

Intervento¹ di Partecipazione sul Patto della salute: 8 luglio 2019

Anna Maria Nicolò, neuropsichiatra infantile, presidente della **Società Psicoanalitica Italiana (SPI)**

La Società Psicoanalitica Italiana (**SPI**), che vede la sua nascita 1925, è una società componente dell'International Psychoanalytical Association (IPA), fondata da Freud nel 1910.

L'Istituto Nazionale del Training della SPI, scuola di formazione in psicoterapia psicoanalitica riconosciuta dal MIUR, si occupa di formare gli analisti attraverso un training che prevede un'analisi personale, un corso teorico-clinico di quattro anni e la supervisione di 2 casi clinici con un analista di riconosciuta esperienza. Gli analisti della SPI seguono poi, durante tutto l'arco della loro vita professionale, una continua attività di confronto clinico e teorico che garantisce la progressione della loro capacità analitica.

La SPI è composta attualmente da 947 Soci e 282 Candidati e si articola in 11 Centri Psicoanalitici presenti nelle città di Bologna, Firenze, Genova, Milano, Napoli, Padova, Roma (2 Centri), Palermo, Pavia, Torino e tre rappresentanze regionali.

In ogni Centro della SPI è presente un servizio di consultazione e si stanno sviluppando centri clinici a basso costo.

Gli psicoanalisti della SPI sono medici chirurghi, psichiatri, neuropsichiatri infantili, psicologi e psicoterapeuti, una parte dei quali lavora nei servizi pubblici, negli ospedali e nelle università.

La psicoanalisi ha sviluppato tecniche e riflessioni sulla cura in differenti contesti e con differenti setting, individuale, gruppe, di coppia e famiglia, con i bambini, gli adolescenti, i genitori, e nei setting multifamiliari, in consultori e in ambito istituzionale e di comunità terapeutiche.

Siamo presenti con un lavoro spesso volontario con i migranti, le donne e i bambini maltrattati e abusati. Il nostro intervento di psicoterapia e le nostre riflessioni sul lavoro istituzionale consentono a differenti équipes un lavoro più efficace e meno conflittuale al loro interno, che diventa alla fine meno dispendioso per la spesa sanitaria.

SALUTE MENTALE: I SUOI COSTI

Benessere psicologico, inclusione sociale e sviluppo economico sono fenomeni strettamente interconnessi.

Il peso globale della malattia mentale, sia in termini di sofferenza umana che di perdita economica, è in rapida crescita. In tutto il mondo, le condizioni di salute mentale colpiscono più di un terzo della popolazione mondiale e, volendo guardare al solo aspetto economico, due condizioni da sole - depressione e ansia - si traducono in una cifra sbalorditiva di un trilione di dollari in perdita di produttività economica.

In Italia nel 2016 circa 800mila persone di età superiore ai diciotto anni hanno ricevuto trattamenti nei servizi dei Dipartimenti di Salute Mentale per patologie psichiatriche. Fanno eco a questi dati, problematiche come bullismo, cyberbullismo, conflitti coniugali, abuso, abbandono scolastico, dipendenza da Internet, anoressia e bulimia, disforie di genere, disagi connessi a famiglie mono o omogenitoriali, adozioni, ecc.

EFFICACIA DELLA PSICOTERAPIA PSICOANALITICA (indicata anche come psicodinamica)

La psicoterapia sta praticamente sparendo dalle istituzioni e il modello psicodinamico che aveva tanto bene orientato la prevenzione, la diagnosi e la cura, viene relegato a settori o ad operatori rari ed isolati.

