

Report Convegno Nazionale “ Dalla consultazione alla costruzione della relazione analitica” Roma 23/25 novembre 2018

Parte seconda: Sabato

Relazioni di C. Bollas , A Nicolò e le altre relazioni

Il congresso aperto a tutti i professionisti del settore si è svolto nelle giornate di sabato e domenica e ha visto un'ampia partecipazione di pubblico.

Sabato mattina ci sono stati gli interventi di Christopher Bollas e Anna Nicolò (Chair Stefano Bolognini).

Bollas, ha tenuto una relazione dal titolo “Pensieri sulla valutazione di un soggetto che ha sofferto di uno scompenso psicotico o che ha un breakdown in corso”.

L'autore è riuscito a coinvolgere emotivamente la sala e, come ha sottolineato Bolognini, è riuscito a trasmettere la propria esperienza parlando dell'esordio psicotico con immediatezza e mostrando con semplicità come esso possa anche essere un'opportunità per iniziare un lavoro ricostruttivo. Bollas, partendo dal racconto di alcune sue esperienze cliniche, ha evidenziato l'importanza di un approccio analitico durante le primissime fasi di un breakdown psicotico. E' questo il momento in cui per la prima volta emerge il “ problema” e la possibilità di ripercorrere, valutare e comprendere il corso degli eventi aiuta l'lo a reintegrare e capire le angosce tossiche. La generazione di un possibile significato di quanto è avvenuto , che scaturisce da questo delicato lavoro, si rivelerà utile in un momento successivo, incidendo sul percorso futuro L'abitudine ormai diffusa, di trattare il paziente in un primo momento solo farmacologicamente e rimandare la comprensione di quanto sta accadendo ad un tempo successivo, esclude la possibilità di riacquistare fiducia nella propria mente.

Ma, cosa può fare l'analista con un paziente in questa fase così difficile ?

Innanzitutto egli deve avere ben presente che per il paziente il primo breakdown è qualcosa di sconvolgente: un momento dell'esperienza vissuta in cui un avvenimento nel mondo reale innesca qualcosa nel mondo interiore che disattiva la mente.

Bollas paragona l'esperienza psicotica a una sorta di sogno “non sognato”, che avviene durante il giorno. Questa situazione non può essere paragonata a quello che chiamiamo pensiero onirico della veglia, in quanto l'esperienza psicotica non può essere “sognata”.

Non riesce cioè ad essere elaborata in modo inconscio, così da dare origine ad una crescita psicologica autentica, perché è troppo grave, troppo urgente e perché la mente sta già crollando, mentre cerca di costruire il sogno.

“ In psichiatria si cerca l'evento precipitante, e questo è interessante” dice Bollas; infatti è molto importante capire il contesto in cui è avvenuto il crollo psicotico e cosa, nella realtà esterna, lo ha scatenato. Riveste quindi molta importanza la narrazione dei fatti, ottenuta anche parlando con quanti

conoscono il paziente e gli stanno vicino. La possibilità di ricostruire la situazione in cui è avvenuto il crollo psicotico e l'evento che lo ha fatto precipitare è di fondamentale importanza dal momento che il breakdown è sempre, innanzitutto, un problema percettivo, specialmente una perdita dello spazio e del tempo e il racconto ne aiuta il recupero, mentre la ricerca del significato, del "perché", avverrà in un secondo momento.

E quindi cosa deve fare lo psicoanalista? Avere pazienza e aiutare il paziente a ricostruire il suo spazio e il suo tempo.

Questo si realizza anche attraverso una serie d'interventi che aiutano il paziente sul piano di realtà. Importante è, quindi, costituire un gruppo di lavoro con operatori che possano fornirgli anche supporti pratici. Facendo riferimento alla propria esperienza clinica Bollas racconta di come sia stato per lui utile strutturare un gruppo di lavoro composto, ad esempio, da un autista che accompagnasse il paziente permettendogli di spostarsi nello spazio, un'assistente sociale, un educatore, il medico di base, lo psichiatra, qualcuno di cui il paziente si fidasse e come sia stato importante per lui lavorare di concerto con il gruppo e con lo psichiatra.

In questa prima fase non si deve facilitare la regressione del paziente, ma continuare ad aiutarlo a "funzionare" al meglio nel proprio tessuto sociale e avvicinarsi, gradualmente, al momento in cui si è verificato lo scompensamento.

Il Sé del paziente si sente tradito dalla sua stessa mente.

