Approccio semeiologico all'istituzione psichiatrica

Dario De Martis and Fausto Petrella

Introduzione

Solo in epoca relativamente recente sono diventate frequenti le osservazioni sistematiche dell'influenza che l'istituzione psichiatrica ha sui sintomi che essa è destinata a curare. Eppure da sempre quest'influenza è stata sottolineata, anche a livello di coscienza popolare, che ha attribuito all'istituzione psichiatrica che le società civili hanno creato un preciso ruolo patogeno. Tutta una letteratura psichiatrica e sociologica, da Stanton e Schwartz sino a Goffman, ha dimostrato, soprattutto attraverso lo studio delle interazioni a livello microsociale, l'esistenza di una fenomenologia morbosa indotta dalla situazione manicomiale, interpretata ora come risultato di disturbi nei rapporti fra i membri dell'équipe curante ora come effetto a livello individuale di un certo assetto sociale dell'istituzione. Sul piano metodologico queste ricerche si sono svolte facendo riferimento o all'ambito teorico della psichiatria interpersonale di ispirazione sulliviana (come nel caso di Stanton e Schwartz), ampiamente influenzata dalla psicoanalisi, ovvero assumendo l'istituzione come un dato di fatto, a partire dal quale si potevano spiegare una serie di comportamenti, ideologie, atteggiamenti e pregiudizi da parte dei membri dell'istituzione stessa, dal medico sino ai degenti, incluse alcune manifestazioni sintomatologiche. Il modello

67

esplicativo che considera primaria l'istituzione e secondarie le manifestazioni in essa osservabili, è di tipo sociologico.

Può apparire interessante osservare come nella pur ricca letteratura psicoanalitica il tema dell'istituzione psichiatrica sia stato notevolmente trascurato e, con esso, quello dei rapporti fra il sintomo morboso e l'apparato medico e organizzativo messo in atto dalla società per curarlo o almeno contenerlo. D'altro canto, proprio alla psicoanalisi freudiana si deve una modalità totalmente nuova di accostamento e comprensione delle manifestazioni morbose; e lo stesso Freud ci ha fornito, a partire da *Psicologia delle masse e analisi dell'io*, una serie di tentativi di applicazione del metodo analitico ad alcune istituzioni.

Ruolo del sintomo nella teoria psicoanalitica

L'approccio analitico al sintomo psichiatrico da un lato e all'istituzione psichiatrica dall'altro trovano la loro origine comune nella teoria del sintomo nevrotico, così come si è venuta sviluppando entro il pensiero di Freud. Il concetto clinico di sintomo come segno coincidente con un processo morboso, di cui rappresenta un indizio, ha trovato nella procedura analitica la sua massima estensione metodologica.

Si può affermare che ciò che caratterizza la psicoanalisi come metodo tanto terapeutico quanto di interpretazione dei fenomeni umani più diversi, consiste nell'aver sviluppato la capacità di cogliere il valore sintomatico di un gran numero di fatti. Il rinvio ad un'"altra scena", per usare l'espressione di Green, la procedura per cui ci si sposta dal manifesto al latente,

dal lapsus al desiderio infantile e così via, implica una singolare enfasi di un concetto che era nato originariamente da un'esigenza della clinica: quella di inferire un processo non altrimenti conoscibile da pochi indizi incompleti e frammentari. L'assimilazione del lavoro analitico ad un'attività archeologica, cara a Freud, rimanda ad una serie di procedure conoscitive particolari: 1) all'acquisita capacità

68

dell'archeologo-analista di individuare nel materiale che ha davanti il valore di segno (attraverso un processo intuitivo che implica un certo accesso al proprio inconscio personale); 2) alla ricostruzione induttiva del desiderio infantile, sepolto dalla rimozione, a partire dai suoi segni.

È noto come questo lavoro si serve non tanto di ciò che il paziente offre all'analista come sintomo-disturbo, quanto della possibilità di far considerare all'analizzando l'insieme del materiale come un indizio, allo stesso titolo del sintomo originariamente allegato.

Con l'instaurarsi della nevrosi di transfert, l'intero fronte sintomatologico può mutare totalmente, rivelando da un lato il carattere plastico e in qualche modo caduco del sintomo psichiatrico, dall'altro il carattere inerte e ripetitivo della struttura che gli è sottesa. È il ripetitivo, l'inerte, che contrassegna il desiderio infantile e i rapporti di questo con l'Io, ad essere il vero oggetto del trattamento.