¹ Il presente intervento si avvale anche del contributo dei seguenti psicoanalisti SPI: *Antonello Correale* (Primario DSM della ASL Roma B), *Luigi Boccanegra* (Supervisore in molti DSM del Veneto e della Lombardia), *Cristina Riva Crugnola* (Professore Associato, Dipartimento di Psicologia Università degli studi di Milano-Bicocca, membro della Society for Psychotherapy Research), *Giorgio Serio* (Direttore Dipartimento Salute Mentale di Palermo)

Vengono esplicitamente privilegiati in alcuni concorsi pubblici psicoterapeuti con formazione specifica, con l'esclusione del training psicoanalitico. Tutto questo a favore della cura farmacologica che è sintomatica o il prevalere di altri approcci che sottovalutano l'importanza della relazione tra il paziente e il suo curante, che sono illusoriamente brevi, ma, come è stato dimostrato (vedi bibliografia annessa), non mantengono un cambiamento stabile nel corso del tempo.

Non avviene così in altri paesi del mondo. Ad esempio, in Germania nella cura della depressione è stata dimostrata l'efficacia del metodo psicoanalitico e del perdurare dei suoi effetti anche dopo la fine della terapia. Questo ha attualmente indotto lo stato tedesco a rimborsare per 350 sedute le psicoterapie ad orientamento psicoanalitico.

Esistono studi internazionalmente riconosciuti che convalidano l'utilità di tale modello per i disturbi dell'umore, i disturbi gravi di personalità. Altri studi convalidano l'efficacia di psicoterapie ad indirizzo psicodinamico a lungo termine vs quelle a breve termine in relazione a patologie complesse (disturbi della personalità, patologie mentali croniche, comorbidità di disturbi) (Leichsenring, Abbass, Luyten, Hilsentroth, Rabung, 2013; Leichsenring *et al.*, 2015; Knekt *et al.*, 2011).

I trattamenti psicodinamici a lungo termine si sono rivelati inoltre efficaci con pazienti depressi resistenti ad altri tipi di trattamento, mantenendo la loro efficacia anche dopo 2 anni dalla loro conclusione (Fonagy *et al.*, 2015). "Le linee Guida Internazionali sono concordi nell'affermare che la cura del Disturbo di Personalità Borderline, [...] è fondata sull'approccio psicoterapeutico e che i trattamenti farmacologici, a meno di specifiche comorbidità, non sono elettivi"². Le cure psicoterapiche si sono rivelati infatti in grado di fronteggiare la complessità dei gravi disturbi mentali anche con aspetti di cronicità e di co-morbidità raggiungendo risultati stabili anche a lungo termine e i benefici di un trattamento analitico tenderebbero ad aumentare anche dopo la conclusione del trattamento (Sandell, 2000).

La ricerca sulla cost-effectiveness delle psicoterapie psicodinamiche a lunga durata (Breyer F.N. *et al.*, 1997; Knekt P. *et al.*, 2008; Colli A., Gagiardini G., 2018) suggerisce che nonostante esse siano più dispendiose inizialmente dei trattamenti a breve durata, determinino nel lungo periodo una riduzione dell'utilizzo delle strutture sanitarie, che consente di recuperare la maggiore spesa iniziale. **Altri studi hanno evidenziato in questi casi anche una maggiore produttività lavorativa** (Berghout C.C. *et al.*, 2010; De Maat S. *et al.*, 2007).

Il sito dell'International Psychoanalytical Association (www.ipa.world) e della Società Psicoanalitica Italiana (www.spiweb.it) riportano una vasta produzione di ricerche in tal senso.

AREE DI INTERVENTO

Le aree su cui riteniamo imprescindibile un intervento di tipo psicodinamico sono:

- **i modelli di lavoro**
- **la definizione delle modalità di accoglimento del paziente**
- **la prevenzione**
- **la formazione del personale**

MODELLI

La psicoterapia psicodinamica ha come obiettivo il conferire senso alla sofferenza del paziente cercando di renderlo padrone di se stesso e della sua storia e agente attivo del suo sviluppo. Permette che le modalità relazionali, ereditate dal passato, ma permanenti nel funzionamento mentale del soggetto si presentifichino nella relazione terapeutica e diventino quindi vive e visibili nella situazione attuale. Si avvale di un preciso setting spazio-temporale che consente l'affiorare di associazioni sogni, fantasie, ricordi del paziente. La costruzione di uno spazio di fiducia è fondamentale e gli interventi direttivi devono essere

