsi a vivere le relazioni col mondo e con gli altri, per stabilire nuovi equilibri; questo può esigere pazienza e incremento del dialogo sia in chi dismette, sia in chi aiuta.

- La scelta di eventuali supporti psicoterapeutici è individuale e non è detto sia efficace. Se innescano meccanismi di "assistito che delega il proprio benessere a uno specialista", di "metodo per diventare autonomo privandosi del libero arbitrio" che possono essere inutili e anche pericolosi. Ciononostante esistono esperienze, generalmente collettive, che possono aiutare a esprimere liberamente le proprie emozioni bloccate e imparare a riconoscerle; i gruppi di mutuo-auto-aiuto, gestiti da persone solidali, privi di gerarchie, dove tutti si mettono in gioco "alla pari", continuano a sembrarci la soluzione più adatta; soluzione che gli "specialisti" generalmente non possono offrire.

- Il rafforzamento dell'autostima è molto importante. Rifiutarsi ad esempio di identificarsi nella figura di "quello sbagliato, che non ce la fa, del diverso, del malato mentale" che deve cambiare o essere curato da qualcuno. Trarrete benefici individuando uno scopo nella vostra vita, ma anche piccoli obiettivi. L'autodeterminazione, l'occuparsi concretamente e pragmaticamente della propria vita, il rifiuto del ruolo di malati sono dei punti su cui tutti i sopravvissuti alla psichiatria concordano. La risoluzione di problematiche relative ai mezzi pratici per la vita come casa e mezzi di sussistenza, è essenziale.

- Un importante punto di cui occorre tenere conto è che soprattutto con Litio, neurolettici ma anche con gli antidepressivi, è possibile che si manifestino esperienze di dismissione anche a distanza di mesi. Possono includere disperazione, sofferenza o allontanamento dal comune modo di pensare, si può, cioè, "sbroccare" per un periodo⁹. È importante che si consideri la cosa per quello che è: una conseguenza della psichiatrizzazione e della dismissione che non deve essere "contenuta" con altri psicofarmaci, ma interrogata. Andare "fuori di testa" è comunicare, con un linguaggio o con l'azione, un dolore non ascoltato. È un meccanismo di sopravvivenza, non una "malattia": se una persona si ritira dal mondo ha

⁹ Questa osservazione non è solo di autori "dissidenti" come Breggin o Whitaker, ma è emersa da studi commissionati dalle case farmaceutiche stesse. Vedi: S. Iapichino, A. Colzi, V. Massimo*, *Sindrome da dismissione di antidepressivi*, Istituto di Clinica delle Malattie Nervose e Mentali, Sezione di Psichiatria, Università di Siena (* Medica Eli Lilly S.p.A.).

sempre delle ragioni. Se non si viene lasciati soli, abbandonati a sé stessi, si può tornare a vivere pienamente e in modo autentico. Inoltre è assurdo drogare o avvelenare una persona per costringerla a vivere come vogliono gli altri. Più ci sarà accanimento/avvelenamento/coercizione e più sarà difficile che voglia/possa relazionarsi. Le esperienze dei sopravvissuti alla psichiatria mostrano molto chiaramente che alcuni di loro, prima di "rinascere", erano ridotti in condizioni apparentemente senza speranza. Esistono testimonianze di ripresa da intossicazioni pluritrentennali con graduale riappropriazione della propria vita e delle proprie facoltà fisiche, emotive e relazionali. Sul breve periodo è possibile che si sperimentino stati un po' agitati, sul lungo, se si è stati per tanto tempo pazienti sotto cura, è possibile che rimangano delle cicatrici come vergogna, forte sensibilità alle tensioni, lesioni fisiche come la discinesia cronica, con cui è possibile convivere. Ne vale sempre la pena.

- Si deve insistere sulla ricerca-coltivazione-costruzione di una buona rete relazionale. La costruzione di circuiti amicali e affettivi, per funzionare, deve avere la caratteristica di relazioni schiette, prive di ricatti, rispettose e "alla pari".

Appendice per chi aiuta

È importante "accompagnare", "stare a fianco" per evitare ricoveri indesiderati o altri interventi che vanificherebbero la dismissione. Questo lo si può fare prendendo accordi col diretto interessato prima della dismissione, ma anche e soprattutto durante, ovvero man mano che si presentano i problemi circa le questioni pratiche, comunicando quando necessario con parenti, amici, vicinato.

La cosa principale è creare una relazione reale puntando sul reciproco rispetto. Occorrono perseveranza, intuizione, abbandono dei luoghi comuni e delle idee tradizionali o generiche. Occorre puntare sul ragionamento franco e schietto.