"Io penso", dice Bollas, "che la mente sia come una madre interna che accudisce il Sé". Durante uno scompensamento psicotico è successo qualcosa che ha distrutto la fiducia di quella persona nella propria mente. Il paziente può descrivere una sensazione di derealizzazione, in cui il corpo viene risucchiato fuori di sé.

Se riusciamo a fargli recuperare la fiducia nella propria mente potrà iniziare a rispondere alle nostre domande e permetterci di entrare con lui nella "capsula psicotica", rendendo in questo modo meno solitario e più umano questo residuo spazio psichico. In un secondo momento l'analista può aiutare il paziente a recuperare le proprie emozioni, impersonandole lui stesso e reintroducendo così qualcosa che era andato perduto; rimettendo in funzione il pensiero e poi gli affetti.

L'assetto interno di un'analista che si prepara ad accogliere un paziente psicotico si costruisce lentamente ed è quello che Bollas chiama "controtransfert terapeutico": una sorta di matrice che stabilisce la capacità dell'analista di ascoltare materiale molto sconvolgente. Si costituisce attraverso la conoscenza profonda della realtà con cui si confronterà il paziente e cioè:

gli spazi reali che lo accolgono in ospedale;

la mente dell'analista, che contiene i suoi maestri e i loro insegnamenti;

la comunità medica che si prende cura del paziente;

lo psichiatra che ha in cura farmacologicamente il paziente.

Il lungo lavoro svolto dallo psicoanalista in questa fase è quindi quello di ridare, al paziente, fiducia nella propria mente. Solo dopo inizierà un altrettanto lungo lavoro di comprensione di quello che è successo e di recupero dell'affettività.

La sala ha accolto con interesse e attenzione gli stimoli forniti da Bollas. Il dibattito che ne è seguito ha focalizzato gli aspetti principali del suo discorso, riflettendo sull'attuale mancanza di collaborazione tra psicoanalisi e psichiatria a livello formativo, con conseguente maggiore difficoltà a creare equipe di lavoro che possano accogliere un paziente in scompenso psicotico. E' stata messa in evidenza l'importanza del lavoro con le famiglie, ferite dall'esperienza della psicosi e bisognose di riconoscimento e di aiuto. Altro tema dibattuto è stato il riconoscimento e il trattamento delle rotture psicotiche che avvengono all'interno del percorso analitico.

In questo caso l'assetto interno dell'analista è sembrato l'elemento fondamentale per garantire un intervento analitico autentico, che abbia la capacità di adattarsi alle esigenze del paziente anche, se necessario, con modifiche del setting.

Anna Nicolò ha tenuto una relazione dal titolo: "Aspettando Godot: riflessioni sulla consultazione in psicoanalisi".

L'autrice nel suo lavoro ha centrato i due principali temi del congresso: la necessità e la complessità di una valutazione diagnostica in psicoanalisi e la specificità della consultazione.

"Ogni persona che eserciti un'attività clinica, inevitabilmente, consciamente o inconsciamente, mette in moto dentro di sé un continuo percorso diagnostico; un percorso accidentato, ma che si articola nel tempo in modo continuativo." Mettendo in guardia dalle diagnosi "tappo", volte a sedare l'ansia del terapeuta, ma destinate a stigmatizzare in modo sterile il paziente, Nicolò sottolinea come la buona diagnosi psicoanalitica sia parte di un processo che ha una valenza terapeutica. Il racconto di casi clinici ha ben evidenziato come l'analista che effettua una consultazione si trovi costantemente a oscillare tra la tendenza/necessità di dare una definizione diagnostica e la volontà/necessità di incontrare l'altro senza schermi. Di questa oscillazione è importante essere consapevoli e saperla usare per ampliare la capacità di comprendere.

Spesso è lo stesso paziente ad usare per se stesso un'etichetta diagnostica in modo difensivo, allo scopo di definire una sua identità, se pur sofferente. Importante è quindi anche valutare il significato relazionale e adattivo della malattia e la sua natura evolutiva.

Entrando nello specifico della consultazione Nicolò sottolinea, con forza, l'importanza di assumere una "posizione concava" (Bolognini 2004), disponendosi ad un ascolto analitico che accolga e contenga le angosce e le turbolenze che nascono, inevitabilmente, quando avviene un reale incontro

tra due menti. E' questo che può permettere al paziente, anche durante una consultazione, di toccare un "altro e più profondo livello del proprio funzionamento mentale" e suscitare in lui interesse e curiosità per un lavoro di conoscenza di sé.

