

PSICOANALISI E SERVIZI: QUALE INCONTRO?

(a cura di Giorgio Campoli e Francesco Carnaroli)

Dal 2 maggio al 10 luglio 2012

- INDICE DEGLI INTERVENTI	2
- RELAZIONE di GIORGIO CAMPOLI: <i>Psicoanalisi e servizi: quale incontro?</i>	3
- RELAZIONE di ANTONELLO CORREALE: <i>Un fantasma nel “servizio”</i>	10
- DIBATTITO	13
INTERVENTI di Alessandro Antonucci, Maria Giovanna Argese, Cono Aldo Barnà, Luigi Boccanegra, Paolo Boccara, Stefano Bolognini, Basilio Bonfiglio, Giorgio Campoli, Francesco Carnaroli, Andreina Cerletti, Carmelo Conforto, Laura Contran, Antonello Correale, Adriana D’Arezzo, Cosima De Giorgi, Massimo De Mari, Maria Rosa De Zordo, Anna Ferruta, Fabrizio Gambini, Ezio Maria Izzo, Ettore Jogan, Diletta La Torre, Riccardo Lombardi, Guelfo Margherita, Giuseppe Martini, Marco Mastella, Marco Monari, Mario Perini, Maria Pierri, Carlo Pasino, Vincenza Quattrocchi, Marco Ramella, Giuseppe Riefolo, Luigi Rinaldi, Guido Saltamerenda, Giuseppe Saraò, Cosimo Schinaia, Michele Stuflessen, Roberto Vari, Carla Zennaro, Gemma Zontini, Pier Luca Zuppi	
- BIBLIOGRAFIA	118

INDICE DEGLI INTERVENTI

Maria Giovanna Argese, Psicoanalisi e Servizi	14
Carmelo Conforto, Qualche nota su Psicoanalisi e Servizi	15
Marco Ramella, Riflessioni sulla psicoanalisi nelle istituzioni psichiatriche	17
Guido Saltamerenda, L’epopea dell’analista chisciotte	19
Giuseppe Martini, Dall’egemonia alla dialettica. Riflessioni di uno psicoanalista “di espressione psichiatrica”	20
Basilio Bonfiglio, Un posto per la psicoanalisi	22
Cono Aldo Barnà, Psicoanalisi, psichiatria e servizi	24
Maria Pierri, Una proposta “scandalosa”?	26
Giuseppe Saraò, Su psicoanalisi e servizi	27
Guelfo Margherita, Rosemary’s Baby. Un parassitario rapporto contenitore-contenuto	29
Adriana D’Arezzo, Psicoanalisi e servizi. “A volte bisogna separarsi...”	32
Ezio Maria Izzo, Psicoanalisi e servizi. Una Comunità-Cooperativa	34
Marco Monari, Note a partire dalle relazioni di Campoli e Correale	38
Roberto Vari, Su psicoanalisi e servizi	40
Antonello Correale, Riflessioni	41
Laura Contran, L’ascolto del sintomo	43
Cosimo Schinaia, Psichiatria e psicoanalisi	45
Giuseppe Riefolo, Psicoanalisi per servizi in tempi di crisi	47
Giorgio Campoli, Alcune riflessioni	51
Michele Stuflesser, Psicoanalisi e psichiatria: un’esperienza lombarda	53
Mario Perini, Il ruolo della psicoanalisi nella crisi del welfare.	56
Vincenza Quattrocchi, Psicosi: anello di congiunzione tra psicoanalisi, psichiatria e servizi	61
Gemma Zontini, Psicoanalisi e istituzione: una presenza carsica?	65
Paolo Boccara, Psicoanalisi e servizi: decifrarne il futuro	67
Marco Mastella, La psicoanalisi e i “servizi” (non solo psichiatrici)	70
Andreina Cerletti, Psicoanalisi e Servizi: quale incontro?	73
Pier Luca Zuppi, Psicoanalisi e servizi	75
Francesco Carnaroli, Il lavoro dello psicoterapeuta sulle proprie emozioni	77
Diletta La Torre, L’importanza di sopravvivere	80
Massimo De Mari, Psicoanalisi e istituzione totale	81
Cosima De Giorgi, Psicoanalisi e Servizi: quale rapporto	85
Anna Ferruta, Servizi Psichiatrici: un treno che gli psicoanalisti non possono perdere	87
Carla Rufina Zennaro, Psichiatria, Fenomenologia, Psicoanalisi	89
Guelfo Margherita, Come Maometto e la montagna? no meglio come Giulietta e Romeo!	96
Maria Rosa De Zordo, Qualche nota su psicoanalisi e servizi	97
Riccardo Lombardi, Psicoanalisi nei servizi e training psicoanalitico	99
Alessandro Antonucci, Psicoanalisi e Servizi: brevi riflessioni sui processi di cura e sull’organizzazione dei Servizi	100
Antonello Correale, Abbiamo le forze	102
Ettore Jogan, L’esperienza Basagliana a Trieste	103
Stefano Bolognini, Il setting interno degli psicoanalisti nei servizi	105
Luigi Boccanegra, Linguaggio ordinario e fragilità mentale	106
Mario Perini e Fabrizio Gambini, A proposito di Basaglia	108
Carlo Pasino, La linea gialla. Seduta di supervisione in un centro di salute mentale	112
Luigi Rinaldi, “Ciò da cui non mi separerei” e ...una proposta	114
Giorgio Campoli, Intervento conclusivo	116

PSICOANALISI E SERVIZI: QUALE INCONTRO?

Relazione introduttiva al dibattito SPIWEB.

Giorgio Campoli

Freud, 1922: *“Attualmente la psichiatria è una scienza essenzialmente descrittiva e classificatoria, tuttora orientata in senso somatico più che psicologico e incapace di spiegare i fenomeni che cadono sotto la sua osservazione. La psicoanalisi tuttavia non si trova in contrasto con essa, come il comportamento pressoché unanime degli psichiatri potrebbe far credere. In quanto psicologia del profondo, ossia psicologia dei processi della vita psichica sottratti alla coscienza, la psicoanalisi è anzi chiamata a fornire gli indispensabili fondamenti alla psichiatria e ad aiutarla a superare i suoi attuali limiti. È presumibile che in futuro sarà creata una psichiatria scientifica cui la psicoanalisi avrà servito da introduzione”*(Freud, 1922 p.454 e seg.)

Uno scorcio.

Anna, psichiatra, e Flavio, infermiere, riferiscono nella riunione settimanale del Centro di Salute Mentale l'ultima visita domiciliare a Paolo, 40 anni, che da alcuni anni vive arroccato a casa, come in un bunker, insieme all'anziana madre e alla sorella.

Paolo deve difendersi dagli extra terrestri che attentano alla sua vita. Sfidando i pericoli esce di casa la domenica mattina, per andare a giocare a calcio con un gruppo stabile di compagni con i quali non ha altri contatti.

La violenza riaffiorante in modo ricorrente, rivolta in prevalenza alle familiari, aveva reso necessari in precedenza alcuni trattamenti sanitari obbligatori: subito dopo le dimissioni Paolo si era mostrato ancor più ostile ad ogni contatto con la psichiatra e l'infermiere.

Si prospettano scenari già sperimentati: nuovi tentativi, nuovi rifiuti, la spinta a 'fare' qualcosa, gli interrogativi...

Mentre il resoconto dei due operatori prosegue, l'ascolto dei colleghi appare piuttosto disattento ed annoiato. Alle preoccupazioni espresse da Anna e Flavio sembrano fare da contrappunto, da parte del gruppo, tentativi di distanziamento espressi anche attraverso un insolito andirivieni di alcuni colleghi dalla stanza di riunione.

Si percepisce l'attesa di un intervento 'risolutivo', che decida qualcosa e ponga così fine ad una situazione penosa per tutti.

Come responsabile del servizio mi sento pressato da questa richiesta non esplicitata: frutto di assunti di base operanti in questo momento, o anche mia pressione interna? Mentre sono tentato di intervenire con un invito ad una maggiore attenzione, penso che tra il gruppo ed Anna e Flavio, si stia riproducendo una situazione per certi aspetti simile a quella della visita domiciliare: i due colleghi ci stanno chiedendo di entrare per colloquiare; il resto del gruppo, minacciato dall'ennesima intrusione persecutoria, sta cercando di tenerli fuori.

Commento brevemente le difficoltà a cui siamo esposti ancora una volta nel confrontarci con i processi psicotici e con la rigidità di certi funzionamenti; cercando di mantenere un tono leggero, che possa raggiungere tutti, nomino i sentimenti di inutilità e di mancanza di prospettiva, che sembrano circolare in modo palpabile; dico che forse anche noi vorremmo lasciare Anna e Flavio e tutto questo carico alla porta.

Anna, entrando nel dettaglio, racconta di avere suonato al citofono e che, alla sua richiesta di essere ricevuti, Paolo aveva risposto: “Sì aprirò, ma siete degli umani?”. E lei: “Sì, siamo umani ... almeno credo”.

Dal gruppo viene uno scoppio di risa che in parte copre la conclusione: Paolo aveva impedito loro di entrare.

L'atmosfera si anima. I pensieri e gli interventi cominciano a seguire percorsi associativi. Ci si identifica parzialmente con i protagonisti della scena. Con Paolo sottoposto alla minacciosa incursione di ambigui esseri umani/non umani (una coppia-oggetto parziale che preme per essere violentemente reincorporato?); con il suo estremo rintanarsi nel suo bunker mai completamente sicuro (luogo amato ed odiato della simbiosi maligna con la figura materna?); in preda al terrore, sarà arrivato ad augurarsi di essere finalmente all'incontro-scontro risolutorio? Qualcuno si mette nei panni della mamma e della sorella che avranno assistito in silenzio, divise tra la paura della violenza e l'impossibilità di separarsi da lui.

Ci si identifica anche con la coppia di operatori. La risposta di Anna esprime il loro essere bersaglio di una identificazione proiettiva che ha messo a repentaglio la loro identità? È forse contemporaneamente espressione della capacità di entrare in contatto con i propri – e del paziente – funzionamenti psichici alieni? E non si sarà sentita anche un po' disumana nel tentativo di forzare lo strenuo isolamento di Paolo? In situazioni come questa ci si può sentire dei disumani aguzzini o al contrario dei superuomini.

Tutto questo riguarda anche l'istituzione. La spinta all'azione, che indubbiamente aleggia di continuo nei Servizi psichiatrici, gravati come sono da una *mission* ambigua tra cura e controllo, può essere l'alieno persecutorio che minaccia il buon funzionamento e la capacità terapeutica del singolo e del gruppo.

Angela e Flavio speravano davvero che quella porta si aprisse oppure, come spesso capita in queste situazioni, speravano anche di non dover agire fino in fondo il ruolo di violenti invasori?

Emergono notizie sul passato di Paolo e si ricorda la precoce scomparsa del padre. È forse lui, ormai extra terrestre, che Paolo aspetta e teme di re-incontrare?

Sarebbe stato rassicurato da una dichiarazione più convinta della propria umanità da parte della psichiatra?

Qualcuno, appassionato di calcio, si interroga su quale ruolo Paolo possa ricoprire nella sua partita domenicale: “In difesa, naturalmente” risponde Flavio, l'informato ed acuto infermiere. Un altro operatore nota che Paolo porta il cognome di un ex giocatore di serie A: una possibile figura identificatoria più funzionante? Si discute della sua capacità di stare stabilmente in un gruppo aperto, di stare al gioco all'interno di regole; ci si confronta sul 'to play' ed il 'to game' (Modell, 1990); ci si interroga sulla possibilità stessa di 'giocare' per Paolo.

Termine della riunione...

Seguito della storia: dopo qualche tempo Anna e Flavio ricovereranno Paolo ma, a differenza delle volte precedenti, si stabilirà una solida relazione terapeutica.

Quale incontro?

Questa scena presa dalla vita quotidiana di un Servizio ci può offrire l'occasione per riflettere sulla complessità celata nel titolo, solo apparentemente semplice, di questo dibattito. Vorrei momentaneamente parafrasarlo in “Essere psicoanalista e lavorare nel servizio psichiatrico: quale incontro?”.

Il dibattito all'interno della nostra comunità psicoanalitica è da sempre aperto e contempla posizioni eterogenee ed in certi casi opposte. Alcuni colleghi ritengono non si possa *essere* psicoanalista *mentre* si lavora nel servizio psichiatrico, in quanto queste due funzioni comporterebbero necessariamente una scissione.

Essere psichiatra comporta privilegiare la diagnosi e la terapia; ancor più nel servizio, dove il mandato sociale ed i 'fatti clinici' presentati dagli psicotici e dai pazienti borderline, sembrano richiedere un forte ricorso all'agire.

Laplanche e Pontalis (1967) alla voce *Psicoanalisi* distinguono tre livelli interconnessi: "A) *Un metodo di indagine consistente essenzialmente nell'esplicitare i significati inconsci dei discorsi, delle azioni, delle produzioni immaginarie [...] di un soggetto [...]. B) Un metodo psicoterapeutico fondato su tale indagine e specificato dall'interpretazione [...]. C) Un complesso di teorie psicologiche e psicopatologiche in cui sono sistematizzati i dati apportati dal metodo psicoanalitico di ricerca e di trattamento.*"

Può lo psicoanalista lavorare nel servizio mantenendo strettamente interconnessi questi tre livelli? Non dimentichiamo il rischio di applicare selvaggiamente la psicoanalisi (Freud, 1910).

E non è inevitabile che, in conseguenza del contatto prolungato con numerosi pazienti gravi, vengano seriamente danneggiate le capacità psicoanalitiche?

Lo stesso Winnicott, sostenitore della sostanziale continuità tra lo stare nella stanza d'analisi ed essere pediatra in ospedale, riferendo della grave crisi di un'anziana apparentemente dotata di "una personalità assolutamente sana", conseguita al semplice spostamento di un blocco di carte, consiglia: «[...] può succedere di riuscire ad avere in carico due o perfino tre casi come questi, ma non quattro nello stesso momento. Tutto considerato, forse si può avere solo un paziente alla volta che sia estremamente malato nel modo che abbiamo descritto» (Winnicott, 1964, p.117).

E come può oggi lo psicoanalista coabitare con il prevalente riduzionismo biologico e meccanicistico della psichiatria contemporanea, con i criteri diagnostici dei vari DSM (siamo ormai al V, ma l'impianto è sempre sul sintomo), con la diminuzione delle risorse collegata alla crisi del Welfare europeo, con il tempo del servizio e dell'amministrazione attestato sul presente e sulla rapidità che non tengono conto dei tempi della comprensione e della elaborazione?

In realtà questa coabitazione negli ultimi anni è parsa molto problematica e rischia di comportare, con la prevalente presenza delle psicoterapie cognitive nei protocolli di trattamento delle patologie psicotiche e borderline, l'emarginazione della psicoanalisi e degli psicoanalisti dai servizi.

È il caso, invece, di raccogliere ancora una volta le sfide che ci si prospettano, facendo tesoro del patrimonio di pensiero e di esperienze che contraddistingue la "terza psichiatria" (Bolognini, 2011). Non sono mancati, del resto, significativi e recenti contributi che affrontano su diversi piani il nostro tema: Foresti e Rossi Monti (2010), Barnà e Corlito (2011), Martini (2011).

Direi con Bonfiglio (1999) che la ricerca della "polarità psicoanalitica" si realizza nell' "impegno ad osservare i 'fatti' collocandosi da un vertice che privilegi l'evidenziazione degli eventi psichici (soprattutto di quelli inconsci) e delle forze dinamiche che guidano l'individuo nel suo incessante rapporto con se stesso, col collettivo e con l'ambiente in generale" (p.30).

Trapianti e ibridazioni

È il caso, comunque, di ribadire che nei servizi **lo psicoanalista non può trasferire** la psicoanalisi intesa come **il metodo psicoanalitico**.

Non sono mancati tentativi di ingenui importazioni in tal senso, sorta di trapianto tra organismi non compatibili, destinato al rigetto. Il campo deve essere libero dai possibili fraintendimenti, che a mio avviso possono generare – oltre che radicalizzazione delle controversie – confusione con

conseguenti errori tecnici, e danno per i pazienti, per gli operatori, per i servizi e per la stessa psicoanalisi.