² Accordo Conferenza Unificata 13 novembre 2014. Definizione Dei Percorsi Di Cura Per I Disturbi Schizofrenici, I Disturbi Dell'umore e I Disturbi Gravi Di Personalità, p. 30.

limitati al solo controllo dei comportamenti impulsivi o pericolosi. Fondamentale in questo tipo di trattamenti è il transfert, cioè l'investimento affettivo del paziente e del terapeuta.

Le proposte che facciamo nascono dalla convinzione che il disagio mentale non è standardizzabile, non è l'equivalente di una malattia batterica che può essere debellata usando lo stesso antibiotico in una grande percentuale di pazienti. Non ci troviamo davanti ad un organo malato ma davanti alla specificità di una persona, della sua storia e del suo funzionamento mentale. Il trattamento dovrà perciò adattarsi al singolo e necessita di un cammino condiviso e pensato con uno psicoterapeuta che userà se stesso in modo unico e insostituibile. La risposta a un paziente che ha vissuti angosciosi e catastrofici che riguardano se stesso, la sua identità e la sua vita, non è quella di insegnargli a controllare razionalmente i momenti di angoscia e confusione mentre una voce interna insistente gli dice di tagliarsi o di ammazzarsi, e neppure quella di addormentare chimicamente la sua mente in modo che non senta l'urgenza della sua sofferenza, perché questa, se non è curata completamente si ripresenterà puntualmente alla prima occasione. **Pertanto i parametri di valutazione dell'efficacia di una cura e dell'efficienza di un Servizio di Salute Mentale non possono essere equiparati a quelli medici o chirurgici, e neppure ai concetti di efficienza produttiva valida per i differenti enti del SSN.**

DEFINIZIONE DELLE MODALITÀ DI ACCOGLIMENTO

Nel caso di un servizio pubblico è importante un approccio che consenta la creazione di un ambiente potenzialmente capace di contenere e significare le angosce, che valorizzi ogni momento della permanenza del paziente nel servizio stesso. Oltre alla vera e propria psicoterapia, è importante prevedere **un atteggiamento psicoterapeutico** che non coincide con la psicoterapia, ma ne assume alcuni aspetti. La psicoterapia si colloca infatti all'interno di un preciso setting spazio-temporale, attuabile solo con alcuni pazienti. L'atteggiamento psicoterapico invece prescinde da un setting preciso e concerne una modalità complessiva di rapporto tra curanti e pazienti, che andrebbe estesa a tutti gli operatori di un servizio, anche a quelli non direttamente implicati nella cura.

Indichiamo qui di seguito alcune **caratteristiche fondamentali dell'atteggiamento psicoterapeutico**:

- 1) Un'attenzione specifica all'aspetto personale del rapporto. Il rapporto non deve limitarsi a un'anonima modalità di fornire o raccogliere informazioni, ma deve corredare questa raccolta con uno stile caratterizzato da curiosità e partecipazione umana e professionale.
- 2) Il curante deve far arrivare al paziente l'idea che il suo disturbo si colloca su una rete di rapporti che non può mai essere sottovalutata.
- 3) Il curante deve offrire il tempo necessario affinché la valutazione possa essere sufficientemente approfondita. Tuttavia deve affrontare l'urgenza senza rimandi.
- 4) Privacy e segretezza di certe comunicazioni, possibilmente in spazi assegnati e protetti.
- 5) Gli incontri vanno programmati in modo che le attese non siano né troppo lunghe né troppo brevi, salvo i casi di emergenza.
- 6) Il paziente deve avvertire che c'è un interesse non solo per i suoi disturbi, ma per la sua persona e la sua storia.
- 7) È auspicabile che il primo colloquio duri almeno un'ora e che sia con un singolo operatore, in uno spazio dedicato. È utile che chi fa il primo colloquio sia, in linea di massima, la stessa persona che seguirà il paziente. Nel caso che questo non sia possibile, è bene che il paziente ne sia avvisato. Nel primo colloquio si attivano infatti speranze, aspettative e timori che vanno accolti subito e non lasciati cadere.
- 8) Il paziente può scegliere nel servizio una figura di riferimento che non è necessariamente lo psicoterapeuta, ma piuttosto una figura che garantisce la continuità e la non frammentarietà del trattamento.