Ora, se osserviamo l'articolazione che il sintomo acquista nella teoria psicoanalitica, sembra possibile precisare una serie di versanti o angolature da cui la teoria del sintomo è stata prospettata dalla psicoanalisi. Secondo una prima modalità il sintomo può essere visto in funzione di un apparato psichico, che ha determinate esigenze di scaricare le tensioni pulsionali, ciò che può essere realizzato a patto di formulare certi compromessi di cui il sintomo è l'espressione. L'apparato psichico può venire descritto allora come un sistema chiuso, che funziona in isolamento: ciò sia che ci si riferisca a un modello energetico-neurale (come nel *Progetto*) sia che ci si riferisca ad un modello teorico (l'apparato psichico) retto da assunti ipotetici, che fungono da leggi (metapsicologia).

In questo contesto il mondo oggettuale e relazionale interessa solo in quanto consente certe realizzazioni funzionali dell'apparato stesso (scarico, soddisfazione dei bisogni, ecc.). Ciò che nella prima infanzia fu di fatto e "a priori" relazionale non appare come tale: tutte le descrizioni possono effettuarsi in questa prospettiva come se l'apparato psichico fosse autonomo. Autorizza il riferimento a

69

questo modello solipsistico non solo la modalità narcisistica con cui il mondo venne originariamente appreso nella prima e seconda infanzia, ma anche il fatto che le relazioni con gli oggetti primitivi in grado di soddisfare bisogni divengono modi permanenti di rapportarsi agli oggetti interiorizzati e agli oggetti reali. Il concetto di "relazione oggettuale" mira a cogliere appunto il rapporto con l'oggetto in quanto sede dell'investimento pulsionale, secondo modalità e leggi che in qualche modo trascurano la realtà oggettiva dell'oggetto.

Una seconda modalità di prospettare il sintomo si è venuta precisando con gli sviluppi subiti dalla tecnica psicoanalitica e attraverso l'approfondimento della relazione transferale e controtransferale. Il sintomo può essere inteso come ciò che si manifesta entro quel rapporto *sui generis* fra due persone, che è instaurato dalla situazione analitica. La situazione analitica rappresenta il luogo dove l'Es, attraverso i suoi derivati, che fungono qui da sintomi, trova la via per manifestarsi.

Sappiamo come sul piano immaginario i personaggi che sono evocati nel rapporto analitico siano più di due. Come Freud ebbe a dire in una lettera a Fliess, a proposito del rapporto sessuale e in riferimento alla bisessualità, le persone in questione sono quattro. Se consideriamo l'apparato psichico quale è descritto nella seconda topica, in base alla tripartizione Io-Super Io-Es, dobbiamo riconoscere che è in base al personificarsi concreto di queste tre istanze entro la

situazione duale e nel doppio versante transfert-controtransfert, che viene fornita l'evidenza e consentita la verificabilità di una partizione, che resterebbe altrimenti un costrutto arbitrario. Il paziente analitico ideale e ragionevole - che Freud auspica nei suoi scritti di tecnica - sembra quello in grado di sperimentare il piano realistico del rapporto duale insieme a quello immaginario della situazione transferale. Sappiamo come questo si verifichi sostanzialmente nelle nevrosi, mentre nelle psicosi esiste una specifica difficoltà a mantenere questa doppia impostazione.

Attraverso l'analisi del transfert, entro le condizioni imposte dal rituale analitico, si rende possibile la ricostruzione della storia del desiderio infantile attualizzato. L'intera situazione duale diventa

70

così il luogo in cui le identificazioni ⁽¹⁾ si dispiegano, acquistando nel loro insieme e nei singoli dettagli un carattere sintomatico.