La mia posizione è che sia possibile **essere psicoanalista mentre** si lavora **all'interno del servizio psichiatrico**.

Di più, ritengo che questo sia un valore aggiunto di fondamentale importanza riguardo al poter prendersi cura dei pazienti – anche i più danneggiati –, del gruppo degli operatori e del loro lavoro, infine nel ripensare l'organizzazione. Nella mia lunga esperienza la ricerca personale è stata continua, attraverso la messa in tensione di questi aspetti con i rischi di un utilizzo intellettualizzato della psicoanalisi e di confusioni metodologiche.

Mi interrogo se il concetto di 'ibridazione', usato da Foresti e Rossi Monti (2010) per indicare le connessioni tra psicoanalisi, psicopatologia e fenomenologia al fine di ricavarne modelli clinici sia, e in quale misura, applicabile al nostro caso: l'unione di elementi eterogenei ed il loro confluire in un'identità più ampia che li comprenda.

Personalmente ho trovato generativi per il lavoro nel servizio, nella loro molteplicità ma anche nella loro specificità, numerosi **concetti della psicoanalisi**, riguardanti gli aspetti intrapsichici e relazionali; i funzionamenti di gruppo (Bion, 1961); il campo analitico (Baranger M. e Baranger W., 1961-62; Correale, 1991; Ferro, 2002); la stessa psicoanalisi delle istituzioni (Obholzer, 2007). Questi, ovviamente, non possono rappresentare le uniche teorie di un servizio ed è importante che dialoghino con le altre presenti (politiche, sociologiche, biologiche).

Forme della presenza

Nel mio intendere una modalità sufficientemente utile e adeguata di stare nel Servizio, ho avuto modo di ritrovarmi in piena sintonia con Racamier (1992b): *«Usate le vostre teorie personali nel modo più modesto e discreto possibile. Mantenetevi vicini alle realtà più concrete. Non crediate che il vostro lavoro in un'istituzione possa cambiare il volto del mondo»*.

Ho cercato di far sì che ogni operatore non intendesse come nozioni ma, ricercandoli e sperimentandoli quotidianamente anche attraverso la mia presenza, facesse intimamente propri alcuni dei punti indicati da Winnicott (1954, p. 340 e seg.) per descrivere la *situazione* in cui si svolge il lavoro: porsi al servizio del paziente; essere attendibile e [cercare di] essere vivo; escludere il giudizio morale; tendere alla costanza di tempo e di spazio; non prendere le parti di nessuno; mettere da parte la legge del taglione.

A questi ho aggiunto la Capacità Negativa, concetto di Keats: *“fui colpito dall'idea di quale doveva essere, soprattutto in Letteratura, la qualità essenziale dell'Uomo dell'Effettività [...] Mi riferisco alla Capacità Negativa, cioè quella capacità che un uomo possiede se sa perseverare nelle incertezze, attraverso i misteri e i dubbi, senza lasciarsi andare ad una agitata ricerca di fatti e ragioni”* (Keats, 1817), citato da Bion per introdurre e sviluppare il concetto di Linguaggio dell'Effettività che *“include un linguaggio che è sia preludio all'azione sia esso stesso una sorta di azione”* (Bion, 1970, p.169).

La capacità negativa, nonostante possa apparire in contrasto con il mandato sociale del Servizio, rappresenta un utile strumento di lavoro, che comporta assunzione di responsabilità nella capacità stessa di attendere, senza tuttavia demonizzare l'azione né cadere nell'inazione propria del mondo psicotico.

Un utile strumento del mio percorso è stato il concetto di holding (Winnicott, 1960). L'ho inteso come una qualità della presenza che favorisca il *“going on being”* dei pazienti e del gruppo.

Voglio infine soltanto citare qualche passaggio di Bion riguardo a quello che considero uno dei più fecondi concetti psicoanalitici: la relazione contenitore-contenuto. Scrive Bion (1962,p.154 e seg.): *“Contenitore e contenuto possono andare congiunti all’emozione o essere permeati da essa. Congiunti all’emozione o da essa permeati, o l’una e l’altra cosa insieme, essi si trasformano in un modo che viene abitualmente descritto come sviluppo; quando invece essi sono disgiunti dall’emozione o non permeati da essa, la loro vitalità diminuisce, cioè a dire essi si approssimano ad oggetti inanimati”*.

La leadership

È giunto il momento di esplicitare il mio pensiero, già penso delineato, sul ruolo di primario di Servizi di salute mentale, ruolo che ho svolto per buona parte dei molti anni trascorsi in quelle istituzioni. Quel percorso, conclusosi circa due anni fa, non è stato mai disgiunto per me, come dicevo, dall’esperienza analitica: la prima analisi personale, la successiva e il percorso di training, in seguito come psicoanalista all’interno della SPI. Il mio essere psicoanalista e *insieme* primario del Servizio e *insieme*, ancora, parte del gruppo è stato costantemente in gioco.

Per quanto riguarda la clinica sono forse stato un primario atipico: ho seguito molti pazienti al servizio. A qualche collega, che stupito mi chiedeva ‘ma tu vedi ancora pazienti?!’, rispondeva che non volevo essere come quei primari chirurghi che non sanno più cosa succede nelle sale operatorie e ancor meno nelle pance dei loro pazienti operati. Oppure, e meglio: se c’è un primario chirurgo che effettua interventi delicati, nel luogo e con l’équipe e gli strumenti più idonei, perché questo dovrebbe essere negato a quei pazienti psichiatrici per i quali il luogo idoneo è il Servizio pubblico, dove tra gli strumenti più preziosi è a mio avviso fondamentale la formazione analitica? Necessaria anche quando si intraprende il lungo e delicato lavoro che può mettere il paziente psicotico, borderline, grave, nella condizione di maturare una richiesta di psicoterapia nel servizio o – nei casi ad evoluzione più fortunata – di un’analisi all’esterno.

Il mio pensiero sulla leadership riguarda però molti altri aspetti della relazione con il gruppo, primo fra tutti la continua oscillazione tra le funzioni, per dirla ancora con Winnicott, di madre-ambiente e madre-oggetto, ed infine di terzo necessario, edipico, che offre la possibilità di uscita dalla persecutorietà, di sviluppare pensiero e desiderio.

In alcuni passaggi particolarmente critici per il servizio – luttuosi ad esempio – ho potuto sperimentare momentaneamente una condizione simile ad una ‘preoccupazione materna primaria’ (Winnicott, 1956), nel tentativo forse di ricostituire quelle condizioni di ‘continuità’ che il trauma aveva interrotto, e che consentivano al gruppo di ritrovare i successivi percorsi elaborativi e di crescita. Il che non ha escluso, ovviamente, l’assunzione di funzioni paterne, come pure i confronti e gli scontri tra pari, con gli operatori.

A proposito di questo trovo pertinente la citazione di Bleger che Carnaroli ha ricordato nella discussione “Istituzione, gruppi, alleanze inconsce” svoltasi recentemente su SPIWEB: *“Il più alto ‘grado di dinamica’ di un’istituzione non è determinato dall’assenza di conflitti, ma dalla possibilità di esplicitarli, affrontarli e risolverli nell’ambito istituzionale, cioè dal grado in cui coloro che operano in quest’area o vi sono coinvolti se ne sono realmente fatti carico nel corso dei loro compiti o delle loro funzioni. Il conflitto è un elemento normale e indispensabile nello sviluppo dell’uomo e in qualunque altra sua manifestazione: la patologia del conflitto è connessa, più che con l’esistenza del conflitto stesso, con l’assenza delle risorse necessarie per risolverlo o dinamizzarlo”* (Bleger, 1966).

Prendersi cura del gruppo significa tendere a fornire una possibilità per cui queste risorse possano crearsi, avere presente che le rigidità sostengono – e sono sostenute da – gli assunti di base costantemente operanti. Non sempre è possibile che questo avvenga, ma certo pensare di essere

all'interno di una relazione di continuo sviluppo e trasformazione mi ha aiutato a fronteggiare o scongiurare situazioni di arroccamento mie e dei colleghi.

La leadership si esercita anche attraverso l'attenzione ai talenti individuali, alla libertà di creare lavoro nel gruppo, alla predisposizione di tempi-spazi specifici e differenziati di riflessione.

Sarei stato un primario assente se mi fossi posto semplicemente – ed in modo falsamente ‘democratico’ – come ‘uno del gruppo’. La presenza in tutti gli atti clinici del servizio non è sufficiente. Sono necessari i raccordi con l'amministrazione, gli altri servizi e le altre agenzie. Sono necessarie le decisioni, le mediazioni come le prese di posizione.

Il modello verso cui tendere è per me ancora quello di un contenitore che si mantenga integrato senza divenire rigido.

Mantenere attiva ed ‘operante’ la riflessione personale su questi aspetti sarebbe stato impossibile per me se non fossi uno psicoanalista. In questo senso potrei riaffermare che *non c'è metodo psicoanalitico al di fuori della stanza di analisi, ma c'è l' essere psicoanalista che si realizza anche all'interno del Servizio.*

L'andamento della riunione con la quale ho introdotto questa presentazione fu favorito dal fatto che quel Servizio fosse diretto da anni da uno psicoanalista, fosse arricchito dalla presenza di operatori che avevano effettuato trattamenti psicoanalitici personali, Anna compresa, e da quella di infermieri ed assistenti sociali abituati a pensare, ad ascoltare i propri pensieri e le proprie emozioni in relazione con i pensieri e le emozioni dei pazienti e del gruppo dei colleghi.

Ho parlato di un Servizio che fa riferimento alla matrice relazionale all'interno della quale i nostri mondi interni si costruiscono, o non trovano vita, o si destrutturano; alle interconnessioni, e alle disconnessioni, emozioni↔pensiero, simbolico↔pre-simbolico↔de-simbolizzato, intrapsichico↔interpsichico, psiche↔soma, individuo↔gruppo, natura↔cultura.

Che cosa sarebbe accaduto se si fosse discusso di una situazione simile in un contesto diverso? Ovviamente non possiamo saperlo, possiamo solo immaginare schematizzando. Dove il pensiero condiviso fosse stata la priorità di una rapida eliminazione dei sintomi, che non può tenere in conto l'interrogarsi sui loro significati né concepire la loro importanza per esempio ai fini della sopravvivenza psicofisica del soggetto, o dove la sofferenza fosse ritenuta tout-court conseguenza di relazioni sociali distorte, si sarebbero probabilmente avuti percorsi ed evoluzioni differenti.

Il setting.

Quella riunione si svolgeva inoltre in un ‘setting’, uno dei tanti disposti in quel servizio, all'interno di un setting più ampio.

Setting nella concezione di Winnicott (1954, 1955), che ne sostenne l'importanza, quando il lavoro interpretativo non è [ancora] possibile, nei suoi significati di *holding*, che facilita la creazione delle basi per le possibilità del ‘venire ad essere’.

Setting secondo la metafora della cornice di M. Milner (1953, p. 130): [La cornice] “*contrassegna il diverso genere di realtà che è dentro di essa, per distinguerlo da quello che è fuori di essa; ma una cornice spazio-temporale contrassegna inoltre il particolare tipo di realtà di una seduta psicoanalitica. E nella psicoanalisi è l'esistenza di questa cornice che rende possibile il completo sviluppo dell'illusione creativa che gli analisti chiamano transfert*”.

Nel servizio le cornici, teatro di amore ed odio potenti, come di difese estreme da essi, sono continuamente sottoposte a tensioni, tentativi di effrazione provenienti da più parti, dall'interno e dall'esterno. Costantemente si deve provvedere alla loro manutenzione, essere pronti a modificarle, ad allestirle al bisogno. È per ciò necessario essere dotati di un consistente setting interno per poter essere aperti a nuove sperimentazioni. Proseguendo nell'utilizzo della metafora di M. Milner, disporsi con atteggiamenti simili a quelli adottati da due massimi artisti del XX secolo come Lucio

Fontana che bucando e tagliando lo spazio del quadro, lo estese a tutto l'ambiente, e come Alberto Burri che trasformò in opera d'arte i capannoni Ex Seccatoi Tabacchi di Città Di Castello - contenitori delle sue stesse opere - dando loro come cornice il cielo ed il prato circostanti.

Lo spazio-tempo della riunione clinica costituisce una di queste cornici; di questo setting – proprio come in una analisi l'analista – ritengo debba essere garante chi ha funzioni di leadership. Ma per costituirci come garanti occorre che per primi riconosciamo profondamente e possiamo utilizzare (setting interno) la funzione di quella cornice. Nell'esempio che ho fatto, dopo l'inizio contrassegnato probabilmente dal prevalere degli assunti di base di dipendenza ed attacco-fuga, si verificarono alcune trasformazioni del campo: dopo il mio commento ci fu la scena del “siamo umani, almeno credo...” di Anna, e si passò infine ad una situazione più fluida e vitale nella quale, accanto ai funzionamenti in assunto di base, era rilevabile anche quello secondo il gruppo di lavoro. Al termine della discussione l'immagine complessiva del paziente che emergeva era diversa da quella che si aveva in partenza (Searles, 1965). L'approfondimento biografico in particolare, con la reintroduzione della dimensione del tempo, aveva rivestito un ruolo rilevante. Fu possibile con questa nuova narrazione, che non sarebbe stata l'ultima, preparare il cambiamento che ne sarebbe conseguito.

Probabilmente non fu quella l'occasione, ma accade anche nel Servizio che sia possibile la creazione dello spazio potenziale (Winnicott, 1971), appartenente all'area intermedia dei fenomeni transizionali, all'interno del quale non sarà lecito chiedere a nessuno a chi possa appartenere questo o quell'altro oggetto.

Quello spazio potenziale, spazio del gioco e della creatività, che nella mia esperienza rappresenta una delle occasioni più atte a contrastare l'usura dei singoli e del gruppo.

Un fantasma nel “servizio”

Antonello Correale

Il tema del rapporto tra psicoanalisi e servizi psichiatrici è ormai molto antico e sarebbe meritevole di uno studio storico approfondito e ben documentato.

Quel che sembra certo, però, al momento attuale, è che tale tema vada radicalmente ripensato, direi, pure esagerando un po', come se ce lo ponessimo per la prima volta.

Negli ultimi anni, infatti, i servizi hanno subito mutamenti – di struttura e di clima di lavoro – così profondi e radicali, che l'applicazione alla nuova situazione di vecchi schemi di pensiero, suona come la riproposizione di qualcosa di valido e importante, sì, ma anche consumato, come un vecchio libro un po' impolverato.

Basti fare due considerazioni, molto generiche ma ampiamente sostenibili, che spero serviranno come introduzione all'argomento, che vorrei sostenere in questa introduzione al dibattito.

In primo luogo, qualcosa sullo stato dei servizi. Non c'è convegno, supervisione, consulenza o semplice interazione, in cui l'osservatore non sia colto dalla percezione di avere a che fare con gruppi, che si sentono in stato di assedio.

Naturalmente questo “trovarsi in stato di assedio” non pregiudica in molti servizi un buon livello di lavoro. Ma l'idea e la esperienza di un'intensa persecutorietà diffusa non stentano a farsi sentire.

Si è assediati dall'eccesso di richieste da parte dei pazienti. Si è assediati dall'eccesso di richieste da parte dei Dipartimenti. Si è assediati dall'eccesso di richieste da parte della società – famiglie, tribunali, istituzioni sociali. Si è assediati dall'eccesso di richieste in tema di responsabilità – civile e penale – verso i pazienti. Si è assediati insomma dalla percezione di non avere risorse sufficienti per affrontare il compito.

Ma a questo punto si pone un interrogativo ancora più inquietante. La mancanza di risorse – innegabile – è solo esterna – mancanza di fondi, di personale, di sedi – o anche si va profilando un assottigliarsi delle risorse interiori, una sensazione di un indebolimento di mezzi culturali, professionali, emotivi, o almeno della fiducia che riponiamo in essi?

E se le cose stanno così, possiamo limitarci a denunciare le strettoie finanziarie e non affrontare invece anche il tema di un rischio di un impoverimento delle risorse interiori e cercare almeno di coglierne alcune cause?

Vorrei adesso rivolgermi all'altro lato della questione, quello che ho chiamato l'aspetto storico della cultura di servizio.