Alla fine del processo, a partire da questi dati è fondamentale definire specifici percorsi di cura, condizione essenziale per un trattamento efficace.

PREVENZIONE

La psicoterapia a orientamento psicoanalitico o psicomotivo è significativa anche nella prevenzione del disagio psichico, del suo cronicizzarsi, del suo aggravarsi, e delle influenze che esso ha nel contesto ambientale e familiare. Uno dei campi dove esercitare la prevenzione è l'età evolutiva.

Gli psicoanalisti che hanno una formazione in età evolutiva sono in grado di intervenire a livello dei consultori, per la prevenzione dei disturbi dell'adolescenza, della prima infanzia, per la salute della donna in gravidanza e della coppia genitoriale.

È importante la formazione specifica del personale rispetto ad aree di intervento per le diverse fasce d'età: 0-3 anni; 3-10 anni; e successivamente con l'emergenza dell'adolescenza 10-24 anni. In ognuna di queste fasce di età proponiamo un maggior numero di servizi di neuropsichiatria infantile con aumento del numero delle UOC e delle UOSD. In questi servizi è necessario prevedere un maggior numero di neuropsichiatri infantile, psicologi e soprattutto psicoterapeuti che siano formati psicoanaliticamente. In tutto il mondo, gli studi e le ricerche in psicologia evolutiva si devono a ricercatori orientati in tal senso.

Proponiamo anche l'attivazione o il miglioramento di équipe mediche/psicopedagogiche nella scuola che possono percepire il disagio agli esordi e avviarlo verso situazioni di cura, se necessario. È estremamente importante che tali équipe siano controllate e non vengano convenzionate ad enti che non offrono la sicurezza di una sufficiente preparazione.

Attualmente purtroppo stiamo assistendo a situazioni paradossali. Faremo un esempio per tutti: ci chiediamo come mai le diagnosi di disturbi dello spettro autistico, che sono gli unici ben finanziati dallo Stato, sono incredibilmente aumentate di numero. A nostro avviso, questo avviene perché in tali diagnosi sono confluiti disturbi dell'attenzione, psicosi e borderline, disturbi del comportamento che, se specificamente individuati, avrebbero meritato ben altri interventi. Ciò ha peraltro portato alla creazione di malattie orfane. Sono cioè spariti, dall'attenzione e dalla cura, tutti quei disturbi che un occhio allenato sul piano della psicologia dell'età evolutiva avrebbe messo in luce, risolvendoli precocemente nella relazione con la madre, con il caregiver o la famiglia, e che oggi vengono invece confusi sotto comuni denominatori.

Questa grave condizione scatenerà, nei prossimi vent'anni, patologie croniche estremamente esose per quanto riguarda la spesa sanitaria e difficilmente contenibili a livello sociale, a meno che non si voglia ricorrere alla creazione di manicomi o di piccole cliniche manicomializzate. Vedremo bambini o adolescenti con problemi cronicizzarsi nel corso del tempo, e avremo adulti infelici, incapaci di rispondere ai bisogni della società, laddove un intervento efficace li avrebbe aiutati in un momento di crisi dello sviluppo, di snodo del ciclo vitale. La cura del disagio psichico necessita della presenza dello psicoterapeuta con formazione adeguata, che per noi è una formazione psicomotiva, articolata e profonda, che osserva la persona dietro il sintomo, che usa la sua empatia e la sua capacità di contenimento divenendo egli stesso strumento terapeutico.