Un terzo approccio metodologico, derivato dalla pratica della psicoanalisi infantile, va qui riferito per l'analogia che esso ha con certi aspetti della pratica istituzionale e per la sua importanza teorica. Si tratta dell'osservazione psicoanalitica diretta del bambino nei diversi momenti della sua evoluzione, e in rapporto particolarmente alla madre. (Sui vantaggi e sui limiti di questo approccio vedi S. Lebovici e M. Soulé). Mentre il transfert rappresenta la modalità fondamentale di ricostruzione del passato, che si fa presente per così dire in modo compresso nel rapporto a due, l'osservazione diretta analiticamente effettuata permette di cogliere in atto i momenti della "spirale transazionale" (Benedek) che caratterizza la primitiva relazione diadica e che successivamente si sviluppa nelle altre relazioni. La "realtà", intesa come interazione fra *Umwelt* infantile e attitudine profonda della persona da cui il bambino dipende, diventa così in qualche modo osservabile e permette di saldare il modello teorico. In questo contesto il sintomo si rivela in misura massima come il *prodotto* della relazione. Il modello più convincente e meglio dimostrato è, come è noto, fornito da Spitz e si può riscontrare nei disturbi "psicotossici" del lattante, intesi come risultato dello scontro fra bisogni infantili e bisogni materni.

L'istituzione psichiatrica come sintomo

La psicoanalisi può accostarsi all'istituzione psichiatrica sulla scorta delle considerazioni sopra svolte.

Sappiamo che il paziente psicotico rappresenta l'oggetto specifico per cui le istituzioni psichiatriche sono sorte e vengono mantenute dalla società e come essa vi confina quelle manifestazioni psicotiche dell'uomo che non può altrimenti gestire.

⁽¹⁾Il termine identificazione viene usato qui in senso lato: in quanto meccanismo che sta alla base della formazione del mondo interno e della formazione dell'apparato simbolico. Su questo punto vedi H. Segal.

71

Frutto di un compromesso fra istanze espulsive e istanze conservative, si potrebbe in via analogica proporre anche dell'istituzione psichiatrica un'interpretazione in termini sintomatologici. Sembrerebbe più compito di una storia delle istituzioni psichiatriche che della psicoanalisi prospettare un'interpretazione dei modi concreti con cui, nelle diverse epoche e nelle diverse società, questo compromesso è stato realizzato.

Più interessante ci sembra applicare la teorizzazione che Jaques ha effettuato delle istituzioni in genere all'istituzione psichiatrica. L'autore inglese sostiene che le istituzioni rappresentino, fra l'altro, il mezzo di cui i singoli individui si servono per rafforzare i meccanismi individuali di difesa contro l'ansia "in particolare contro il riaffiorare delle primordiali ansie paranoide e depressive".

“Si può pensare, egli continua, che gli individui esteriorizzino quegli impulsi ed oggetti interni che altrimenti darebbero origine a un'ansia psicotica, e li facciano confluire nella vita delle istituzioni sociali di cui entrano a far parte. Ciò non vuol dire che le istituzioni così usate diventino, in conseguenza di ciò, 'psicotiche', ma implica che dovremmo aspettarci di trovare nei rapporti di gruppo manifestazioni di irrealità, scissione, ostilità, sospetto, e altre forme di comportamento disadattivo. Queste costituirebbero *la controparte sociale di quelli che apparirebbero come sintomi psicotici... in individui che non hanno sviluppato la capacità di usare il meccanismo di associazione in gruppi per evitare l'ansia psicotica*” (*).

Il paziente psicotico si presenta come “cattivo” paziente analitico per le stesse ragioni per cui è un cattivo membro della società: in quanto cioè si caratterizza per una specifica difficoltà a mantenere il rapporto duale. Come osserva Géachean, la relazione dello psicotico rimanda sempre *ad un terzo*, e la sua relazione d'oggetto tende alla scissione, onde garantire un minimo di coesione dell'Io, che altrimenti vivrebbe un'esperienza di frammentazione e di annientamento. D'altra parte, il paziente psicotico tende a configurarsi anche come cattivo paziente dell'istituzione. Egli infatti è

(*)Il corsivo è nostro.

72

incapace di utilizzare “l'associazione in gruppi per evitare l'ansia psicotica”; si potrebbe forse cogliere a questo livello il paradosso rappresentato dall'istituzione psichiatrica: essa configura in partenza il fallimento dei suoi compiti reintegrativi, apparendo come luogo del ritorno del rimosso.

Due analogie si prospettano a chi considera l'istituzione psichiatrica nell'ottica psicoanalitica: quella di assimilare l'istituzione ad un apparato psichico o al corpo.