In fondo, i servizi psichiatrici italiani sono debitori almeno di due grandi tradizioni culturali, oltre ad altre naturalmente. Ma qui vorrei limitarmi a queste, perché hanno sicuramente svolto nei servizi una funzione essenziale: quella basagliana e quella psicoanalitica.

Io credo che se riduciamo all'essenziale il discorso di Basaglia potremmo farlo coincidere col tema della “democrazia”: in tutta la sua vita, Basaglia si è sforzato di ridare voce a chi non l'aveva, far parlare chi finora non aveva mai potuto farlo.

E non solo farlo parlare, ma prenderlo sul serio, cogliere nel suo discorso spunti di verità, di rotture col noto, di scoperta, di cambiamento.

Un altro aspetto di questa prospettiva “democratica” è data dal tema della responsabilità: il malato deve poter decidere, partecipare alle assemblee, diventare “esperto” di vita democratica, imparare a dibattere, confrontare argomenti, soppesare prove e confutazioni.

Le decisioni si prendono insieme e questo responsabilizzare il paziente vuol dire restituire a tutta la comunità qualcosa che la comunità aveva perduto e che solo così può ritrovare.

È inutile sottolineare l'impatto che una scelta di questo tipo può avere sulla vita istituzionale: messa in discussione dei ruoli professionali, nuova funzione della leadership, accettazione di tempi lunghi, apertura di contrasti colle Amministrazioni.

Se guardiamo ora al campo psicoanalitico, possiamo svolgere la stessa funzione di “riduzione” (nel senso fenomenologico di ricercare elementi di essenzialità), riconducendo l’idea fondamentale della psicoanalisi nelle istituzioni a questo postulato di base: perché si possa fare psicoanalisi nelle istituzioni, tutto il contesto deve diventare psicoanalitico. Tutta la vita istituzionale deve essere sottoponibile a una lente di osservazione, che permetta a ogni singolo atto (dalla colazione alla mattina, allo scambio di battute con un altro paziente in sala d’attesa, all’errore di date di un appuntamento) una lettura, per così dire, “al di là del fenomeno”.

Tutta l’istituzione deve diventare un libro aperto, a ogni gesto va restituito il suo significato nascosto, il suo messaggio segreto. Tutti i grandi psicoanalisti istituzionali, pure colle loro differenze, - Racamier, Napolitani, Oury, Sassolas, per citarne solo alcuni – si sono ispirati a questa idea.

Ma anche qui, come nell’idea di democrazia cara a Basaglia, l’idea di contesto globale interpretante ha avuto ripercussioni incalcolabili sulla vita istituzionale, in primo luogo sulla funzione della leadership. È possibile continuare a esercitare una leadership con queste premesse? E poi, leadership amministrativa, politica, professionale e psicoanalitica possono coincidere?

Si sono create, così, a mio parere, delle contraddizioni tra postulati di base (“democrazia” e “contesto globale interpretante”) e realizzabilità pratica, la cui non risoluzione ha comportato un senso di amarezza, sconfitta, dubbio e sfiducia e cui la obiettiva difficoltà della situazione reale ha aggiunto fattori persecutori di cui tenere conto.

Non c’è dubbio che i “capi” illuminati abbiamo studiato formule molto interessanti per fronteggiare questo problema, principalmente attraverso l’uso di due strumenti, che sono diventati l’architrave del lavoro istituzionale: la supervisione e le riunioni d’équipe.

Nella supervisione, si punta a determinare un contesto protetto, in cui democrazia e contesto globale interpretante si realizzano in certi momenti del mese e dell’anno, nella speranza che il modo di funzionare in supervisione possa divenire un modello anche per gli altri momenti della vita istituzionale.

Peraltro, a tutti noi è nota la bellezza e la fecondità del lavoro di supervisione. Ma chi di noi si sentirebbe in coscienza di poter dire che il gruppo in supervisione è il prototipo del gruppo del servizio al lavoro? È come se la supervisione ci facesse vedere continuamente come potremmo funzionare, se ci si riuscisse.

Qualcosa di simile vale per le riunioni di équipe, che sono le eredi delle grandi assemblee basagliane d’apertura dei manicomi. Ma, purtroppo, chi può dire che veramente le riunioni d’équipe servono a mettere in discussione i meccanismi incrostati del funzionamento istituzionale e non ne sono invece, loro malgrado, un perpetuazione?

E la leadership, tanto invocata e tanto criticata, spesso giustamente, può conciliare, al suo interno, leadership istituzionale, psicoanalitica, clinica, amministrativa, legale, burocratica, economica?

Il quadro che ho tracciato può sembrare pessimistico, ma la mia proposta è esattamente opposta: è possibile partire da questa “diagnosi”, che naturalmente può non essere condivisa, e chiedersi come si possa ripensare il rapporto tra psicoanalisi e servizi psichiatrici, in modi non già sperimentati, ma, possibilmente, di novità?

Vorrei affrontare la questione proponendo due temi centrali della psicoanalisi, che stanno al cuore della psicoanalisi stessa e senza i quali la psicoanalisi non sarebbe più se stessa: il tema del fantasma e il tema del transfert.

So benissimo che il tema del fantasma è smisuratamente ampio e che questo non è certo il luogo per una sua rivisitazione, che peraltro sarebbe a mio parere molto opportuna.

Vorrei dire soltanto che per fantasma intendo una rappresentazione, in larga parte inconscia ma con propaggini nella coscienza, con caratteri di fisicità, rigidità, durata e difficile eliminabilità. Questa rappresentazione trasforma un processo in una immagine e quindi conferisce a ciò che un giorno fu una storia – la storia di un rapporto importante tra un bambino e un adulto o tra un maschio e una femmina, o tra un corpo e un altro corpo – una sintesi agglutinante e immobile, un oggetto mentale fermo e rigido.

Una modalità relazionale può essere caratterizzata da un predominio totale di un oggetto su di un soggetto. In questi casi, il soggetto assume in sé il modo di essere dell'oggetto, non riconosce più l'ambivalenza che caratterizza il rapporto, e così facendo, estrae, per così dire, dall'oggetto un'immagine che rappresenta soggetto e oggetto fusi in qualcosa di immobile, fascinante, paralizzante e terrorizzante.

Tutte le volte che compare il fantasma si percepisce nel flusso del discorso qualcosa di bloccato, come della sabbia nel cibo, un boccone non ulteriormente masticabile.

Nel caso della psicosi, il fantasma acquista la caratteristica ulteriore di uno "spettro" extraterritoriale, con caratteri a metà tra il demoniaco e il divino, un agglutinato, addensato, che affascina e terrorizza paziente e terapeuta.

Nel caso del borderline, il fantasma non ha caratteri "divini", ma rappresenta semplicemente un oggetto di forza preponderante, che ti chiede la vita senza darti nulla in cambio, e la cui comparsa mette in moto i movimenti impulsivi ben noti di questa struttura di personalità.

La mia tesi è che un gruppo, di fronte a un fantasma, corra il grave rischio di reagire coll'espulsione o con una sdrammatizzazione banalizzante. Se il paziente porta il fantasma – un nucleo delirante ricorrente, un ricordo colpevole paralizzante, una fantasia di veneficio, di incantamento, insomma un mondo fantastico, che ingloba il fantasma e lo rende presente – l'operatore prova istintivamente un desiderio di fuga e reagisce con atti conseguenti: consigli eccessivi, deleghe a altri operatori, ricoveri non strettamente necessari e così via.

Se non c'è una elaborazione possibile, al seguito dell'operatore, tutto il gruppo opererà nello stesso modo. Potremmo dire, bionianamente, che la reazione del gruppo al fantasma è l'assunto di base di attacco e fuga. Si rischia così di determinare, intorno al paziente, un campo vuoto, riempito di scelte "istituzionali" (centri diurni, comunità, visite domiciliari), che può lasciare scoperto il tema di base. Tutte le scelte operate acquisterebbero invece un altro senso, se effettuate all'interno di una lettura possibile e non come evitamento di quella lettura.

Il fantasma quindi va trattenuto e lentamente destrutturato, scomposto nei suoi pezzi; va ritrasformata l'immagine in processo, il blocco fantasmatico in storia, va restituito alla scena quella componente a due, che nel fantasma è diventata un'unità indissolubile.

C'è bisogno di due momenti, perché si effettui questa destrutturazione, il gruppo e l'individuo.

Il singolo terapeuta deve essere il primo contenitore, il gruppo l'altro contenitore. È da questa dialettica tra uno e altro, che può svilupparsi il discorso. Succede invece che si idealizzi la funzione del terapeuta senza gruppo o del gruppo senza terapeuta, col risultato di sentirsi tutti perseguitati, il terapeuta dal gruppo, il gruppo dal terapeuta, il paziente da tutte e due e così via.

L'altro tema riguarda il transfert. Vorrei qui riprendere l'idea, che già Freud considerava nel lavoro *Dinamica del transfert*, che il transfert non si verifichi solo nella stanza di analisi, ma in tutta la vita istituzionale.

Peraltro lo stesso Freud, nel celeberrimo scambio di lettere con Einstein su *Perché la guerra*, non ebbe difficoltà a proclamare che un aspetto essenziale della psicoanalisi è l'idea che l'uomo è portatore di Eros, inteso nel senso platonico (sono parole di Freud), oltre che di Thanatos, una spinta altrettanto forte a uccidere in sé ogni forma di desiderio.

Il transfert è quindi Eros, senso di perenne mancanza e perenne ricerca, continuo desiderio di nuovi rapporti, simboli, incontri, contatti, per realizzare un'assimilazione del mondo sempre più piena e sempre in parte mancante.

Quante volte, nei servizi, noi ci facciamo forti di questa potenza "erotica", e quanto spesso invece la consideriamo un ingombro, una perturbazione inutile, qualcosa da far disperdere nell'aria come una oppressiva radioattività perturbante?

"Se stessimo dietro a tutti, impazziremmo..." "I pazienti sono voraci..." "Non bisogna incrementare le dipendenze..."

Tutto vero, ma spesso, in questo nostro continuo difenderci, c'è un invito inconscio al paziente a bussare a un'altra porta, a riprovare all'infinito, insomma a cronicizzare un rapporto, che se accolto in altri modi all'inizio probabilmente non svilupperebbe necessariamente chissà quali dipendenze.

Le nostre sale d'attesa sono piene di pazienti che insistono e di terapeuti che rinviano.

Ancora una volta non parlo di tante grandi eccezioni, che per fortuna cambiano il quadro complessivo.

Possiamo arrivare alle conclusioni.

Il paziente ci presenta un fantasma, che ha bisogno, per essere destrutturato, di un transfert su un terapeuta e di un piccolo gruppo, che aiuti il terapeuta, senza prenderne il posto, nell'operazione di destrutturazione del fantasma stesso.

Se il fantasma non trova questa doppia "destrutturazione", nel transfert e nel gruppo, si effettua un meccanismo proiettivo reciproco. Nessuno parla col fantasma e il fantasma si vendica scorrazzando nel servizio, spaventando gli operatori e più spesso facendoli litigare.

Ma è possibile, nelle attuali condizioni, realizzare una combinazione di questo tipo? Terapeuta singolo, piccolo gruppo, leadership: tutti parlanti una sola lingua, che traduca nel linguaggio quotidiano i difficili linguaggi del fantasma e del transfert? È possibile insomma costruire una omogeneità tra gruppo paziente e terapeuta?

Avrei una proposta.

Vogliamo pensare a piccoli gruppi specializzati, che nell'ambito di un servizio comincino a creare questo tipo di funzionamento? Un gruppo per i borderline, ad esempio, o per gli esordi psicotici o per le doppie diagnosi. Non più di qualche unità, molto motivate e con una cultura comune, e una leadership dedicata solo a questo fine.

Certo vanno studiati i rapporti col servizio nel suo insieme, ma i fantasmi finirebbero in ambiti più ristretti, tra soggetti capaci di parlarsi e non troppo spaventati. E poi lentamente si determinerebbero nuove osmosi tra grande gruppo – che comunque sarebbe alleggerito dalla fatica di alcuni pazienti particolarmente difficili – e il piccolo gruppo, che dovrebbe mantenere col grande continui scambi, per evitare meccanismi di inclusione-esclusione e irrigidimenti di linguaggio.

Non sono meglio tre persone compatte e convinte, che dieci divise e semisconosciute le une alle altre?

Una proposta scandalosa? Pensiamoci.

DIBATTITO

6 maggio 2012

Psicoanalisi e servizi

Maria Giovanna Argese

Delle relazioni di Campoli e Correale che rispecchiano ampiamente la mia esperienza in un Dipartimento di Salute Mentale, vorrei sottolineare un punto fondamentale e cioè che l'incontro tra psicoanalisi e servizi avviene sul terreno del funzionamento del gruppo, gruppo nel quale l'operatore è immerso anche quando si trova da solo con il paziente, gruppo di operatori che seguono insieme un paziente, gruppo di discussione dei casi, gruppo allargato del dipartimento in cui la struttura è inserita, gruppo sociale ai cui bisogni risponde la sanità pubblica.

Come mantenere in buona salute il gruppo di operatori che si occupano del disagio psichico, nel senso di favorire la pensabilità e la trasformazione di contenuti emotivi anche molto drammatici, intensi che ci portano i nostri pazienti? Riducendo e semplificando il discorso per motivi di brevità di cui mi scuso, Correale suggerisce la costituzione di piccoli gruppi specializzati; mi sembra una buona indicazione che però va coniugata con le possibili difficoltà di collegamento tra la mini-equipe e il gruppo allargato; nella mia esperienza quello che può accadere è una sorta di scisma; ritengo tuttavia che sia un modo per introdurre dei cambiamenti in una situazione di stallo attuale, per come la descrive Correale, e si potranno successivamente affrontare le difficoltà. Campoli mi pare che indichi la necessità di una leadership caratterizzata da capacità psicoanalitiche, che sappia garantire un setting, la riunione di equipe soprattutto, per mantenere funzionante il gruppo. Sono assolutamente d'accordo e penso che quando questa leadership sia carente, il gruppo stesso debba faticosamente farsi carico della funzione mancante, costruendo altri spazi o facendo riferimento ad altri leader non gerarchici.

Personalmente ritengo che una difficoltà particolarmente pregnante che attraversa i servizi, è data dalla presenza di vissuti persecutori, un clima in cui c'è sempre un nemico. "La psicoanalisi tuttavia non si trova in contrasto con essa (la psichiatria) come il comportamento pressoché unanime degli psichiatri potrebbe far credere." (Freud, riportato da Campoli). "Si sono create....delle contraddizioni tra postulati di base e realizzabilità pratica la cui non risoluzione ha comportato un senso di amarezza, sconfitta, dubbio e sfiducia e cui la obbiettiva difficoltà delle situazione reale ha aggiunto fattori persecutori di cui tener conto." (Correale). Credo che sia necessario per quanto difficile, mantenere aperto lo sguardo sia alle dinamiche interne dei vissuti persecutori indotti dall'occuparsi della sofferenza psichica, sia alla realtà esterna; sono due livelli interconnessi che anche nel mio lavoro psicoanalitico privato ho sempre presenti. Allora per esempio, come considerare il conflitto tra le categorie professionali nei servizi di salute mentale? (si chiamano così e non servizi psichiatrici!). Certo tale conflitto è uno dei possibili modi in cui si declina, o si evacua, la tensione emotiva prodotta dal lavorare in gruppo con pazienti che ci propongono tematiche difficili, dolorose, ma è anche espressione di un problema che si può e si deve affrontare in sede organizzativa e di politica sanitaria. In questo senso, penso che la formazione psicoanalitica mi aiuti a tollerare e, a volte, chiarire la complessità che può diventare confusione tra i vari piani che si intrecciano nel lavorare in un servizio.