È dimostrato infatti che se la cura si limita alla pura e semplice soppressione dei sintomi, i sintomi tendono a ritornare e il disturbo, solo attutito, si ripresenta. In altri termini, un semplice intervento di soppressione dei sintomi tende a cronicizzare l'andamento del disturbo e può quindi essere iatrogeno.

Nelle situazioni complesse, piuttosto che decidere il ricovero in cliniche private, che di fatto alla lunga sono solo custodialistiche, è importante, soprattutto negli esordi in età giovanile, favorire la permanenza prolungata, ma pur sempre temporanea in comunità terapeutiche con opportuna formazione degli operatori. **Gli psicoanalisti denunciano il progressivo piano inclinato delle attuali Comunità verso la dimensione di custodia invece che di cura, a causa della riduzione delle risorse e soprattutto dell'utilizzo di personale non formato e non qualificato e la quasi eliminazione della figura dello psicologo in tali strutture residenziali. Le comunità terapeutiche ad indirizzo psicoanalitico si avvalgono in genere di supervisori specializzati capaci di creare un contesto terapeutico nella comunità e un'integrazione negli interventi dei differenti operatori impegnati. Esiste un'ampia bibliografia nel settore che può essere esibita se richiesta.**

FORMAZIONE DEL PERSONALE

Non crediamo che il paziente debba essere sottoposto a trattamenti lunghi, difficili e costosi. **Crediamo però che sia l'operatore a dover avere una formazione accuratissima perché deve essere in grado di distinguere le persone a rischio da quelle che non lo sono, in grado ad esempio di capire che sotto una fobia ci può essere un funzionamento mentale nevrotico, ma anche una personalità a rischio di psicosi; che dietro un'anoressia ci può essere una modalità passeggera di alimentarsi, ma anche al contrario una grave malattia mentale che porta alla morte.** Tutto questo non potrà essere valutato solo guardando al sintomo, al comportamento. La cura del disagio psichico necessita della presenza dello psicoterapeuta con formazione adeguata, che per noi è una formazione psicodinamica, articolata e profonda, che osserva con cura la persona dietro il sintomo, che usa la sua empatia e la sua capacità di contenimento divenendo egli stesso strumento terapeutico.

La formazione degli operatori è pertanto un elemento imprescindibile nel trattamento del disagio in generale e nell'organizzazione di un buon Servizio Psichiatrico, **ed è augurabile che essa debba mantenere un carattere permanente e comprendere la più ampia e vasta gamma di situazioni cliniche: dalla semplice visita nell'ambulatorio più periferico al contenimento nel corso di una crisi conclamata in reparto.**

In questo senso è augurabile che la formazione debba coinvolgere nella ricostruzione del caso clinico in équipe la maggior parte dei componenti del gruppo di lavoro.

Questa formazione non si improvvisa e non si trova sui libri o sui mansionari, ma si acquisisce lavorando "gomito a gomito" nel dialogo tra operatori più e meno esperti, nelle circostanze spesso imprevedibili in cui il comportamento del paziente ci costringe a collaborare. È soprattutto su questo punto che la formazione psicoanalitica può contribuire nel promuovere e coltivare l'"atteggiamento psicoterapico" necessario, affiancando l'operatore fin dentro alle aree controverse dell'intimità personale su cui si radicano i vissuti psicopatologici dei pazienti.

Un buon supervisore psicoanalitico sostiene i propri collaboratori, in modo tale che siano in grado di sopportare l'intensità del coinvolgimento che comporta il contatto con il paziente affetto da disagio mentale, senza disperdere le potenzialità evolutive insite nella relazione terapeutica, quando si sviluppa all'interno di un ambiente sanitario addestrato a proteggerla.