L'istituzione come apparato psichico obbedisce fundamentalmente all'esistenza di attuare difese nei confronti del paziente, che in seno al gruppo rappresenta colui che porta in ciascun membro una minaccia: quella dell'aggressione agli oggetti buoni contenuti nella “buona madre” istituzionale. Possiamo cogliere questo tema a differenti livelli: 1) sul piano, ad es., del rapporto diretto paziente-infermiere e paziente-medico, ove ciascun interlocutore si sente coinvolto nel rapporto in funzione delle personali vicende maturative e conseguenti esperienze angosciose rimosse; 2) nel gruppo (ad es. nel gruppo di discussione dello staff), dove soprattutto emergono i fantasmi relativi all'immanenza istituzionale e i movimenti di difesa e di attacco nei confronti di questa imago materna, che per sopravvivere viene idealizzata, dando luogo a processi massicci di proiezione, i quali possono investire ora le singole persone ora i vari ruoli, ora la società all'esterno, vissuta come spiritosamente dice P. Castoriades Aulagnier quale “nemico ideale”; 3) a livello organizzativo la conseguenza di operazioni di questo tipo contiene una drammatica contraddizione, espressa dall'inflazione delle leggi istituzionali volte a proteggere la buona madre idealizzata, a detrimento delle sue parti, rappresentate tanto dai pazienti quanto dalle varie categorie di operatori.

Le varie soluzioni adombrate in questa rappresentazione schematica valgono a configurare altrettanti possibili momenti dell'evoluzione di un'istituzione psichiatrica, come Woodbury e Racamier hanno dimostrato.

Come abbiamo visto la complessità dell'approccio semeiologico in un contesto istituzionale può essere inteso come una rete di comunicazioni o di specchi riverberanti, esprimenti movimenti

73

transferali e controtransferali. Ciò dà luogo ad una geometria non euclidea, ove il rapporto fra osservatore e fenomeno osservato tende costantemente ad interagire attraverso fenomeni transazionali.

Nel tentativo di costituire, in base ad un'ottica psicoanalitica, alcuni criteri metodologici, potremo tentare di affrontare la questione di una triplice prospettiva.

La prima di queste è rappresentata dalla considerazione del fatto istituzionale inteso come sintomo della società che lo esprime e lo condiziona.

In base ad un secondo punto di vista il paziente o un gruppo di pazienti possono essere intesi come sintomi dell'istituzione stessa, inducendo in essi complessi sintomatologici neofornati o plasmandone patoplasticamente alcuni comportamenti significativi.

Nella terza angolatura l'istituzione ed i fenomeni che vi si svolgono vanno intesi come una sorta di esperienza psicodrammatica, ove, per così dire, il sintomo circola mediante una serie di reciproche identificazioni.

Istituzione psichiatrica e istinto di morte

Il primo di questi aspetti considerati, ossia l'istituzione assunta come sintomo sociale, chiama ovviamente in causa non solo aspetti di ordine psicodinamico, ma anche problemi di ordine sociopolitico ben noti ed ampiamente dibattuti, sui quali qui non ci soffermeremo, per sottolineare invece il peso che nella realtà istituzionale assumono i fattori di ordine inconscio.

Se queste considerazioni possono riferirsi a qualsiasi struttura collettiva, si tratta di domandarsi quale sia la specificità dell'istituzione psichiatrica. Essa potrebbe forse contenere come fatto basilare un'istanza difensiva di ordine collettivo nei confronti dell'oscura immanenza distruttiva del non esistere. Si sarebbe così tentati, dal punto di vista semeiologico, di riconoscere il senso privilegiato dell'istituzione psichiatrica a livello inconscio nella difesa dall'istinto di morte, sotteso alle caleidoscopiche espressioni del narcisismo.

74

Con Rappard possiamo osservare che “nelle istituzioni psichiatriche l'enigma della morte non è risolto dal fatto che si riconosca ad essa il carattere di un avvenimento naturale che si compirebbe in conformità alla legge ritmica della generazione e della corruzione biologica. Essa appare come al di fuori del contesto biologico, come altra cosa, come l'istinto di morte di Freud. Se in effetti il compimento della malattia fisica rischia di essere la morte, il compimento della malattia mentale rischia di essere la fine dell'esistenza”.