Infine vorrei ricordare il recente convegno a Roma sul lavoro psicoanalitico nei servizi: siamo in una fase di disillusione rispetto alla spinta che ha accompagnato la nascita dei servizi e ai valori che ne hanno segnato l'espansione; le attuali ristrettezze economiche con la grande incertezza sulle possibilità di un ricambio generazionale nei servizi non fanno presagire nulla di buono e la maggior parte degli operatori si avvicina alla pensione, in assenza del turn over, in una situazione in cui

aumentano i pazienti che si rivolgono al pubblico. Ma nonostante ciò, sono stati raccontati nel convegno, incontri terapeutici importanti e forse fondamentali per la vita delle persone. Allora mi chiedo come poter dar voce alle buone esperienze che si svolgono nei servizi, come valorizzarle; inoltre, forse vale la pena sottolineare quanto diceva Winnicott, rispetto alla possibilità di seguire solo pochi pazienti molto gravi: prendere in carico anche pazienti meno gravi, piuttosto che espellerli perché non c'è posto, paradossalmente può migliorare la buona salute del gruppo di lavoro, perché attiva aspetti di fiducia e di gratificazione professionale che permettono di affrontare quelle situazioni in cui questi vissuti sono scarsi o più spesso annullati, ed è particolarmente difficili mantenerli vivi.

6 maggio 2012

Qualche nota su Psicoanalisi e Servizi

Carmelo Conforto

Accennerò alle esperienze e riflessioni maturate negli anni in cui ho lavorato in clinica psichiatrica e poi nella supervisione di Comunità Terapeutiche cercando (in tutte e due le situazioni) di non trascurare (prima di tutto in me, poi nella dimensione del gruppo) quell'area mentale che permette di vedere quello che immediatamente non è rilevabile (parlo della funzione psicoanalitica della mente). Necessariamente ho trascorso molto tempo a avviare un progetto di trasformazione dei gruppi di operatori psichiatrici nel tentativo di renderli più attrezzati alle attività di lavoro¹ (infermieri, educatori, psicologi, psichiatri), ovvero in grado di avvicinarsi alla percezione degli accadimenti attraverso una prospettiva psicoanalitica.

Credo che quello che sto scrivendo contenga stretti riferimenti a un patrimonio di esperienze e conoscenze costruito grazie alle attività *convergenti* (almeno per molti aspetti) di *psicoanalisti impegnati nei Servizi*. In particolare, nel nostro dibattito, con affermazioni di Correale e Campoli. Campoli ribadisce che non possiamo, nei servizi, trasferire il metodo psicoanalitico, è chiaro, specie se intendiamo ciò che è pertinente al lavoro analitico (alla *situazione analitica*, secondo Bleger, 1967²), osservando le regole del setting, associazioni libere, lettino... Sono assolutamente d'accordo che è necessario fare affidamento alla nostra *identità psicoanalitica*, all'atteggiamento mentale psicoanalitico, così come Campoli scrive mettendo in particolare rilievo la necessità di ricorrere alla *capacità negativa* (Keats-Bion). Trovo quest'ultimo riferimento del tutto sintonico con il mio pensiero: in un lavoro del 2005³ centrato sullo stesso tema proponevo la *capacità negativa* come la funzione mentale che viene utilizzata quando si è in contatto con sentimenti di persecutorietà nati dalla percezione dell'assenza di un significato, dal segnale di una ricerca inconclusa. Nello stesso lavoro, per cercare di chiarire la funzione del supervisore in una Comunità, mi spostavo dal consueto linguaggio della psicoanalisi per riprendere i concetti di *epistastai* e di *técne* proposti da Heidegger⁴ in una rilettura del pensiero di Eraclito. Mi era parso che i due termini chiarissero da un vertice differente (ma non in contraddizione) il nostro lavoro di supervisori. Il verbo *Epistastai* significa "porsi davanti a qualcosa ... affinché per mezzo di esso qualcosa si mostri, vale a dire si mostri proprio a noi" (p. 132). Il senso del termine *técne* per Heidegger "...non è il fare e il costruire, ma l'umano portar fuori qualcosa nel non nascondimento, affinché

¹ Ne ho parlato ad esempio in *Un tentativo di formazione di gruppo con infermieri* (1997), Il Vaso di Pandora, Vol. V, n° 3.

² Bleger, J. 1967, "Psicoanalisi del setting psicoanalitico", in: Genovese, C. (a cura di) "Setting e processo psicoanalitico", Cortina, Milano.

³ Conforto, C., 2005, *Il "rumore" della tecnica come impedimento al dispiegamento della "técne"*, Gli Argonauti, n° 107.

⁴ Heidegger, M., 1979, "Eraclito", Mursia, Milano, 1993.

dispieghi la sua presenza” (p. 133). Infine: “*l’epistème* (il porsi davanti a qualcosa), *l’averne un sapere di qualcosa e la t cne*, *l’intendersi di qualcosa sono cos  strettamente congiunti nella loro essenza*” (p.134).

Accade che il gruppo proponga un racconto centrato su un paziente e che la presentazione del testo narrativo sia la risultante di una “*memoria*” collettiva in cui si lavora sulla presenza dell’assente. In questa condizione l’*immaginario* tende trappole, rispondendo ad inconsci stati d’animo del gruppo (ansia, desideri contenitivi ed espulsivi, intolleranza e benevolenza ..) ambigualmente inserendo dati e ricostruzioni emotive che pongono il supervisore di fronte al tema della *finzione*.⁵ Stati d’animo del gruppo che sono espressione di quanto Correale scrive a proposito del tema del *fantasma* e del *transfert*. Credo inoltre che, a un livello che permane perlopi  inconscio, i nostri gruppi spesso confermino quello che pensa Main (1975)⁶, ovvero il desiderio-necessit  degli operatori di incontrarsi con il gruppo dei pazienti “*per agire in collusioni realistiche ma anche fantastiche entro un sistema gerarchico collusivo. Quelli che aiutano in modo attivamente proiettivo richiederanno che gli altri abbiano bisogno d’aiuto, mentre questi richiederanno ai primi di dare aiuto. In questo modo sia lo staff che i pazienti sono cos  inevitabilmente in una certa misura creature gli uni degli altri*”.

Propongo, come tentativo di esemplificazione (parziale) una situazione di supervisione in Comunit , in cui la lettura del *chi   questo paziente*   determinata da una necessit  del gruppo di uscire da uno stato di confusione e dall’angoscia di sentirsi strappato dal proprio ruolo. Si tratta di un ragazzo di vent’anni, che ha trascinato i Servizi a dibatterne la diagnosi : tossicomane, psicotico, personalit  asociale. Il sanitario del servizio inviante, scavalcando le diagnosi, lo ha definito “un poco di buono” da inserire in Comunit , luogo che lo proteggerebbe da ulteriori guai (droga, spaccio, furti, galera). Quanto a star meglio...-La storia   proposta tra smorfie, occhi al cielo, cosa ci   capitato,   aggressivo, ha rovesciato il carrello dei farmaci. In sintesi la conclusione che sento io dovrei avvallare: “ E’ meglio liberarci di lui”.

Penso, confusamente, che il gruppo per recuperare il proprio ruolo, abbia bisogno del mio consenso per strappare all’ospite l’identit  di “paziente” e sostituirla con un giudizio morale negativo, che neghi ogni psicopatologia e consenta di alienarlo dalle funzioni della comunit . Mi sento forzato da comunicazioni ricche di violenza, pre-costituite, che mi allontanano dalla mia identit . E’ in occasioni come questa che la *capacit  negativa* del supervisore, come ha ricordato Campoli, consente di attendere che si riapra uno spazio mentale in cui *contenere* l’angoscia (elementi beta) e recuperare la funzione alfa-pensiero. Brevemente, per concludere, dopo una lunga pausa affollata da violenza emotiva, rabbia, proiezione della colpa, rispondendo a miei interrogativi, iniziano a comparire frammenti di episodi che propongono un individuo diverso: “Sta spesso a letto, inerte” “E’ vero,   uscito dalla comunit  senza permesso, per    stato fermo, sotto la pioggia, accanto alla porta”, “ha dato l’impressione che aspettava solo di essere riportato nella comunit ”, “ha pianto, qualche volta, nella sua stanza”...

La mutata narrazione mi consente di sottolineare la svelata sofferenza, la sensazione di un sentimento del S  svuotato di energia e senso, un specie di burattino inerte a cui alcol, droga, rabbia, restituiscono imprevedibilmente momenti di instabile e dolorosa vitalit . Si rivela cos  al gruppo (*epistème* e *t cne*) la negata patologia e la possibilit  di riprendere contatto con la propria “identit  terapeutica”.

⁵ Questo tema, come   noto,   dilatato nel libro di Paul Ricoeur,(1998) “*Ricordare, Dimenticare, Perdonare*”, Il Mulino, Bologna, 2004.

⁶ Main, T.,1975, “*Alcuni aspetti psicodinamici dei gruppi allargati*”, in: Kreeger, L. “ (a cura di) “ **Il gruppo allargato**”, Armando, Roma, 1978.

8 maggio 2012

Riflessioni sulla psicoanalisi nelle istituzioni psichiatriche

Marco Ramella

Lavoro come psichiatra in comunità terapeutiche e in servizi territoriali da più di vent'anni.

In questi lunghi anni non ho mai smesso di interrogarmi sul mio ruolo di psicoterapeuta con formazione psicoanalitica, prima, poi di psicoanalista, in ambito istituzionale.

Sono felice di potermi confrontare nel dibattito in corso con colleghi che hanno un percorso professionale simile al mio.

Il testo efficace e sintetico con cui Correale inaugura il dibattito su "Psicoanalisi e servizi psichiatrici" individua alcuni aspetti del funzionamento istituzionale pubblico alla luce di una prospettiva storica - quella italiana-, che spesso si dimentica.

Ormai, buona parte degli operatori sanitari dei servizi psichiatrici sa ben poco di Basaglia, oltre al fatto che, purtroppo, i più non hanno una formazione psicodinamica (neppure in senso ampio).

Eppure, è verissimo che tutte le équipes dei dipartimenti di salute mentale funzionano, in modo più o meno consapevole (purtroppo più automatico che consapevole!), sul modello basagliano-psicoanalitico, che rimane costantemente sullo sfondo del lavoro psichiatrico (nessuno negherebbe, in una discussione, il ruolo della democrazia che 'deve' coinvolgere anche e necessariamente i pazienti; tutti hanno il diritto di esprimere una interpretazione in psicoanalitico).

Ma è una mentalità, la nostra psichiatrica istituzionale, che funziona come una sorta di feticcio, un'entità tanto necessaria, quanto non pensata.

Mi è capitato spesso di pensare che delle vicende della psichiatria post legge 180, del grande cambiamento vissuto in quei tempi e dello spirito che lo animava, è rimasto ben poco.

Forse, tutto ciò che rimane si riduce a una sorta di 'tappabuchi', un 'passe-partout' linguistico da cui attingere parole, appunto, e atteggiamenti, per lo più deprivati di autenticità e di senso, volti a evitare l'angoscia della follia e del vuoto -di pensiero clinico-.

Mi sembra di poter dire che la rappresentazione pseudo-teatrale, quasi isterica (in senso patologico) della democrazia e della psicoanalisi, è di scena tutti i giorni nei servizi e ha assunto i connotati di un sintomo ego-distonico, sia se i primari sono formati secondo l'ideologia basagliano-psicoanalitica, sia quando vantano la loro distanza da tale modello.

Questa modalità di funzionamento mi sembra crei un indubitabile scollamento tra il fantasma fondatore (fantasma inteso nel registro del mito fondatore) e l'agire terapeutico, che, nei fatti, si traduce in una impressionante collusione e/o evacuazione dei fantasmi (fantômes, secondo Abraham e Torok, 1987) prodotti dai pazienti e ben descritti nel lavoro di Correale.

Anzi, propongo alla discussione se non è il caso di esaminare, quando si parla di servizi psichiatrici, proprio due tipi di fantasmi.

I fantômes di cui parla Correale (vedi sotto), e il 'fantasma fondatore', che dovrebbe essere la principale fonte del pensiero clinico inteso come forma e modello del nostro rapportarci con i pazienti, a prescindere dalle teorie di riferimento. Un fantasma fondamentale, questo, che spesso aleggia come il "conosciuto non pensato" di Bollas (1987) nel "campo istituzionale", costituendo il modo stereotipato e abitudinario per eccellenza di svolgere il proprio compito.

L'altro fantasma, il secondo, descritto appunto da Correale, è riconducibile al "fantôme" strettamente connesso alle "cripte" incorporate nell'apparato psichico di alcuni pazienti...

Mentre il fantasma fondatore, se non è adeguatamente vissuto e pensato, instaura una non evoluzione del pensiero, un blocco della creatività, una ripetizione dell'uguale, per cui alimenta fenomeni di cronicità negli operatori e nei pazienti, il fantôme funziona come elemento **segreto** destrutturante e delirio-genico: inserito nel meccanismo istituzionale come nucleo agglutinato,

induce negli operatori un'attitudine incestuale (Racamier, 1995), e, più spesso, un'attitudine espulsiva.

In assenza di pensiero clinico pensato ed elaborato, come è nel caso dei fantômes, si producono meccanismi collusivi, confusivi, profondamente anti-terapeutici.

Possiamo pensare a questo punto che il dilagare dei fantasmi sia in stretto rapporto con la difficoltà a prendere contatto in modo autentico con il fantasma fondatore dell'istituzione?

Mi viene da pensare, a questo punto, che, in Italia, la necessità di modificare profondamente la psichiatria manicomiale abbia imposto una sorta di alleanza politica tra il modello basagliano, già ampiamente politicizzato in sé, con il modello psicoanalitico percepito come modello emancipativo soprattutto nella sua declinazione freudiana-marxista.

Entrambi i modelli, enfatizzando l'aspetto liberatorio dalla ideologia psichiatrica di impronta organicista vigente nei manicomi, hanno portato a loro volta a un progressivo impoverimento della psicopatologia psicoanalitica, con una perdita di interesse verso la riflessione teorico-clinica sulle gravi patologie psichiatriche, relegando da un lato la cura psichiatrica ad un -seppur necessario- movimento di liberazione politica, e, dall'altro, confinando l'aspetto psicoterapico a impronta psicoanalitica ad una modalità di rapporto duale medico-paziente da praticare nella solitudine del proprio studiolo istituzionale, senza alcun interesse sull'assetto e sul funzionamento dell'istituzione. Per altri versi, come temeva Racamier (1972), una tale modalità ha eluso il problema di un pensare psicoanalitico adattato all'assetto istituzionale, portando ad organizzare l'istituzione curante sul modello del sogno, con la conseguenza di creare "muri simbolici" molto più opprimenti e difficili da abbattere di quelli concreti dei manicomi, che hanno relegato la realtà nell'ambito del negativo, creando così microcosmi istituzionali "di sogno", avulsi e addirittura difesi dall'impatto con il sociale.

L'inevitabile fallimento terapeutico di una tale impostazione ha lasciato agli eredi di coloro che, anni fa, hanno fondato queste istituzioni, un senso di impotenza e di inadeguatezza per non aver potuto e saputo portare a termine una sorta di mandato istituzionale trans-generazionale che si è tradotto in sentimento depressivo rispetto ad un paradiso perduto- peraltro inesistente-, o, più spesso, in un cinismo e disinteresse sadico verso il dolore dei pazienti.

Abbiamo di fatto mantenuto, come accennavo all'inizio, un formalismo psicoanalitico svuotato di ogni contenuto e privo di un vero agire terapeutico.

Ci troviamo ora a gestire servizi psichiatrici i cui operatori hanno perso lo slancio creativo e motivazionale, non solo come conseguenza della aziendalizzazione dei servizi e delle difficoltà economiche, ma anche perché è venuta meno la spinta ideologica che rimaneva un forte richiamo ad essere soggetti curanti anche in situazioni emotivamente difficili.

A ciò si è aggiunto, per ragioni da approfondire, quello iato tra psicopatologia psichiatrica e psicoanalisi che ha fatto smarrire alla psichiatria i possibili apporti della psicoterapia psicodinamica, e, alla psicoanalisi, l'apporto e gli approfondimenti della psicopatologia psichiatrica, con il risultato che entrambi si sono impoveriti, e gli operatori, smarrendo i punti di riferimento clinico-teorici ("lo spirito della cura"), si sono in parte persi.

Rimane il problema posto da Correale: come gestire i fantasmi fonte di persecutorietà e di cinismo espulsivo. Non c'è dubbio che una leadership psicoanalitica, come proposto da Campoli, abbia in sé più possibilità di gestire dinamiche ed assetti istituzionali, ma è pur vero che questo implica una profonda rivisitazione dei modelli di cura che abbiamo ereditato da chi ci ha preceduto, un cambio di mentalità (dello psicoanalista), e un nuovo interrogarsi sul suo ruolo nelle istituzioni.