Grazie al racconto di un interessante caso clinico, Nicolò ha mostrato come sia utile non fermarsi al concetto di analizzabilità del paziente ma piuttosto parlare di cimentabilità della coppia analitica. La diagnosi è quindi sempre diagnosi di una coppia analitica, in un processo co-creativo, che riguarda sia il paziente sia l'analista.

L'autrice prende spunto dall'opera di Beckett (*Aspettando Godot*) per mostrare come quello che facciamo, mentre aspettiamo di fare un'altra cosa, non è un periodo vuoto di attesa ma, al contrario, un importante momento che va capito e a cui va dato valore e dignità.

"Dobbiamo includere nella diagnosi non solo la valutazione del paziente, ma anche della strada più agibile in quel momento per poter stabilire il setting più idoneo. Insomma una terapia per arrivare alla terapia".

Come hanno sottolineato Nicolò e Bolognini, durante la discussione con la sala che ha seguito la relazione, si tratta di imparare a valutare maggiormente, anche da un punto di vista teorico, le cose che facciamo rispetto a quelle che diciamo.

La possibilità di attuare una riconsiderazione di alcuni costrutti teorici, non ha nulla a che fare con una deregolamentazione ma, al contrario, significa una maggiore attenzione analitica a ciò che facciamo.

Il pomeriggio di sabato Malde Vigneri ha introdotto le relazioni di Paolo Boccara, Giuseppe Riefolo e Vera Bolberti.

Vigneri ha ricordato come la consultazione sia un momento significativo in quanto luogo originario per autonomia.

Boccara e Riefolo hanno posto l'accento sull'inevitabile problematicità, per il paziente, del primo incontro con un terapeuta, cui spetta il compito di fare emergere le potenzialità trasformative dell'esperienza. Hanno poi introdotto, tramite un'esemplificazione clinica, il concetto di funzione iconica (figurabilità), che è un dispositivo di trasformazione prima che di descrizione o traduzione. Essi ritengono che il paziente nel corso di un primo colloquio abbia bisogno di fare esperienza di come un altro sappia ascoltare le emozioni che emergono dall'incontro. Per questa ragione gli autori danno valore alla restituzione, basata sul confronto e sull'individuazione di modelli di funzionamento relazionali del paziente, e considerano inopportune, in questa fase, interpretazioni su elementi di ordine transferale.

Vera Bolberti ha presentato un caso clinico per illustrare come, durante i primi incontri, componenti conscie e inconscie del paziente e dell'analista entrino in gioco nel determinare la scelta di avventurarsi lungo un percorso analitico o meno con quel paziente. A volte la comprensione di queste determinanti può avvenire solo a distanza di tempo.

Diomira Petrelli e Ronny Jaffè hanno commentato i lavori e introdotto la discussione con la sala, sottolineando come il primo incontro sia sempre un incontro con uno straniero, quello che è fuori e quello che è dentro di noi, e come sia importante lasciare allo straniero la possibilità di avvicinarsi e di incontrarci senza che una diagnosi preconfezionata etichetti il paziente, impedendoci di entrare nella sua storia.

Il pomeriggio è proseguito con la presentazione da parte di Vittorio Lingiardi del PDM2 (Manuale Diagnostico Psicodinamico), testo di cui è co-editor e coordinatore scientifico. Presentato da Paola Marion Lingiardi ha dialogato con Gabriella Giustino e Leonardo Resele, offrendo numerosi spunti di riflessione.

Si è dibattuto sul tema della diagnosi considerando l'importanza, anche politica, come ha sottolineato Resele, di avere parametri che possano descrivere il lavoro psicoanalitico.

Il PDM nasce anche come reazione all'accusa spesso fatta agli psicoanalisti di voler mantenere un atteggiamento elitario, non ritenendo di dover documentare i cambiamenti avvenuti durante la terapia. Il Manuale si propone, infatti, di fornire un'istantanea della valutazione clinica ma anche di cogliere i cambiamenti avvenuti lungo un percorso di cura.

Giustino ripercorrendo la distinzione tra fato e destino (Bollas 1991) ricorda come il percorso terapeutico rappresenti per il paziente la possibilità di riappropriarsi del proprio destino. "E' dunque il destino, inteso come espressione della nostra autenticità e unicità di persone, l'oggetto della diagnosi psicoanalitica, il momento evolutivo in cui l'analizzando entra in contatto per la prima volta con l'intuizione condivisa del suo vero sé, che si articolerà progressivamente, attraverso l'interazione con l'analista, come nuovo oggetto di sviluppo".