In questo senso la funzione custodialistica affidata all'istituzione psichiatrica può essere interpretata come una delega all'espulsione dal contesto sociale del rischio di non esserci, dell'angoscia verso l'annientamento, intesa come ritorno dell'istanza narcisistica elementare legata al principio del Nirvana (principio corrispondente a quello che Bettelheim e Winnicott chiamano “antilife factor”). Questa ipotesi è forse valida a spiegare la diversa tolleranza che la società manifesta nei confronti dei comportamenti violenti di ogni tipo, sia ludico, sia financo bellico, in confronto alla spiccata intolleranza verso l'ammalato mentale configurato e temuto come pericoloso. Nella misura in cui il malato mentale in genere, e lo psicotico per eccellenza, appaiono come i vettori dell'Es, “la società - per citare Winnicott - non si sente minacciata tanto dal comportamento aggressivo umano, quanto dalla rimozione a livello individuale della propria aggressività”.

Perfino nel caso della guerra, di cui è difficile disattendere il significato distruttivo, esiste la possibilità di copertura degli aspetti angosciosi attraverso processi di negazione, scissione e idealizzazione (di cui Fornari ci ha fornito vari esempi). Ossia anche nella situazione bellica le cariche distruttive sono in una certa misura suscettibili di impasto con istanze libidiche, laddove la psicosi sembra offrire l'esempio del massimo disimpasto, che fa emergere nella sua angosciosa nudità il rischio oscuro della morte psichica, che è altra cosa che morire.

Tale essenzialità dell'esperienza psicotica è ben sottolineata da A. Green in uno scritto dedicato all'allucinazione negativa, quando scrive che "lo psicotico è in qualche modo un morto-vivente senza immagine e senza identità. La sua realtà è quella della restituzione

75

dell'immagine attraverso cui gli oggetti sono reinvestiti per modellare la realtà psicotica. Questa neorealtà delirante ed allucinatoria, questo ritorno degli oggetti espulsi mediante l'identificazione proiettiva, è una maschera posta sull'allucinazione negativa del soggetto. Di qui la necessità di trattare con prudenza ogni sovrastruttura di questo niente". Sul piano controtransferale esiste la possibilità, citando ulteriormente Green, che "sul piano terapeutico ogni tolleranza illimitata verso i pazienti psicotici camuffi il bisogno di constatare nell'altro questa morte psichica che minaccia ciascuno e la necessità di negarla attraverso l'onnipotenza interpretativa". Allorché si tratta della società o dei familiari dei malati, in certi casi, aggiunge Dreyfuss, ci si può domandare se non si abbia a che fare con qualche cosa di simile alla proiezione dell'istinto di morte negli altri. A sostegno di questa tesi l'Autore francese ricorda i vari modi con cui attraverso i secoli l'espulsione dei malati di mente è stata effettuata, ora con strumenti esplicitamente sadici, ora con la segregazione entro le mura del manicomio.

È oggi universalmente riconosciuto come questa tensione distruttiva, attraverso cui si estrinseca l'esperienza psicotica, si costituisca originariamente nell'ambito di una peculiare relazione diadica e si iscriva e si dilati nel contesto di un nucleo familiare disturbato e disturbante. Basterebbe in proposito ricordare i connotati della relazione simbiotica, come sono stati descritti dalla Mahler, o i vissuti della psicosi puerperale, quali sono stati illustrati da Racamier. Estendendo questi concetti alla famiglia normale, si può ricordare con Winnicott che "ogni famiglia ha sempre il proprio cadavere nell'armadio e l'iperprotezione e idealizzazione del bambino nascondono desideri rimossi di tipo distruttivo". Per questo Autore tali fantasie sono precocissime, ma ad un'epoca più tardiva "si può vedere il bambino fare sforzi continui per arrivare al punto di partenza, cioè per neutralizzare il desiderio inconscio dei genitori rappresentato dalla morte del bambino stesso e coperto da formazioni reattive"; in questa angolatura la famiglia dello psicotico non farebbe che vivere questa drammatica conflittualità tra generazioni, senza saper porre in atto meccanismi di tipo riparativo adeguati. Ora, se la patologia individuale non può

76

trovare altro senso che al di fuori di un rapporto geneticamente determinante con il gruppo familiare, altrettanto può dirsi, analogicamente, per la posizione reciproca della famiglia rispetto alla società in cui essa vive. Ossia, i temi psicotici individuali chiamano in causa il microcosmo familiare nel cui contesto si sono alimentati, e questo a sua volta coinvolge la società allargata entro cui il gruppo familiare si muove.