Quale è allora il posto dello psicoanalista nei servizi?

Innanzitutto, secondo me, una istituzione non deve essere il luogo dove, con pazienti e operatori, lo psicoanalista cerca di inverare i suoi modelli di riferimento.

Rimango convinto del fatto che tutti, e soprattutto noi psicoanalisti, abbiamo sempre da imparare sul serio, anche se oramai vecchi e stanchi, innanzitutto dai nostri pazienti, poi anche dai nostri collaboratori infermieri educatori od assistenti sociali.

Penso che uno dei fantasmi più inquietanti possa diventare il nostro modello teorico di riferimento, qualcosa che ha a che fare con un sapere superiore ed inaccessibile, che, quando non è confermato da una buona riuscita clinica, può tradursi in senso di svalutazione del paziente anche da parte degli operatori, che talora possono non sentirsi all'altezza del nostro complicato sapere. (Ricordo che, durante gli anni della specializzazione, il prof. De Martis ci vietava nelle riunioni di equipe l'uso della terminologia psicoanalitica).

Fa parte del mio modo di lavorare in ambito istituzionale, pensare che se un paziente non accetta quello che io posso dirgli o interpretargli, sono comunque io che sbaglio, così come, se una mia riflessione su un paziente non è compresa dai miei collaboratori, non sono loro che non la capiscono e non vogliono accettarla, ma sono io che non l'ho abbastanza chiara in me stesso. Insomma, il posto dello psicoanalista nell'istituzione è sempre un posto vuoto, una sorta di "imago zero" come direbbe Pasche (1988), che non viene riempita per sapere supposto, carisma, o qualità di leadership, ma per scelta dal basso sulla base della capacità di risolvere e gestire le difficoltà o, per dirla nel nostro gergo, di riuscire a stare nel transfert, per gestirlo come facciamo con i nostri pazienti (che ci **pagano**, in analisi).

11 maggio 2012

L'epopea dell'analista chisciotte

Guido Saltamerenda

Anche stimolato dalla lettura delle relazioni e dei commenti di chi mi ha preceduto (sentendole in alcuni punti condivisibili), come psichiatra che lavora, tuttora e da vari anni, in un ambulatorio di Salute Mentale, scorrono e mormorano dentro di me sensazioni ed esperienze variegate: condizioni di lavoro spesso deficitarie nelle risorse, nella qualità ed organizzazione, nella formazione ed aggiornamento; conoscenza di persone più o meno sofferenti, più o meno pazienti e curanti, lungo un confine talvolta non tracciabile, scambiabile.

Certamente frequente, ed immediatamente grottesco, quasi caricaturale, quando la professione, qualunque e dovunque sia, nello specifico dei servizi come nei convegni, nelle supervisione come nella clinica, altrove e dentro di noi, incarna rigidità e stereotipi culturali, mostrandosi fasulla e quasi priva di funzioni evolutive.

Ma è umano e quasi universale, anche tra gli analisti, alternare la persuasione di essere autentici, quindi calati ed operativi nella realtà immanente, a tracolli dell'identità ed aderire, inconsapevolmente o meno, a finzioni rigide.

La finzione è parente del sogno e della fantasia, ma ne ha smarrito il potenziale creativo, divenendo coatta e sterile, non potendo imbattersi nell'esperienza nuova (?) che attrae ma confonde ed impegna.

La preoccupazione è fondata quando tali stereotipi divengono prevalenti.

Ma altrettanto stridente e posticcia, è l'accentuazione lirica, quasi mitologica del proprio lavoro. Nell'esagerazione, così diffusa, del prendersi sul serio, assumendo pose (interne e non) francamente teatrali, lo psichiatra, così come l'analista, sembra tralasciare un'ovvietà: è innanzitutto persona formata per cercare di vedere e comprendere (risolvere..) la sofferenza psichica, quindi diminuirne il potere clandestino ed imprigionante.

Vi è grande differenza tra un marinaio che solca il mare cercando via via di rimanere in sicurezza, pescando dentro di sé e nell'esperienza altrui rotte percorribili e mete condivise, trovando approdi desiderati, e invece l'allegoria dell'eroe divinizzato, preimpostato e quindi inadeguato e goffo nell'affrontare l'attualità (per noi clinica). Vi è un bisogno decisamente narciso, anche riconducibile a profonda fragilità interiore non bonificata, nell'entrare nella parte dell'eroe (di cartavelina). In tale campo, il capitolo della filiazione forzata ad ormai divenuti relitti teorici, spolpati del loro

pensiero creativo abbracciato all'esperienza, quindi la perdita dell'aiuto alla praticità nella clinica, semplicemente è moneta falsa, che non scorre.

21 maggio 2012

Dall'egemonia alla dialettica. Riflessioni di uno psicoanalista “di espressione psichiatrica”

Giuseppe Martini

Vorrei iniziare con una sorta di parafrasi. Discutendo del rapporto tra fede e filosofia Paul Ricoeur ebbe a dire “Io sono, da una parte, un filosofo e basta, e anche un filosofo senza assoluto (...). E dall'altra, un cristiano d'espressione filosofica”. (Penso intendesse che il suo compito in quanto filosofo non fosse quello di “piegare” la filosofia all'interno della religione, quanto piuttosto quello di essere filosofo tout court, pur riconoscendosi anche come cristiano che si esprime attraverso la filosofia).

Ed ecco come trasformerei la sua affermazione per tentare di esprimere sinteticamente la mia posizione in relazione al dibattito in corso: quando lavoro nel Dipartimento di Salute Mentale cerco di pormi come “uno psichiatra e basta, e anche come uno psichiatra senza assoluto”, pur riconoscendomi nel contempo come uno “psicoanalista di espressione psichiatrica”, vale a dire che esprime la sua identità di psicoanalista anche attraverso il lavoro in ambito istituzionale.

Questa posizione non mi sembra dissimile da quella assunta da Campoli laddove sostiene “la possibilità di essere psicoanalista mentre si lavora all'interno del servizio psichiatrico” e insieme che “nei servizi lo psicoanalista non può trasferire la psicoanalisi intesa come il metodo psicoanalitico”.

Ne conseguono tre punti di importanza rilevante che vorrei offrire al dibattito.

Il primo rinvia alla necessità di rinunciare a una posizione “egemonica” della psicoanalisi all'interno dei servizi (che io stesso auspicavo in un lavoro di oramai molti anni fa) a favore di una posizione che privilegi il dialogo tra le teorie, ma al tempo stesso le ricomprenda all'interno di un'idea di psichiatria pluralista sì, ma nettamente “schierata”. Quella che io chiamo la *prospettiva ermeneutica in psichiatria* (ma possono benissimo essere utilizzate altre terminologie, ad es. *psichiatria interpersonale* o *psichiatria dell'ascolto*) è un *modo d'essere* attento, nella relazione, ad alcune concetti-guida, e a tutte quelle forme da essi derivate di “agire in modo empatico e comunicativo”, un “agire” che in un certo senso viene prima (o dopo?) della teoria e si misura piuttosto sul piano di una competenza umana e relazionale di base.

Ho illustrato altrove queste “parole-guida” (Martini, 1998 e 2005), che qui mi limiterò semplicemente a elencare: *interpretazione – dialogo – alterità- circolo ermeneutico – dialettica-simbolo- linguaggio - rappresentazione – irrappresentabile- soggetto*. Per alcune di esse sarebbe forse utile una chiarificazione, ma –limitandosi a una visione d'insieme- vorrei solo enfatizzare il richiamo all'irrappresentabile e all'alterità per ricordare come l'incontro con il paziente accada sempre a partire dal tentativo di superare attraverso il dialogo una estraneità, o all'estremo una incomprendibilità, che ci confrontano anche, e spesso dolorosamente (ma comunque proficuamente), con il problema del limite: il limite della teoria, e insieme il limite dell'irriducibilità dell'altro a me.

La *seconda* considerazione si riferisce al fatto che, sebbene per sua natura la posizione ermeneutica rimandi al dialogo, essa è non di meno schierata in modo forte e dichiarato. Vorrei anzi testimoniare la mia propensione per un'ermeneutica del conflitto che accompagni, o forse preceda, l'ermeneutica del dialogo. Dunque, non bisogna ignorare quelle posizioni che l'ermeneutica riconosce antitetiche e nemiche: il sapere positivo (che ignora il limite e l'incomprendibile) – il riduzionismo (specie, ma non solo di matrice biologica) – la scomparsa del soggetto – il disconoscimento dell'alterità. Ad esse aggiungerei, più...prosaico ma altrettanto funesto, quel processo di “aziendalizzazione”, o

meglio “pseudoaziendalizzazione”, che ha rappresentato una sorta di “canto delle sirene” per tanti nostri colleghi, affascinati dalla possibilità di scoprire le più recondite pieghe della sofferenza mentale attraverso un corso serale accelerato presso qualche illustre scuola di economia...

Il *terzo* punto di rilievo è la propensione, anche all'interno del lavoro psichiatrico, per una (difficile e mai garantita) *posizione dialettica*, che spinga a muoversi in continuazione da un piano in cui prevale l'essere psicoanalista ad un altro in cui a prevalere è piuttosto la posizione istituzionale. Metodologicamente, questo non è difforme dall'adozione di un punto di vista dialettico nella stanza d'analisi (in cui mi riconosco come psicoanalista), sebbene beninteso le polarità varino quanto a contenuto. Nell'ambito della psicoanalisi l'oscillazione può svilupparsi dal piano dell'intrapsichico all'interpersonale, oppure dal piano delle rappresentazioni inconscie a quello dell'irrepresentabile, o infine – per dirla con I. Hoffman (1998) - dal ritualismo del setting alla spontaneità della relazione. Nell'ambito dei servizi per la salute mentale questa dialettica si pone tra l'atteggiamento empatico e l'atteggiamento direttivo nei confronti del paziente, tra la relazione col sintomo-simbolo e l'“aggressione” (farmacologica) al sintomo-segno, tra una posizione di contenimento emozionale e una posizione decisionale nei confronti del gruppo di lavoro, e così via. Ho sempre apprezzato e voglio ricordare anche qui quel movimento di “va e vieni” di cui parlava Feinsilver (1998) a proposito dell'analista oggetto delle fantasie inconscie dell'analizzando e dell'analista come persona, movimento di “va e vieni” cui penso sia (proficuamente) costretto anche l'operatore dei servizi sia nei confronti dei pazienti che dei colleghi.

A partire da una siffatta prospettiva generale vorrei proporre qualche riflessione più specifica, cercando di confrontarmi con le due relazioni d'apertura. Innanzi tutto ritengo che tra le possibili oscillazioni (dialettiche ma anche a rischio di rimanere sterilmente oppostive!) cui sopra mi riferivo, una cui occorre fare particolarmente attenzione per i pericoli insiti nelle sue possibili declinazioni operative è *l'oscillazione paranoide depressiva*. E' infatti estremamente facile per il gruppo di lavoro assumere una configurazione paranoide –che tra l'altro può rapidamente ricollocare il persecutore dall'esterno all'interno. Tale configurazione, per cui è bene appropriata l'espressione utilizzata da Correale di “stato d'assedio”, è indubbiamente implementata da fattori di realtà, quale lo stato attuale dei nostri servizi sanitari e la riduzione delle risorse, ma il suo nucleo più profondo sta in una sorta di rapporto “onfalocentrico” con l'Istituzione, percepita come una madre da cui ci si attende nutrimento infinito e che, nel momento in cui “ritira il seno”, è vissuta immediatamente nella sua ostilità, con difficile possibilità di integrazione dei diversi aspetti, solitamente depositati in figure istituzionali diverse (e cangianti). Il vissuto di lutto di cui parla Campoli, magari collegato con un momento drammatico del servizio (uno dei più dolorosi è il suicidio di un paziente) diviene allora un'occasione importante perché il gruppo ritrovi al suo interno una solidarietà “depressiva” a carattere benefico ed evolutivo, purché a questo non faccia seguito l'individuazione di nuovi persecutori esterni.

Questo mi porta a evidenziare una seconda criticità dei servizi, che ritengo alquanto frequente: lo *squilibrio tra condivisione e appartenenza*. Il mancato reperimento di questo difficile punto di equilibrio può esprimersi nelle infinite quanto sterili diatribe tra operatori che, pur *condividendo* il lavoro all'interno dello stesso DSM, *appartengono* a servizi diversi, e adottano di conseguenza un diverso vertice osservativo: CSM, strutture intermedie, SPDC. Questa situazione in cui l'appartenenza a un gruppo (o sottogruppo all'interno dello stesso servizio) è “troppo forte” rispetto alla condivisione di un macro ambito istituzionale (e -ciò che più conta- rispetto alla condivisione degli stessi pazienti!) mina alle fondamenta le possibilità di un intervento (davvero) integrato. Questo il motivo per cui, pur apprezzando e ritenendo ben fondata l'ipotesi di Correale di “piccoli gruppi specializzati” costituiti da persone “compatte e convinte”, temo non possa essere risolutoria sino a quando non vengano ricalibrati quei “rapporti col servizio nel suo insieme” la cui riconfigurazione non può essere procrastinata ad un momento successivo. Detto in altri termini, non penso che “tre persone compatte e convinte” possano produrre un vero passo avanti sino a che il servizio nel suo complesso rimane formato da “dieci divise e semiconosciute”. Meglio allora,

come ricorda Campoli, esplicitare il conflitto e portarlo alle sue naturali conseguenze, piuttosto che tacitarlo lavorando in stanze separate (come invece potrebbero fare senza troppi problemi due analisti di valore, ma in aperto conflitto teorico o personale tra loro).

A questo punto, pur riconfermando la mia posizione critica nei confronti del ruolo egemonico della psicoanalisi nei servizi, retaggio degli anni Ottanta, vorrei però concludere ribadendo anch'io quei punti di forza che tuttora, a mio avviso, conservano pienamente la loro validità, come mi sembra emerga anche da ambedue le relazioni introduttive: la "supervisione", che preferirei chiamare più neutralmente *discussione clinica* e l'*elaborazione delle dinamiche affettive* (che ricomprende anche quanto va sotto il nome di transfert). Penso che questi siano i punti di forza cui tenersi ancorati, pur nella rivisitazione e nel rinnovamento costante di cui abbisognano, punti di forza tra l'altro esportabili anche all'interno degli ospedali e della pratica medica in generale, per qualificare e dare ulteriori contenuti a quel paradigma della *medicina narrativa* che sembra oggi rappresentare una alternativa seria alla generale disumanizzazione del rapporto medico paziente. Potrà la psicoanalisi in posizione di umiltà e con spirito di dialogo riuscire a operare quella trasformazione dei servizi che le è riuscita solo parzialmente quando, in America negli anni Cinquanta-Sessanta e in Italia uno-due decenni dopo, poteva valersi di un apprezzamento generalizzato, ma forse troppo "di superficie"?

22 maggio 2012

Un posto per la psicoanalisi.

Basilio Bonfiglio

C'è un aspetto comune delle due relazioni di apertura di questo dibattito che le accomuna e che mi ha particolarmente colpito forse perché coincide pienamente con quella che è la mia visione (Bonfiglio, 1999). Mi riferisco all'attitudine ad osservare quanto accade nel Servizio da un vertice, quello psicoanalitico, per cogliere tutti gli accadimenti nella loro globalità e allo sforzo di tenere presenti contemporaneamente sia il livello fantasmatico che quello più comunemente inteso come reale. Si coglie nello sguardo che Campoli ci mostra in azione riferendoci di un momento della vita istituzionale, ma lo afferma con altrettanta forza Correale quando dichiara che tutto il contesto deve diventare psicoanalitico e di ogni gesto occorre trovare anche il significato 'altro'. Mi sembra importante perché rimanda ad una utilizzazione della psicoanalisi come metodo (nell'accezione di uso simultaneo del doppio sguardo) e non semplicemente come tecnica. Mi pare un punto significativo perché permea di sé tutto il pensare e l'agire successivo.