È importante tenere sempre conto del fatto che le parole e le azioni delle persone, per quanto possano apparire illogiche, hanno sempre un motivo. Per questa ragione è necessario evitare l'interpretazione del pensiero e del comportamento, evitare di screditarli rispettando l'esperienza senza pregiudizi, moralismi o punti di vista parziali. Occorre cercare reciproca fiducia, chiarezza, rispetto, ponendo molta attenzione affinché la relazione non si sviluppi autoritaria, manipolatoria, paternalista, assistenzialista, svalutante (tutto ciò vale per entrambi). Atteggiamenti quali "gestire", "assistere",

“educare” l’altro sono fuori luogo; se questi elementi erano presenti prima della dismissione occorre imparare a mettersi in discussione e mutare radicalmente atteggiamento. Dare informazioni e esporre il proprio punto di vista può invece essere costruttivo.

- Non spaventarsi: come già detto i sintomi della disintossicazione benché intensi sono passeggeri, inoltre risulta difficile abbandonare vecchie abitudini di pensiero e comportamento per trovarne di nuove, così come liberarsi dal peso che i ricordi hanno sul presente.

- La relazione dev’essere priva di aspettative: non è detto che i bisogni o le inclinazioni di chi aiutato risultino quelli che voi desiderate o ritenete giuste, tenete sempre conto del fatto che il fine di chi ci chiede e a cui offriamo l’aiuto è il riappropriamento della “sua” vita in tutta la sua specificità e unicità. Mettersi nei panni dell’altro è l’unico modo per capire l’altro in un ambito di libertà.

- Cercare a tutti i costi un rapporto di fiducia: considerare la persona alla pari, è capace di ragionamento. Rifiutare sempre e in ogni circostanza il pregiudizio della presunta incapacità o inferiorità dell’altro, cercare l’accordo anche su cose spiacevoli. Il non avere pregiudizi significa anche avere la capacità di mettersi in discussione (pensiero critico).

- Costruire un dialogo: avere una comunicazione schietta, priva di pregiudizi senza lasciare nessun sottinteso. È importante comunicare le proprie paure e preoccupazioni evitando i non-detti perché ciò che è ovvio per una persona non lo è necessariamente per l’altra. Affrontare le critiche incoraggiando i discorsi. Il dialogo arricchisce l’esperienza, il dialogo è azione. Malintesi e fraintendimenti sono costanti nella comunicazione umana.

- Perseverare con pazienza ripetendo, se necessario, le comunicazioni più volte nel tempo, la persona anche se non risponde ricorda benissimo. La ripetizione ha la funzione di dare importanza a un messaggio.

- Menzogne (anche a fin di bene), ambiguità, incoerenza, ma anche ambivalenza di messaggi o vissuti, come grosse contraddizioni tra i vari messaggi o tra ciò che si sente si dice o si fa, sono cose che confondono l’altro, lo possono spaventare e quindi non aiutano, quando appaiono è comunque importante sempre parlarne (es. ti voglio bene ma ti tratto male, ti voglio bene ma mi vergogno di te, sei come me ma ti tratto da bambino).

- Non dare assistenza ma costruire insieme altre possibilità di vita: il sacrificio non è una motivazione utile, in certi momenti ci si può anche ritrovare a doversi prender cura dell’altro, ma non ci si deve sostituire, le

cose si fanno insieme e arricchiscono entrambi, la modalità e la finalità rimangono la relazione alla pari.

- Rispettare la libertà dell’altro: libertà non va intesa solo come mancanza di costrizioni ma soprattutto come accrescimento delle possibilità di scelta, libertà quindi implica anche restituire la responsabilità. Lasciar spazio all’altro e lasciare che se ne appropri e lo autogestisca (spazio anche e soprattutto relazionale).

- Poiché non esiste malattia non esiste “guarigione”, esiste l’arricchimento della dimensione esistenziale e relazionale, ovvero la creazione di nuove possibilità di vita. La modalità è quella di accompagnare, senza sostituirsi, nel processo in cui la persona arricchisce la propria esistenza. L’impoverimento di esperienze e pensiero spesso è la causa della psichiatrizzazione, ma è anche creato e amplificato dal trattamento psichiatrico stesso.

Tutto ciò che è stato detto in questa appendice è utile anche quando si vuole evitare un primo ricovero o l’iniziazione allo psicofarmaco di fronte ad esperienze che appaiono inconsuete o dolorose.