Ritornando quindi al tema semeiologico, uno dei "segni" più autentici dell'istituzione psichiatrica può essere identificato nel "negativo" dei fattori che promuovono ed assicurano la costituzione e la sopravvivenza del gruppo mediante il costante tentativo di tener scisso il momento distruttivo da quello libidico, investimento erotico attraverso l'identificazione che, come Freud sosteneva in *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*, rappresenta il prerequisito per la vita del gruppo stesso.

Se affrontiamo attraverso questo modello interpretativo la realtà istituzionale, gli stereotipi rappresentati dalla "pericolosità sociale", dalla conseguente necessità di "isolamento spaziale", dalla "irrecuperabilità" dei malati di mente, acquistano il preciso significato difensivo di "mors tua, vita mea".

Appare pertanto pienamente comprensibile come l'istituzione, intesa quale ricettacolo delle parti scisse e proiettate del mondo dei "sani", sia per definizione psicotica ed alienante, a condizione che non tenti di elaborare degli strumenti di autoguarigione. In questa dimensione, il carattere pseudoscientifico attraverso cui l'esclusione è stata attuata e feticizzata dalla psichiatria di indirizzo neurologico può essere inteso come un momento particolare (sanzionato da fattori

economico-sociali e di classe) di un processo che in epoche precedenti si è realizzato sadicamente in base a presupposti di ordine mistico-demonologico.

Il suo contrario, espresso dalla cosiddetta antipsichiatria, rappresenterebbe allora una riedizione moderna del concetto "sacrale" della malattia mentale (ove la parola *sacro* ha la duplice indicazione di santo e di maledetto) per il carattere di idealizzazione del malato, idealizzazione dietro cui si cela, con un segno diverso, la medesima difesa attuata attraverso la negazione e lo splitting.

77

Il paziente come sintomo dell'istituzione

Ci resta ora da accennare brevemente al secondo e terzo punto della nostra analisi, concernente il malato come sintomo dell'istituzione. In materia esiste una documentazione oramai assai ricca. Possiamo ricordare come una codificazione già abbastanza rigorosa dei rapporti intercorrenti fra struttura ospedaliera e sintomatologia sia già stata indicata da H. Simon, che pure si muoveva in una dimensione non psicoanalitica. Partendo dal concetto che un'istituzione psichiatrica esprime una struttura globale, Simon affermava come accanto ai sintomi propri del disturbo individuale fosse possibile riconoscere una serie di altre manifestazioni, quali condotte aggressive, inibizione, perdita della vivacità, teatralismi, stereotipie, comportamenti antisociali, manifestazioni tutte da riguardare come il frutto dell'ambiente di ricovero.

Già all'inizio di questo lavoro è stato ricordato l'importante contributo portato successivamente nella medesima direzione da Stanton e Schwartz. Fra i numerosi altri studi possono essere ricordati qui, a titolo esemplificativo, i contributi di Tosquelles, Paumelle, Ayme ed in genere del gruppo francese della psicoterapia istituzionale ⁽²⁾.

In estrema sintesi possiamo distinguere fra istituzione rigida, ove regna una modalità di tipo ossessivo, tendente al controllo magico onnipotente della realtà e dove alla negazione dell'ansia e dell'aggressività corrisponde necessariamente una sorta di inflazione dei sintomi. Nel caso di reparti per agitati, tutto sembra funzionare, come scrivono Racamier e coll., come un insieme, di cui l'Es sarebbe costituito dai ricoverati, mentre il personale rappresenterebbe l'istanza superegoica. Entrambe queste forze, fissate nella loro irriducibile opposizione e private di quelle funzioni conciliatrici e integranti espresse dall'Io, non trovano altro equilibrio od altro compromesso che nell'agitazione del malato.

⁽²⁾Chi scrive si è da vari anni occupato di questi problemi in tema di stereotipie, di disturbi della spazialità, di correlazione fra mutamento istituzionale e modificazione della sintomatologia, nonché del particolare sintomo rappresentato dalla tendenza ad accumulare oggetti (vedasi bibliografia).