Naturalmente, quella a cui loro fanno riferimento è in certo senso una situazione privilegiata e, credo, minoritaria nella misura in cui la rispettiva collocazione istituzionale consentiva loro di gestire unitariamente il Servizio, pur nelle difficoltà insite all'interno di un'istituzione nella quale l'unico elemento stabile è quello della instabilità, con ristrutturazioni, trasformazioni e progetti in fieri (veri o fantastici) sempre incombenti e che richiedono l'esercizio di capacità di riflessione e di mantenimento di equilibrio. Con questo non intendo accomunare interamente la situazione politico/economico/amministrativa attuale dei Servizi a quelle anche di un passato non troppo lontano.

Ho però constatato interesse ed ascolto anche in altre situazioni nelle quali la leadership non aveva esperienza psicoanalitica diretta, ma era interessata al contributo degli psicoanalisti. Presumo che le situazioni più numerose, però, siano quelle di colleghi che operano in situazioni nelle quali si trovano più o meno isolati o possono incidere solo su settori limitati dell'intera istituzione di appartenenza.

In ognuna di queste tre diverse situazioni, nella mia ormai lontana attività nei Servizi ma anche in quella attuale di collaboratore esterno con alcune realtà, ho potuto constatare il notevole contributo che gli psicoanalisti possono dare a vari livelli. Il primo riguarda la gestione della grande angoscia che pervade la vita di quelle realtà. Non mi riferisco solo a quella insita nelle dinamiche di ogni contesto gruppale. Penso invece a quella strettamente legata a quel concentrato di problematiche che derivano dal contatto permanente con le ansie psicotiche connesse con le gravi patologie di cui devono occuparsi. E mi sono convinto di come spesso si sottovaluti il bisogno di dividerla e quello collegato di orientarsi e di dare senso. Anche perché abbiamo consapevolezza di quanto le problematiche profonde dei pazienti entrino in risonanza (e non potrebbe essere diversamente) con le nostre e richiedano attenzione e risposte. Su questo bisogno si fonda per noi la possibilità come psicoanalisti di essere chiamati in causa a tutti i livelli. Perché l'esperienza psicoanalitica ha molto da dire in questo campo, rispetto ad altri metodi terapeutici, dato che è quella che maggiormente ha familiarità con l'attitudine a farsi carico della 'follia' degli utenti ed a fornire risposte, piuttosto che riproiettarla o strutturare corazze difensive a protezione della propria igiene mentale personale messa a rischio. Il nostro training e la nostra attività quotidiana ci forniscono strumenti cognitivi ed emotivi per aiutarci a capire e per elaborare e, quindi, dare risposte a richieste che vengono dal profondo.

E mi pare che la descrizione di Campoli che ci fa partecipi delle dinamiche attivate nel gruppo e della necessità di una mente che si posizioni in un vertice psicoanalitico ci immette direttamente nel cuore di alcune problematiche. Nel suo caso ci mostra, tra l'altro, come una interpretazione implicita favorisca trasformazioni perché raccoglie, comprende e dà riconoscimento ad ansie pervasive consentendo un miglior funzionamento del gruppo. Nella mia esperienza attuale di supervisore di alcune realtà istituzionali ho trovato sempre forte questa richiesta di capire, dietro ed al di là delle difese più o meno rigide organizzate dagli operatori per adattarsi ad un ambiente complesso da vivere.

Mi ha sempre colpito come il *non uso del gergo psicoanalitico e l'aderenza ai fatti clinici osservati* consenta di superare le diversità di esperienze e di conoscenze teoriche o l'appartenenza a scuole diverse di pensiero, nel dialogare con gli operatori dei servizi. In particolare credo che questo sia dovuto agli strumenti conoscitivi che la psicoanalisi offre e che consentono di giungere a quei granelli di verità e sanità che esistono all'interno di ogni delirio o convinzione del paziente e di coloro con cui lui ha a che fare nel suo ambiente. E, quindi, mi pare che lo psicoanalista, quale che sia la sua collocazione nella gerarchia istituzionale, possa fornire agli altri operatori quegli strumenti di comprensione e possibilità di espressione di sé e delle proprie preoccupazioni che li mettano nelle condizioni di essere "pazienti", nel senso etimologico del tollerare.

Un altro contributo su cui vorrei brevemente soffermarmi è quello che riguarda il trattamento psicoterapeutico dei pazienti, che per brevità etichetto come borderline, che sempre di più affollano gli ambulatori. E' certamente una richiesta stringente che viene posta e che esercita una pressione crescente. Anche in questo caso mi sorprende sempre come operatori senza esperienza analitica personale siano in grado di esercitare una funzione terapeutica significativa se sostenuti dai rispettivi gruppi di colleghi o da quelli più specificamente di supervisione psicoanalitica. Spesso consentono loro di offrirsi come punti di riferimento per gli utenti e possono essere utilizzati da utenti angosciati e spesso confusi come faro che indica una direzione. E questo, non solo frena spesso il decadimento progressivo che altrimenti si instaurerebbe quasi di necessità, non solo previene i breakdown, bensì consente ai pazienti di radicarsi maggiormente nelle loro realtà e, quindi, creare basi di appoggio più solide per la loro esistenza. Ma questa attività, soprattutto nel caso di operatori senza esperienza analitica, ha bisogno di un supporto che li renda più tolleranti per i tempi lunghi che essa richiede, senza farsi prendere dal comprensibile bisogno di vedere i pazienti rapidamente guariti ed inseriti, e di conseguenza evitando di stimolare al massimo le capacità (spesso pseudocapacità) di funzionamento che creano i presupposti per cadute rovinose ed esperienze di frustrazione per terapeuta e paziente.

Naturalmente quanto ho appena detto vale ancora di più per la gestione di comunità terapeutiche e centri diurni che richiedono inoltre una attenzione particolare alle complesse dinamiche di gruppo. In quei contesti si vede chiaramente la differenza tra gestioni che si rapportano soprattutto alle richieste coscienti e razionali degli utenti e valutano i miglioramenti solo dalle trasformazioni esterne più visibili, e quelli che tengono d'occhio soprattutto il consolidamento del sé e le trasformazioni delle capacità di entrare in relazione.

L'ultimo punto su cui mi vorrei soffermare e che è anch'esso comune alle due relazioni si riferisce all'invito forte a coltivare "i mezzi culturali, professionali ed emotivi" (Correale); e Campoli, a sua volta, ci mette al corrente dei suoi riferimenti teorici ed esprime le sue perplessità sulla possibilità di ibridare elementi che provengono da vertici differenti con alle spalle altri presupposti e finalità. L'evoluzione attuale del pensiero psicoanalitico, meno preoccupato dell'evidenziazione dei meccanismi difensivi e più attento a favorire occasioni di sviluppo e trasformazione personale, tesi all'ampliamento dell'esperienza di sé, in questo favorisce l'individuazione delle potenzialità presenti sia negli operatori che negli utenti. Tra l'altro, la possibilità di coltivare ed affinare queste nostre conoscenze e capacità è ciò che dipende *quasi* integralmente da noi e su cui abbiamo più possibilità di incidere. E mi sembra particolarmente importante perché ci evita di appiattirci sul quotidiano e farci sovrastare dal senso di delusione e di frustrazione per una fase storica che si è conclusa. Quella che nata dalla spinta, definiamola così, 'rivoluzionaria' degli anni '60 e '70 a cui alcuni di noi hanno partecipato in prima persona. Mi sembra sia necessario darsi obiettivi più limitati ma che richiedono sia capacità di riflessione e di approfondimento, che nuove capacità organizzative.

4 giugno 2012

Psicoanalisi, psichiatria, servizi

Cono Aldo Barnà

Desidero contribuire con alcune riflessioni al dibattito su: "Psicoanalisi e Servizi" avviato da qualche tempo.

Inizierò ricordando l'antica tradizione e la persistenza dell'interesse di molti soci e della nostra società per la collaborazione potenziale e, in ogni caso, per la relazione dialettica tra psichiatra, servizi e psicoanalisi.

Alcuni protagonisti dell'avvento della psicoanalisi in Italia e della ricostruzione del gruppo psicoanalitico nel dopoguerra hanno contribuito per primi all'avanzamento culturale e dinamico della psichiatria. Alcuni hanno poi collaborato in prima persona e dialogato significativamente con Basaglia e i suoi collaboratori in tutto il fermento che ha portato alla de-istituzionalizzazione dell'O.P., alla promulgazione della legge 180 e alla territorializzazione dei servizi di salute mentale in tutto il territorio nazionale.

Oltre ad un contributo significativo al rinnovamento della psichiatria essi hanno problematizzato utilmente gli psicoanalisti perché mantenessero una tensione significativa nella formazione e nella pratica clinica al problema della gravità e alle frontiere potenziali del nostro metodo anche all'esterno del setting proprio.

Alcuni di loro hanno anche sviluppato nel nostro paese lo studio sistematico del piccolo gruppo e ne hanno applicato tutte le potenzialità nel campo istituzionale.

Io stesso ho menzionato alcune esperienze significative nel corso della mia formazione, ancor prima dell'esperienza di operatore dei servizi, di psicoanalista e di consulente supervisore, nel recente volume sulle "Emergenze borderline" curato con Beppe Corlito.

Ho anche trovato nel mio computer uno “SPI_PANEL”, come venivano allora chiamati, su: Psichiatria e Psicoanalisi dell’anno 2000 (agli esordi della nostra M.L.) curato da Maria Ponsi e Rossi Monti.

Era coordinato da me stesso, Pino Vetrone e Luigi Rinaldi e raccoglieva una cinquantina d’interventi.

A quel dibattito partecipavano alcuni colleghi che ancora oggi hanno rinnovato il loro interesse per l’ambito trattato. Altri ahimé, come Berti Ceroni, Pino Vetrone, Nino Brignone, sono ormai membri di quella significativa galleria della memoria, del rimpianto e della passione nelle nostre menti.

Insomma un’altra testimonianza di quella “terza psichiatria” alla quale ha recentemente accennato Bolognini e dell’interesse antico degli analisti per il campo istituzionale.

Il dibattito odierno è stato introdotto dalle due relazioni di Campoli e Correale, anch’essi nomi ricorrenti e prestigiosi dell’interesse al quale accennavo dianzi.

Due relazioni agili e stimolanti, che mi trovano interamente d’accordo.

In esse vengono ribaditi alcuni concetti cardine del nostro discorso relativo alla relazione significativa tra “vertice psicoanalitico” e “campo istituzionale”.

Ciononostante ritengo che siano presenti nei nostri interventi alcuni fraintendimenti terminologici e/o alcune preferenze che attingono, alla fine io temo, a concezioni diverse del “vertice psicoanalitico” come molti di noi lo intendono e di ciò che lo sostanzia significativamente.

Sono fraintendimenti a riguardo della teoria, del metodo, dell’assetto, dell’identità e dell’etica dello psicoanalista nei vari contesti in cui egli si trova ad operare e a testimoniare del “vertice” medesimo.

Fraintendimenti a riguardo della necessità e della potenzialità attuale della socializzazione della psicoanalisi, dello stato e della funzione della sanità pubblica e dei servizi, all’interno del “modello di sviluppo” che si sta declinando nel nostro paese e forse nell’intero occidente.

Fraintendimenti e “stereotipie” che sarebbe necessario rivedere e chiarire nel “ripensamento” opportunamente proposto da Correale.

Il recente Congresso della Società (“Realtà psichica e regole sociali”) nell’intenzione dichiarata di una nuova e più rilevante apertura culturale della psicoanalisi, oltre ad accogliere il timore degli psicoanalisti per l’isolamento sterile che la nostra professione rischia di vivere, se non trova una nuova efficace apertura alle dinamiche e alle fenomenologie del contesto socio-culturale attuale, ha, tra le righe, voluto rinnovare la tradizione pur presente nella psicoanalisi per il sociale e le forme della “civiltà”.

Ora io ritengo che per un’apertura proficua gli psicoanalisti debbano rinnovare le radici profonde della loro motivazione personale e sociale al di là dell’imborghesimento personale, dell’esistenza di dinamiche involutive nel nostro gruppo societario e di rigidità teoriche inopportune.

Non è insistendo ottusamente sui nostri stereotipi che incontreremo efficacemente la “civiltà” complessa che si sta declinando negli individui e nella cultura collettiva del nostro tempo.

E’ essenziale affrontare in termini scientifici validi il conflitto interno tra teoria pulsionale e teoria relazionale nel cuore del nostro modello di comprensione e di trattamento della sofferenza mentale ed affrontare validamente il confronto con il paradigma complesso delle altre discipline che pure osservano la mente, il cambiamento e l’evoluzione micro e macro sociale, quindi anche delle organizzazioni e dei servizi.

Insomma il nostro “vertice” osservativo e la nostra tradizione operativa debbono ormai confrontarsi sistematicamente, con metodo e reale disponibilità, con il “vertice” e la tradizione di altre discipline del mentale e del sociale.

Difendere la nostra “specificità” e la potenzialità trasformativa del nostro “vertice” con un’ottusa, insistenza nei nostri stereotipi collude con le ragioni antagonistiche che assediano e attaccano, negandolo, lo sviluppo e la sopravvivenza della nostra disciplina ma anche dell’esperienza significativa che alcuni di noi hanno fatto nel campo.

Non si tratta soltanto di rinunciare alla presunta “egemonia della psicoanalisi” ma di operare, all’interno e all’esterno del nostro gruppo societario, per l’avvento di un vero confronto scientifico e

politico tra i fondamenti che sostanziano il “vertice psicoanalitico” (e la sua traducibilità in setting e contesti altri) e i fondamenti delle altre discipline che intervengono con “vertici” differenti, più o meno alternativi e/o antagonisti al nostro.

Sarei felice che dal prosieguo di questo dibattito venissero proposte operative utili per un lavoro di gruppo costante e proficuo sulle questioni sottolineate dagli interventi finora pubblicati.

5 maggio 2012

Una proposta "scandalosa"?

Maria Pierri

Come affermava Bianca Gatti sulla *Rivista di Psicoanalisi* fin dal 1971: "In realtà, un analista educato a tener conto per statuto solo della realtà psicologica dei suoi pazienti deve vivere, ogni qualvolta affronta un contesto istituzionale, una dolorosa crisi di identità che appare simile, per travaglio emotivo, a quella di un eretico che contesta la propria fede. È forse la difficoltà ad operare questo doloroso, ma necessario lavoro emotivo che ha tenuto così a lungo gli analisti lontani dalle istituzioni psichiatriche, o che li ha spinti in ruoli di così inoperante neutralità, da lasciare le stesse sostanzialmente immutate."(p. 53)

Con questa citazione introduco un breve commento al dibattito in corso, focalizzandomi proprio sul tipo di trasformazione dell'istituzione che la psicoanalisi può sollecitare, attraverso quel lavoro di "crisi" che lo psicoanalista in psichiatria vive internamente e insieme sollecita esternamente.

Premetto: è salutare e benefico per lo psichiatra che lavora nel pubblico condurre qualche psicoterapia individuale con un setting simile a quello privato, anche per mantenere vivo uno spazio interno di ascolto con i pazienti, ma di per sé non si può dire che queste esperienze costituiscano una modalità di applicazione del modello psicoanalitico all'istituzione: viceversa possono essere considerate delle modalità dell'istituzione di ospitare-tollerare la psicoanalisi, e spesso restano dei modelli di importazione che non hanno molte *chances* di attecchire e di entrare in comunicazione con il contesto istituzionale e di lasciarvi una traccia (quando non finiscono per scontrarsi con questo e suscitare rinnovati pregiudizi nei confronti del metodo psicoanalitico e degli psicoanalisti). Nell'esperienza di oltre venti anni di lavoro in una Clinica Psichiatrica Universitaria convenzionata con un SPDC, ho sempre pensato necessario partire dal materiale disponibile, dagli spazi e dai tempi, dalle uniche e irripetibili circostanze in cui si opera, e internamente dalla propria formazione e dalla capacità di fare comunicare i modelli di riferimento, e le identificazioni professionali in gioco, per costruire delle esperienze che abbiano allo stesso tempo una specificità psicoanalitica e che siano in grado di parlare all'istituzione. E sono arrivata a valorizzare l'importanza di questa interna "crisi di adattamento" dello psicoanalista nel suo abitare l'istituzione, Molto presto nel mio lavoro istituzionale, e "sintomaticamente" proprio nel periodo in cui stavo completando il training analitico ed ero alle prese con l'importante e critico cambiamento identitario interno, avevo osservato il valore della capacità di aprire e mantenere delle aree di "lieve disadattamento" nei confronti del contesto: la capacità di sostenere le tensioni di questa destabilizzazione necessaria e comunicativa, fra gli estremi di una incomunicabile conflittualità e di un adeguamento conformista, può permettere a mio avviso l'emergere di aspetti di riabilitazione dell'operatore stesso insieme al paziente (Pierri, 1994). Farei rientrare questa capacità di lieve disadattamento, interno ed esterno, fra quelle capacità negative di cui scrive Campoli, citando Keats "*capacità che un uomo possiede se sa perseverare nelle incertezze*".