Gli psicoanalisti hanno una lunga e articolata esperienza di formazione e supervisione nei servizi pubblici. Attualmente **la carenza del personale può essere in parte tamponata dall'utilizzazione dagli specializzandi delle scuole di psicoterapia che possano offrire valutazioni e trattamenti che peraltro sono controllati dai didatti delle loro stesse scuole.**

CONCLUSIONI

La SPI denuncia la progressiva sparizione dell'approccio psicoanalitico dai servizi. La mancanza di risorse economiche e umane può essere fronteggiata a nostro avviso da molti interventi, che privilegiano i setting gruppali ad un miglior funzionamento istituzionale grazie ad accurate supervisioni, senza parlare della possibilità di favorire accordi e convenzioni con strutture di privato sociale. Sottolinea gli attuali studi e ricerche che mostrano l'efficacia del modello psicoanalitico nella cura, in molti tipi di patologie. Illustra alcuni principi ineludibili nell'accoglienza e nei primi incontri psicologici. Denuncia come una diagnosi e un intervento non accurato possa creare malattie orfane e l'aggravamento e la cronicizzazione di pazienti che avrebbero dovuto essere curati a fondo ma a tempo debito.

Propone l'incremento delle UOC e delle UOSD con operatori forniti di formazione accurata.

Sottolinea fortemente l'importanza della supervisione nei servizi pubblici o nelle istituzioni territoriali e ospedaliere.

Rivendica un punto di vista etico nel guardare al disagio psichico, che ci inviti a non seguire strade facili e semplicistiche nella diagnosi, nella cura e anche nella formazione dell'operatore.

Chiede di partecipare ai Tavoli di lavoro tecnici dove si discute della salute mentale.

Riferimenti bibliografici:

- Accordo Conferenza Unificata 13 novembre 2014. Definizione Dei Percorsi Di Cura Per I Disturbi Schizofrenici, I Disturbi Dell'umore e I Disturbi Gravi Di Personalità.
- Berghout C.C. *et al.* (2010). The effects of long-term psychoanalytic treatment on healthcare utilization and work impairment and their associated costs. *J. of Psychiatric Practice* 16 (4), 209-216.
- Breyer F.N. *et al.* (1997) Kosten und Nutzen ambulanter Psychoanalyse in Deutschland. *Gesundheitsökonomie und Quality Management* 2, 59-73.
- Colli A., Gaggiardini G. (2018). La ricerca Empirica in psicoanalisi. *Rivista di Psicoanalisi*, 2018 LXIV, 2.
- De Maat S. *et al.* (2007) Cost and benefits of long-term psychoanalytic therapy: Changes in health care use and work impairment. *Haward Review of Psychiatry* 15, 289-300.
- Fonagy, P., Rost, F., Carlyle, S., Mcpherson, S., Thomas, R., Pasco Fearon, R.M., Goldberg, D., Taylor, D. (2015). Pragmatic randomized controlled trial of long-term psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant depression: The Tavistock Adult Depression Study (TADS). *World Psychiatry*, 14, 312- 321.
- Knekt P. *et al.* (2008). Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work ability and functional capacity – a randomized clinical trial on depressive and anxiety disorders. *J. Affect Disord.* 107, 95-105.
- Leichsenring F., Abbas A., Luyten P., Hilsenroth M., Rabung S., (2013). The emerging evidence for long term psychodynamic therapy. *Psychodynamic Psychiatry*, 3, 361-384.
- Leichsenring F., Luyten P., Hilsenroth M., Abbas A., Barber J.P., Keefe J.R., Leweke F., Rabung S., & Steinert C. (2015). Psychodynamic therapy meets evidence based medicine: A systematic review using updated criteria. *Lancet Psychiatry*, 2, 648-660.
- Sandell R. *et al.* (2000). Varieties of long term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy : A review of finding in the Stockholm outcome of psychotherapy and psychoanalysis project (STOPP) *Int. J. Psychoanalysis*, 81 (5), 921-943.