78

Per contro un'istituzione permissiva, ma incapace di assicurare una reale fusione operativa tra i vari ruoli e momenti della vita istituzionale, dà luogo ad uno "stile caratteropatico", ove prevalgono le manifestazioni di "acting-out" ed i comportamenti distruttivi, soprattutto autodirezionati.

Un modello di queste interazioni è fornito da Woodbury nei suoi studi dedicati ai rapporti, seguiti nell'arco di sette anni, fra sintomi morbosi e struttura istituzionale. I vari passaggi sono rappresentati:

dal regime autoritario, caratterizzato da un prevalere del potere medico e da una scarsità di sistemi comunicativi, ove i sintomi avevano un carattere profondamente regressivo;

dal regime oltremodo permissivo, che si costituì per reazione al primo e che era animato da una tendenza acritica alla "riparazione" del malato; questo clima diede luogo alla comparsa di "dittatori folli" dove prevalevano ora le manifestazioni

intrusive e persecutorie, ora le risposte depressive acute; in entrambe queste situazioni, commenta Racamier, i sintomi dei soggetti rimandavano per vie diverse alle aspirazioni di onnipotenza terapeutica dei curanti;

da un regime "parlamentare", in cui la costante meditazione, psicoanaliticamente orientata, sui riflessi nell'istituzione delle proiezioni e dell'esigenza di scissione propria del vissuto schizofrenico, permetteva una reale funzione terapeutica dell'équipe curante.

Da questi studi, dedicati alla psicoterapia istituzionale, appare allora possibile intravedere con Racamier la possibilità di studiare un gruppo istituzionale in base a criteri metapsicologici, ossia da un punto di vista dinamico, economico e topico. Ciò può dar luogo ad una reale semeiologia istituzionale che si costituisce, come afferma Ayme, quale una "vera psicopatologia della vita quotidiana", prendendo in esame i sottoprodotti dell'istituzione, analogamente a come fece a suo tempo Freud per i lapsus, i sogni e gli atti mancati, che corrispondono alle fughe, ai suicidi, alle violenze esercitate contro gli oggetti e le persone, alle condotte di agitazione ed ai "grippaggi della macchina istituzionale".

79

Conclusioni

Simili riferimenti e tali esemplificazioni dimostrano ancora una volta il carattere assolutamente relativo delle condotte istituzionali e dei loro derivati sintomatologici, relativismo tanto più profondo, quanto più apparentemente obiettivi in un'ottica ingenua possono apparire i sintomi.

La loro rigida e puntuale correlazione con lo stile comunicativo e con il livello di relazione oggettuale delle équipe curanti, fa sì che l'unico parametro di riferimento valido possa essere ritrovato a livello dei movimenti controtransferali.

Questo rilievo deve dunque essere inteso come punto di partenza per qualsiasi tentativo di disalienazione, che non può non fondarsi sulle virtualità recettivo-comunicative del gruppo, e sulla capacità di promuovere processi di riappropriazione delle parti scisse e alienate ad un tempo dei singoli soggetti, agenti in un collettivo a livello di ricoverati o di operatori, nonché dell'istituzione stessa.

Bibliografia

Benedek TH., cit. da S. Lebovici e M. Soulé, p. 253.

Castoriadas Aulagnier P., L'interprétation psychanalytique dans la théorie et dans la pratique, in G. Benoit e G. Daumezon, *Appart de la psychanalyse à la sémiologie psychiatrique*, p. 209, Masson, Paris, 1970.

De Martis D., Rilievi sullo statuto sociale dello schizofrenico cronico inserito in ambiente terapeutico, *Rass. Studi Psichiat.*, 2, 1, 1965.

De Martis D., Petrella F., Le stereotipie, *Riv. Sper. Freniat.*, 88, 946, 1964.

De Martis D., Petrella F., Schizofrenia e significati dell'alienazione, *Aut aut*, 113, 1969, pp. 5 e 13.

De Martis D., Petrella F., L'apport de la psychanalyse à la sémiologie psychiatrique, Atti del 53° Cong. des Alienistes et Neurologues de langue française, Masson, Paris, 1970.