Recentemente, dopo essere andata in pensione, uno specializzando mi ha riferito che in reparto un infermiere avrebbe chiesto: "Non potremmo parlare un po' di più dei pazienti? Non dico come quando c'era la Pierri..." segnalando dunque insieme sia il ricordo positivo che il leggero fastidio.

E' a volte in questo modo, nella mia esperienza, che il fattore individuale riesce a segnare il fattore istituzionale, e a incidere la memoria: in una traccia orale particolarmente viva ma anche particolarmente labile, se vogliamo, che va fatta ogni volta rinascere, in una forma naturalmente diversa, da chi arriva dopo.

Questa prospettiva può spiegare del resto come psicoanalisti e psicoterapeuti ad orientamento psicoanalitico che lavorano in psichiatria siano stati in grado di rappresentare elementi positivi dell'istituzione e di allestire esperienze sane di relazione con i pazienti sia dopo che prima della legge 180 (vedi ad esempio quanto affermato da Spadoni A., 2005 e Zucchini G., 2008) e insieme anche il fatto che queste esperienze debbano, per necessità, essere considerate del tutto estemporanee e mai scontate, irripetibili nella forma e identità, nei più diversi setting - ripetibili però nella sostanza prima del lavoro analitico - poiché dipendono dalle persone che le hanno avviate - e che le concludono anche - e dai luoghi e circostanze che in questo modo hanno abitato e su cui hanno lasciato un segno.

Non si tratta di psicoanalisi "nonostante" l'istituzione, ma di psicoanalisi che ha saputo utilizzare le opportunità specifiche e locali che ogni istituzione (psichiatrica, ospedaliera, universitaria, manicomiale, territoriale, carceraria ecc.. è in grado di offrire).

Sono profondamente d'accordo con la proposta "scandalosa" di Correale di "piccoli gruppi specializzati" di persone "molto motivate e con una cultura comune, e una leadership dedita solo a questo fine", che si riuniscono intorno ad un obiettivo comune: nella mia esperienza clinica istituzionale l'obiettivo che ha potuto catalizzare il gruppo di operatori è stato inizialmente il lavoro di presa in carico di giovani pazienti psicotici insieme ai genitori all'interno di un C.S.M., in seguito la psicoterapia ambulatoriale di pazienti borderline medio-gravi.

Confermo la validità del lavoro all'interno di un piccolo gruppo, che vedrei importante non tanto per la sua compattezza e omogeneità, ma interessante soprattutto se formato sulla base di una motivazione comune, un interesse, insomma un po' di desiderio e di "privato" che possa mediare da un lato l'unicità e irripetibilità "sana e folle" dell'individuo, dall'altro lo spaesamento dell'anonimità e delle collusioni "sane e folli" dell'istituzione (in una possibile integrazione di "vero" e "falso" Sé).

Si tratta forse di dare consistenza diversa, meno "obbligatoria" e per certi versi "ricreativa e riabilitativa" per gli stessi operatori e per la loro salute mentale, a quella vecchia e famosa "dottorosa Chippe", di cui parlava un paziente del prof. Carloni, paziente che interpretava così la formula orecchiata dell'ultimo slogan terapeutico: il lavoro dell'équipe. E naturalmente sono d'accordo con Correale quando afferma che nel piccolo gruppo è indispensabile che ci sia un "analista interno" - appunto anche interno al gruppo- quale leader riconosciuto, supervisore del lavoro e "garante" come afferma Campoli della cura e del setting per il paziente e i suoi familiari, nei confronti dei quali impersona anche simbolicamente l'istituzione.

Si tratta dunque di una proposta vecchia e insieme nuova, quella "scandalosa" avanzata da Correale, che può funzionare se si riesce a creare un linguaggio comune, basato non solo su una teoria e formazione che unisce, ma anche su un desiderio condiviso e un'etica di base degli affetti.

6 maggio 2012

Su psicoanalisi e servizi

Giuseppe Sarò

Cari colleghi,

intervengo con esitazione sul tema "psicoanalisi e servizi"; non è facile in poche righe affrontare un tema molto complesso.

Una premessa di carattere generale: colpisce la scarsa partecipazione nonostante il tema sia rilevante per l'aspetto culturale ma soprattutto perché molti colleghi lavorano nell'istituzione alla luce del sole, con passione e non semplicemente in attesa di lasciare i servizi per l'attività privata. Questo vuol dire che in molti c'è stata una scelta etica nella direzione di rafforzare la dimensione istituzionale dei servizi di salute mentale; una testimonianza che andrebbe ascoltata e valorizzata. Appartenere a due istituzioni (quella analitica e quella dei servizi) non è facile, ma chi riesce a coniugare le due dimensioni di appartenenza, a fronte di una fatica personale significativa, può portare istanze anche dissonanti che dovrebbero essere fonte di conoscenza anche per l'istituzione psicoanalitica. E invece l'impressione è quella di essere dentro una nicchia, una riserva da cui si può entrare ed uscire ma che stenta ad integrarsi con l'esperienza del lavoro pubblico. La mia esperienza personale dice che maggiori passi avanti sono avvenuti all'interno dei servizi dove, nonostante le tante contraddizioni dell'aziendalizzazione, c'è molto posto per la comprensione psicodinamica della vita istituzionale e dei relativi pazienti; sino a pochi anni fa (penso all'esperienza della Toscana) bisognava nascondere, per evitare ritorsioni, l'interesse e la pratica analitica; bisognava mimetizzarsi! I servizi sono cresciuti, non sono da un pezzo solo per i matti, e sempre più si rivolgono come richiesta d'aiuto fasce di popolazione decisamente benestante, riconoscendo una competenza di primo livello, ormai lontani dallo stigma della psichiatria asilare. Da qui una serie di problemi relativi alla cosiddetta saturazione, alla crescente difficoltà di dare risposta a tutti; infatti sempre più è necessario fare filtro, attivare una adeguata consultazione, formulare risposte ad esempio di tipo gruppale, valorizzare le notevoli competenze delle figure intermedie (educatori- infermieri..) o ed inviare nel privato le tante richieste di aiuto. Ma soprattutto predisporre il servizio non solo centrato sull'intervento del singolo professionista ma costituendo setting diversificati di trattamento, sulla vecchia ma attuale proposta di Correale di servizio come campo istituzionale. Si tratta di costruire continuamente scenari e contesti di cura in grado di contenere ed elaborare fenomeni complessi; sto parlando della costituzione e della manutenzione dei setting di cura in cui la funzione analitica si accoppia molto bene con la funzione psichiatrica; lo stesso concetto di setting è un costrutto di fondamentale importanza per la conoscenza del mentale. In tale contesto si possono leggere gli innumerevoli fenomeni transferali non solo sull'operatore ma anche sul gruppo di lavoro e sull'istituzione stessa. Questo dovrebbe essere uno straordinario campo di ricerca: sulle patologie gravi, sui disturbi di personalità; sull'integrazione tra intervento individuale e intervento gruppale, sulla creazione di setting allargati in cui vengono presi in considerazione la realtà delle famiglie e delle coppie, infine le interazioni tra i vari contesti di cura con i relativi setting come quello tra il setting privato e quello pubblico.

E l'istituzione psicoanalitica? Sembra lontana, dedica qualche attenzione grazie ai colleghi che fanno supervisione nei servizi che da sempre si pongono il tema dei collegamenti tra le discipline e i saperi; fa un convegno l'anno sul tema delle patologie gravi, ma il punto d'osservazione è canonico: l'intervento individuale e la relativa relazione tra paziente e terapeuta. Troppo poco; noi operatori dei servizi giochiamo un campionato di lega pro, onesto campionato nei campi di periferia, abbiamo difficoltà a portare nei centri il nostro lavoro istituzionale. Dipende da noi, senza alcun dubbio; ma ci possiamo chiedere se è anche difficile l'ascolto in sede istituzionale, se l'idea che la vera psicoanalisi non sia quella dello studio privato comporti un sostanziale ostracismo verso il nuovo o la dissonanza, verso tutto quello che viene ritenuto sporco, mescolato. Basta pensare come il tema dei gruppi e delle famiglie sia sostanzialmente molto periferico nonostante le lodevoli ricerche di alcuni psicoanalisti di grande valore. Spesso queste tematiche vengono "lasciate" o date alle scuole di psicoterapia e rappresentano terreno di conquista dove sembra che la psicoanalisi vera non abbia nulla da dire!

Le relazioni introduttive di Campoli e di Correale le condivido e sono complementari: mi riconosco con quanto sottolineato da Campoli rispetto al modo analitico di condurre un servizio in cui la leadership si fa carico continuamente del rammendo dei contenitori-setting e favorisce l'emergere del mentale all'interno del gruppo di lavoro; funzione squisitamente analitica in campo istituzionale, una dimensione conoscitiva di grande interesse scientifico. La relazione di Correale pone la

questione fondamentale su come oggi il servizio di comunità si debba rinnovare in una direzione non generalista ma in parte specializzata. Tema fondamentale non solo per combattere i fenomeni del conformismo immanente ad ogni gruppo di lavoro, ma per dare una dimensione di lavoro sul tema clinico in cui il piccolo gruppo di lavoro può acquisire una competenza molto superiore al singolo operatore senza diluirsi nell'anonimato del grande gruppo. In realtà oggi il servizio di comunità non ha più la funzione eroica degli anni passati in cui doveva dimostrare un radicamento e una conoscenza del e sul territorio; sono i cittadini che vengono al servizio e questo deve dare con le poche risorse a disposizione delle risposte di alto livello, mentre nel contempo coopera con altre agenzie di cura per le tante situazioni cliniche (basta pensare ai medici di medicina generale) che non necessitano di una presa in cura complessa.

Ma ritorno al tema dell'istituzione psicoanalitica: cosa vieta di poter pensare che più che di psicoanalisi e servizi dobbiamo parlare di psicodinamica e servizi oggi. Dobbiamo evitare lo psicoanalitico, i servizi gli operatori non hanno bisogno di questo! Dobbiamo ascoltare i dialetti dei servizi e cercare di valorizzare un linguaggio che parta dall'esperienza e non dalle teorie (da qui attenzione ai linguaggi minoritari:

gruppi-famiglie-genitorialità-auto aiuto., setting allargati e variabili, integrazione degli interventi...). Perché la SPI come istituzione non organizza un congresso nazionale (annuale) su psicodinamica e servizi-oggi dove si fa il punto sull'esperienze e le relative teorie della mente, ascoltando in maniera sistematica chi lavora nei servizi degli adulti ma anche dell'infanzia? A questo si dovrebbe arrivare con un lavoro preparatorio in cui si prendono in considerazione le esperienze che si riconoscono in un modello psicodinamico di comunità; un modo per conoscere ma anche per socializzare lo stato dell'arte. E tutto questo come si può articolare con una proposta seria e realistica di forme di psicoterapia convenzionate con il sistema sanitario nazionale? Possiamo dire che molti pazienti possono usufruire delle nostre competenze senza avere la paura di mischiarsi con altre proposte e scuole psicoterapiche?

6 maggio 2012

ROSEMARY'S BABY UN PARASSITARIO RAPPORTO CONTENITORE-CONTENUTO

Guelfo Margherita

Sento un coinvolgimento totale per il contenuto di questo dibattito, tale da essermi sentito finora inibito a parlare. Strutture psichiatriche e Psicoanalisi, attraverso la passione ed il valore della lotta per la libertà dell'uomo, sono stati i due interessi più forti della mia vita professionale. Spero che ciò giustificherà in parte un mio linguaggio primitivo e violento; parlerò della fatica e della delusione; trovo che trasmettere il senso profondo delle emozioni, anche attraverso il linguaggio che si sceglie di usare, faccia parte del nostro mestiere.

Il senso di inutilità che provo mi presentifica un rapporto da rianimare, tento allora la respirazione bocca a bocca; una pratica per cui provo schifo ed eccitazione e che sospende con la sua ambivalenza le mie oscillazioni tra i contenuti di vita e di morte che il ricordo del manicomio ancora mi trasmette (i Servizi in fondo, come meccanismi, sono la sua continuazione attuale). Da allora data il mio tentativo di infondere nei polmoni il mio tentativo di comprensione psicoanalitica. Il dolore di parlare in questa confusione è molto forte e sento che per me lo stanno facendo inascoltabili viscere di un fantasma antico. Allora lo spingere il mio respiro dentro l'altro è un atto di amore vitale che però necessariamente violenta il nostro pudore dell'intimità, come forse sto spudoratamente facendo perfino ora tra di noi. Bisogna vedere se il gioco varrà la candela. E' il mio tentativo comunque di tenere in vita un rapporto ed un dibattito che ho paura possano spegnersi. Il

pericolo è tale che ho bisogno di un movimento forte. Allora percuoto, da esperto rianimatore, il cuore del dibattito con quattro paradossi forti (in cui sono nascoste alcune verità).

1) I Servizi di cui si parla sono organizzazioni il cui scopo precipuo è mettere in crisi l'identità personale e professionale di qualunque operatore che per qualunque motivo li attraversi. Scopo di un Servizio è infatti attaccare e soffocare quotidianamente la capacità di pensare.

2) Servizi e Psicoanalisi sono organizzazioni psicofisiche plurali le cui sommatorie di forze vettoriali hanno risultanze assolutamente divergenti, accostarle in un'unica proposizione evoca la figura retorica detta ossimoro.

3) L'attacco all'identità sembra così forte che l'ossimoro trascina in sacche di impensabilità le riflessioni sui servizi, patrimonio nascosto di un grande numero di psicoanalisti che quotidianamente li affrontano come problema magari sentendosene un po' sminuiti. La scissione trova tra le sue cause contestuali: dolore, disconoscimento, fatica, precarietà, confusione, incoerenza, cioè l'annullare quella parte di se che resta dentro la psicosi dei pazienti e della istituzione.

4) Non penso che un operatore singolo sia in grado di sopportare il peso di tali pressioni se non attraverso grandi scissioni che inibiscono la teorizzazione. Il singolo può sopportare solo pezzi di servizio. Il rapporto tra Psicoanalisi e Servizi può essere elaborato solo da entità gruppali, entrambi infatti sono entità plurali.

Provo ora ad immaginarmi l'incontro tra psicoanalisi e servizi come quello di un contenitore ed un contenuto plurali. Psicoanalisi ad es. sarà un insieme di teorie, persone, emozioni, istituzioni, etc.; servizi invece di burocrazia, strutture, economia, follia, ruoli, etc. Il primo paradosso è chi contiene chi? Se sarà psicoanalisi a contenere servizi nella sua pancia l'atteggiamento sarà quello tenuto da una nobildonna che vorrebbe abortire il frutto di uno stupro etnico (anche se affascinata dalle potenzialità creative del mostro). Se sarà servizi a contenere psicoanalisi l'atteggiamento sarà quello di allevare un organismo inutile gravame passivo incapace ad aiutare la famiglia nelle sue future tribolazioni quotidiane per la sopravvivenza (anche se affascinata dalla sua seduttiva bellezza e nobiltà). La relazione tenderà ad essere comunque orientata dal più totale parassitismo.

Proviamo a guardare come una dimensione gruppale può eventualmente aiutare ad elaborare questa perversa relazione contenitore-contenuto.

In un gruppo di supervisione mensile, attivo da qualche anno, sei operatori psichiatrici di differenti Istituzioni Pubbliche analizzano il loro rapporto con gli eventi istituzionali: mobbing e burn-out appaiono come dinamiche del transfert/contro-transfert verso un istituzione che nullifica le persone e ne espelle i cervelli. In questo contesto l'aspetto didattico teorico dei miei interventi è spesso vissuto come uno stupro alle parti emotive del gruppo.