- Dreyfuss L.**, Psychanalyse et institutions. Considérations théoriques et cliniques, *Inf. Psych.*, 46, 925, 1970.
- Fornari F.**, Psicoanalisi della guerra atomica, Comunità, Milano, 1964.
- Freud S.**, Lettere a Fliess, in *Le origini della psicoanalisi*, Boringhieri, Torino, 1961, p. 249.
- Freud S.** Progetto di una psicologia, in *Opere*, voll. 2, Boringhieri, Torino, 1968.
- Freud S.**, Introduzione allo studio della psicoanalisi, Astrolabio, Roma, 1948, pp. 192 e 266.
- Freud S.**, Psicologia delle masse e analisi dell'Io, in *Il disagio nella civiltà*, Boringhieri, Torino, 1971, p. 65.
- Geachean D. J.**, Références métapsychologiques pour une psychothérapie des psychoses en milieu institutionnel, *Recherches (numero dedicato a Psychanalyse et Institutions Psychiatriques)*, 1-2, 4, 1970.
- Goffman E.**, Asylums, Einaudi, Torino, 1967.
- Green A.**, Un oeil en trop, Flammarion, Paris, 1970.
- Green A.**, cit. da Dreyfuss.
- Jaques E.**, Sistemi sociali come difesa dall'ansia persecutoria e depressiva. Contributo allo studio psicoanalitico dei problemi sociali, in *Nuove vie della psicoanalisi* (a cura di M. Klein, P. Heimann e R. Money-Kyrle), Il Saggiatore, Milano, 1966, p. 609.
- Lebovici S., Soule M.**, La connaissance de l'enfant par la psychoanalyse, Presses Univ. de France, Paris, 1970.
- Petrella F.**, Ruoli e aggressività in un reparto psichiatrico, *Neuropsichiatria*, 23, 4, 1968.
- Petrella F.**, Spazio vissuto e spazio istituzionale nella Schizofrenia, *Aut aut*, 104, 4, 1968.
- Petrella F.**, Implicazioni psico- e sociodinamiche di una particolare condotta istituzionale: la tendenza ad accumulare oggetti, *Rass. Studi Psichiat.*, 57, 6, 1968.
- Petrella F.**, Considerazioni sui rapporti tra istituzione psichiatrica e struttura della personalità, *Psichiatria gen. e dell'età evol.*, 6, 2, 1968.
- Racamier P. C.**, Le Psychanalyste sans divan, Payot, Paris, 1970.
- Rappard PH.**, La Psychotérapie institutionnelle comme psychanalyse générale, *Inf. Psychiat.*, 46, 937, 1970.
- Segal H.**, Introduzione all'opera di Melanie Klein, Martinelli, Firenze, 1968.
- Simon H.**, cit. da Racamier.
- Stanton A. H., Schwartz M. S.**, The Mental Hospital, Basic Books, New York, 1954.
- Tosquelles F.**, Que faut-il entendre par psychothérapie institutionnelle, *Inf. Psychiat.*, 45, 377, 1969.
- Winnicott W.**, The Child and the Family, Tavistock, London, 1957.

Winnicott W., De la pédiatrie a la psychanalyse, Payot, Paris, 1969.

Woodbury M. A., Object relations in the psychiatric hospital, *Int. J. Psycho-Anal.*, 48, 83, 1967.

Woodbury M. A., L'équipe come fattore terapeutico, *Psicoterapia e scienze umane*, 8-9, 43, 1969

Authorized Users

For use only by umbertoprovenzani@gmail.com. Reproduction prohibited. Usage subject to PEP terms & conditions (see terms.pep-web.org).

PEP-Web Copyright

Copyright. The PEP-Web Archive is protected by United States copyright laws and international treaty provisions.

1. All copyright (electronic and other) of the text, images, and photographs of the publications appearing on PEP-Web is retained by the original publishers of the Journals, Books, and Videos. Saving the exceptions noted below, no portion of any of the text, images, photographs, or videos may be reproduced or stored in any form without prior permission of the Copyright owners.
2. Authorized Uses. Authorized Users may make all use of the Licensed Materials as is consistent with the Fair Use Provisions of United States and international law. Nothing in this Agreement is intended to limit in any way whatsoever any Authorized User's rights under the Fair Use provisions of United States or international law to use the Licensed Materials.
3. During the term of any subscription the Licensed Materials may be used for purposes of research, education or other non-commercial use as follows:
 - a. Digitally Copy. Authorized Users may download and digitally copy a reasonable portion of the Licensed Materials for their own use only.
 - b. Print Copy. Authorized Users may print (one copy per user) reasonable portions of the Licensed Materials for their own use only.