Marina porta il caso di una paziente che dice di essere incinta del diavolo. Rosemary è piccolina, una pancia tondeggiante come se veramente fosse incinta. Passando lungo il corridoio del CSM l'ho vista la prima volta. Un paio di occhiali scuri mi chiedono "qui c'è il Centro diurno". Tolti gli occhiali gli occhi verde smeraldo mostrano tutta la sofferenza. Dico "Se vuole può stare in nostra compagnia". Dice "Sento molto calore.... si può venire sempre? ... Sono separata, mio marito mi ha tradita e mi ha sempre nascosto tutto. Sono stata molto male, tuttora sto male. Sono incinta, sono incinta del male". La madre: "Ma tu lo sai che non sei incinta, è tutta una fantasia..". Lei sorride, si rimette gli occhiali scuri e dice "nessuno mi crede, ho tentato tre volte il suicidio. Non posso morire perché il male non lo può. Non troverò mai pace". Ho sentito allora una spinta ad accoglierla.

Guelfo: Credo che la paziente sta parlando di sé come contenitore di un male e chiede di essere contenuta dentro di te, che chiedi di essere collocata dentro di noi. Una gravidanza frattalica in una serialità di pance. Una metafora per cercare di capire il senso e la traiettoria del nostro tentativo esorcistico di contenere nel gruppo il male della psicosi e dell'istituzione; a nostra volta contenuti in un campo istituzionale. Viene subito fuori la topologia multistrato della disposizione energetica delle emozioni coinvolte in questo sistema. L'istituzione è nella nostra pancia e noi nella pancia dell'istituzione e tutto ciò avviene ora nella pancia del nostro gruppo; come se fosse una specie di anello di Moebius che guarda contemporaneamente l'interno e l'esterno. Chi è allora che sta dentro

chi? Questa gravidanza è diabolica, persecutoria; cioè come questa istituzione mobbizzante che ci perseguita come un male inguaribile: ci stupra da fuori e ci abortisce da dentro. E' un multistrato (Margherita, 2012); quali sistemi di relazioni ci sono tra le multi-pance e i multi-mali? La pancia dell'istituzione, la pancia della paziente, la pancia mia, la pancia di questo gruppo, la pancia delle altre gruppalità che possono essere la pancia della sua famiglia, la pancia di tutti questi sistemi che in fondo contengono una serialità di stupri e gravidanze maledette. Un sistema di gruppalità concentricamente gravide. E chi è allora il diavolo? Il sistema viene mantenuto in fase da queste risonanze persecutorie a tutti i livelli, armoniche tra loro, come se la violenza fosse un attrattore frattalico che percorre le pance come uno spazio delle fasi: la tua, quella degli infermieri, quella dell'intera istituzione, quella del primario, quella della paziente, quella degli altri pazienti e quella di tutto il campo che risuona intorno a questi fatti che, seguendo la traccia significativa di questo attrattore, diventano il discorso-sogno della paziente che tu ci racconti. Il campo esprime come risultato, una realtà-sogno, con la risonanza circolare della sua atmosfera, perché in fondo è troppo complesso e non lineare per esprimere un pensiero logico. Esso parla insieme della paziente incinta del diavolo e di noi incinti di un'istituzione mortifera. Quando esso si purifica del caos e perde la pazzia, allora esprime un pensiero lineare che però non riesce a parlare la pazzia, ma solo di pazzia.

Loredana: “Ecco quello che non riusciamo più a fare, non riusciamo più a delirare, forse ci siamo perso il delirio”.

Elisabetta: Mentre parlavate della gravidanza pensavo alla nausea profonda nei confronti della psicologia e della malattia mentale e dell'istituzione. Qualcosa si muoveva dentro di me, in termini di delirio-sogno, ma... non riuscivamo a toccarla questa pancia.

Guelfo: Buttiamoci nel sogno-fantasia della tua gravidanza, di quella della paziente e della nostra come gruppo. Allora è come dire “Guarda io ti capisco”. Passare la comunicazione: “La tua gravidanza fantastica è la mia gravidanza fantastica (incubo l'istituzione nel doppio verso e nel doppio significato); perché noi qui siamo insieme tutti quanti dentro un campo gravido, gravido di male, che però cresce bene nell'intento di riuscire a sopravvivere e farci sopravvivere. Male della violenza...però contenuta bene. È come se noi, qui, gli dessimo una possibilità di rêverie .. in fondo la gravidanza è sostanzialmente una capacità di rêverie. Noi ora siamo orgogliosi di come portiamo avanti una gravidanza così dolorosa e difficile che ci struttura un'identità capace di difenderci dal burn-out.

Il gruppo produce poi pensieri, ricordi, emozioni sul male, la violenza del diavolo, lo stupro.

Elisabetta racconta che, al servizio, si sente violentata dal malessere invasivo degli accoppiamenti perversi riferiti dai colleghi con modalità violente : “Parlava e sputava.. e mi si avvicinava troppo, io mi scostavo con la sedia, lui continuava a sputare e a raccontare in maniera veemente. Si asciugava.. sputando.. e continuava.

Loredana: “Sto male, mi sento malissimo...scusate. Lei sta esattamente dicendo quello che provo al lavoro. Mi viene da piangere....(piange). Mi sento violentata così dalla invadenza della collega che lavora a fianco a me”.

Guelfo: considero il collegamento fusionale multistrato tra le pance violentate da questo male: quella della paziente, di Marina, dell'istituzione, di Elisabetta e Loredana, del nostro gruppo di supervisione. Come se, in questo campo, psicodrammaticamente, si riuscisse a trovare ed esprimere, attraverso il pianto di Loredana, il senso di questa violenza inesprimibile per la paziente e quello del mobbing agito dalla istituzione e forse dalle mie gabbie interpretative. Però, se riusciamo a farla parlare questa pancia, queste pance violentate, come abbiamo fatto, il dolore diventa dicibile. Come se stessimo elaborando, qui e ora, tutto questo campo istituzionale stratificato; il nostro gruppo come spaccato trasversale di tutto quello che è avvenuto ai vari livelli: quello che chiamo un transfert sincronico. Ma tutto questo è partito dalla pancia della paziente, dal suo racconto, e da come Marina, camminando per i corridoi, si è sentita di essere l'istituzione che doveva accogliere nella sua pancia questo male.

Loredana allora racconta un sogno: “una sua amica, arrivata all'ultimo mese di gravidanza, vuole abortire, lei è molto arrabbiata che si possa distruggere per rabbia e invidia un frutto così bello.” In

istituzione lei ha abbandonato un progetto che la dirigenza non ha sostenuto; lei glielo ha allora sbattuto in faccia: “guarda come è bello il figlio che non vuoi”.

Guelfo. considero come una nascita-progetto, ad ogni livello del Multistrato, può avvenire solo in un’istituzione capace di rêverie altrimenti rischia un aborto.

Questo, nella presentificazione attuale multilivello del multistrato, è persino il mio timore sul possibile destino di questo intervento anomalo in un’istituzione dal gusto difficile.

Forse oggi, a vari livelli, abbiamo cercato una collocazione dentro cui l’istituzione ci possa far sentire che la famiglia riesce a tenere nella sua pancia la gravidanza, potenzialmente pericolosa, della tua pancia; che sia come un marito, una famiglia che appoggia un progetto creativo con una rêverie bonificante. La mancanza di uno spazio–pancia–famiglia è l’alternativa terrificante. Una istituzione può essere capace di rêverie? Di sognare con te e non agire un aborto. La rêverie in questo senso diventa qualcosa di protomentale, qualcosa che investe il corpo, e anche il concetto di gravidanza come luogo dentro cui un istinto può venire bonificato. E allora tu ti senti dentro un’istituzione che può sognare il futuro e vegliare la nascita di un bambino che ha un senso perché ha un padre, una storia familiare, un cognome che da un’appartenenza che lui continuerà. Tutto ciò gli viene da un oscuro lontano movimento di fondo e va verso un futuro per lui necessariamente differenziato.

7 maggio 2012

PSICOANALISI E SERVIZI. “A volte bisogna separarsi...”

Adriana D’Arezzo

Entrambe le relazioni introduttive a questo dibattito hanno avuto su di me un grande impatto emotivo, mi sono riconosciuta nel clima della riunione di servizio che Campoli ha descritto e ho ritrovato, nella relazione di Correal, le antiche motivazioni che avevano sostenuto le origini della mia scelta.

Quando mi sono laureata in Psicologia nel 1977, la legge 180 non era ancora stata approvata, la mia tesi di laurea sperimentale era sulla “Sensibilizzazione ai problemi della Malattia Mentale e sulla deospedalizzazione” in previsione della chiusura dei manicomi e dell’apertura dei Servizi Territoriali. Ho frequentato, in quegli anni, come molti di noi, tutti i manicomi di Roma e provincia. Le tesi di Basaglia mi avevano appassionato, come le esperienze che si diffondevano in Italia, con i miei colleghi di allora intervistavamo la gente nei mercati, partecipavamo alle riunioni dei Comitati di quartiere e a mille attività che ci sembravano utili per sconfiggere lo stereotipo del matto, con l’entusiasmo e anche l’ingenuità dei giovani. Sono partita da lì... la mia formazione è andata via via seguendo le esigenze che avvertivo nei contatti con la sofferenza dei pazienti e mia e ben presto alcuni aspetti della proposta basagliana mi sono sembrati anche criticabili. Se restituire alla gente chiusa nei manicomi la dignità, con la forza dei contatti umani e sul riconoscere la follia anche dentro di sé, mi era sembrato geniale, ne ho anche avvertito i limiti legati alla diffidenza nei confronti delle tecniche sentite solo come strumenti di potere da abbattere, soprattutto la psicoanalisi. Io avvertivo il bisogno di capire di più .. training sistemico-relazionale e poi l’analisi ... il training analitico. Ora nel ripensare a tutto questo e, soprattutto, a quanto è accaduto negli anni al mio entusiasmo, trovo utile tornare a riflettere su questo intreccio: tecnica per esercitare una supremazia sull’altro e distanziarlo, tecnica per comprendere e trasformare.

Per molti anni è stato possibile fare esperienze significative con pazienti gravi, psicoterapie individuali e familiari in ambulatorio, poi in una Comunità Terapeutica che ho contribuito a far nascere, e poi di nuovo in un ambulatorio del DSM. Le cose che intendo dire risentono, inevitabilmente, della mia esperienza parziale nei servizi di Roma. Tentare di coniugare le diverse appartenenze istituzionali, nei servizi psichiatrici e nella SPI, non è stato facile per me, mi è

capitato di avvertire il peso di una certa designazione negativa per l'immersione nella "patologia grave", nella illusione "onnipotente" diceva qualcuno, in uno dei lavori di fine anno di training proposi una piccola riflessione sull'azione terapeutica della Comunità Terapeutica come "promozione" di processi di mentalizzazione.

La possibilità di avvalersi dei gruppi di lavoro che lavorano abitualmente insieme intorno alle situazioni vecchie e nuove dei pazienti è la specificità del lavoro nei servizi in cui ho creduto, gruppi che hanno una storia e che nel tempo si trasformano. Il lavoro nei servizi offre opportunità irripetibili in altri contesti: "transfert e controtransfert multipli" li definirei così, se opportunamente letti offrono straordinarie fonti di sollecitazioni per pensare e contrastare "l'attacco al pensiero" determinato dal funzionamento psicotico e borderline. Concordo con Bonfiglio con la considerazione che contributi di grande valore terapeutico provengano, talvolta, da operatori che non hanno una specifica formazione psicoanalitica e che possono avvalersi di capacità "naturali" che meriterebbero maggiori approfondimenti.

Le esperienze di supervisione nei servizi credo funzionino proprio perché potenziano queste capacità del gruppo. Ma i gruppi sono organismi delicati, gli equilibri interni si deteriorano ed hanno bisogno di manutenzione, così le complesse funzioni che svolgono (la descrizione di Campoli della riunione mi pare particolarmente efficace) poggiano sulla condivisione, soprattutto sul senso di appartenenza alla medesima istituzione, sulla fiducia nella conduzione del gruppo, sulle "garanzie" di una leadership competente e riconosciuta e poi sul sentire anche che la specificità di ciascuno sia riconosciuta e goda di un certo rispetto. I rischi di appiattimento e stereotipie delle relazioni terapeutiche sono molto alti in relazione alle grandi "pressioni" e del fatto che il servizio "deve essere lì" azzerando così i livelli di contrattualità libera. Il lavoro con i pazienti e la sua condivisione comporta il proprio mettersi in gioco e durante le riunioni la necessità che gli scambi avvengano in un clima di fiducia. Naturalmente ci sono le differenze e i conflitti tra gli operatori e, pienamente d'accordo con Correale, non possiamo eliminarli ma curarli e se possibile risolverli, sia pure provvisoriamente.

È vero che quando lo strumento psicoanalitico, come nel caso di Campoli con cui ho avuto il piacere di lavorare per un breve periodo, informa l'intera organizzazione, ciò aiuta a cooperare e a tollerare l'attesa prima di giungere a qualche brandello di senso; ma sono d'accordo con Bonfiglio che dice: *"Presumo che le situazioni più numerose, però, siano quelle di colleghi che operano in situazioni nelle quali si trovano più o meno isolati o possono incidere solo su settori limitati dell'intera istituzione di appartenenza"*, quando nel tempo ho conosciuto il ridimensionamento del mio entusiasmo che si è scontrato con logiche politico-istituzionali. Accanto al contributo del pensiero psicoanalitico ho anche incontrato l'uso strumentale di alleanze che, fondate su logiche di potere, mettevano scientemente in secondo piano la competenza, il bene dei pazienti, il rispetto umano e molte altre virtù e questo non l'ho visto fare solo da "selvaggi" non analizzati.

Mi è allora accaduto di partecipare a supervisioni in cui mi sembravano all'opera forti scissioni, e l'esperienza sembrava assumere i caratteri del "come se" che lasciava il dis-funzionamento del servizio del tutto inalterato.

Essere psicoanalisti, come sappiamo, non ci mette al sicuro, per sempre, dalla seduzione del potere e dalle sue logiche. Essere psicoanalisti non ci garantisce che il nostro apparato per pensare resti efficiente per sempre e che non possiamo essere "accecati" in alcune circostanze. Non ho potuto non intervenire quando ho avvertito, nel dibattito in corso, il rischio di "beatificazione" degli psicoanalisti nei servizi.

Quando si lavora in servizi in cui si mescolano differenti livelli di competenza e di autorevolezza umana, quando considerazioni di natura politica inquinano pesantemente la stima e fiducia nelle relazioni che intercorrono, ci si trova di fronte ad un bivio: o fare come molti che hanno trovato un modo per continuare in solitudine il proprio lavoro, silenziosamente, colleghi per cui nutro, talvolta, grande ammirazione, (ce l'ho fatta solo per alcuni anni) o essere persona scomoda dopo essere stata persona utile, non sono riuscita a non pensare e soprattutto a tacere. Come se si giocasse ad un

tavolo in cui alcuni seguono “regole diverse” ma non si potesse dire che stanno barando...perché “così va il mondo!”.

Si sente violentemente attaccato il senso di appartenenza istituzionale, mi sono trovata a vergognarmi di appartenere ad un DSM che “sfuggiva” alla disperazione di genitori alle prese con l’esordio psicotico di un figlio, mi sono anche vergognata quando il “caso” è stato assegnato ad un medico in evidente burn-out e sotto farmaci che ha rinviato per giorni l’intervento essendo sopravvenuta una sua “malattia”. E mi sono anche vergognata della mia resa, del sentirmi impotente, insufficiente o pazza. Kaës (1988) diceva che nell’istituzione *“siamo posti di fronte al pensiero che una parte del nostro Sé è «fuori di Sé» e che quello stesso qualcosa che è «fuori di Sé» è la cosa più primitiva, più indifferenziata, lo zoccolo del nostro essere, ... tanto che ci espone alla follia e allo spossamento, all’alienazione, quanto ciò che fomenta la nostra capacità creativa”*.

Mi sono dimessa dal DSM nel 2008, senza aver maturato diritto alla pensione, come, nel mio DSM, hanno fatto diversi colleghi sia medici che psicologi. Questi fatti non sono stati interpretati nel servizio, ma rimossi.

Conservo la convinzione che il lavoro dei servizi non possa essere sostituito dall’attività psicoanalitica privata, che alcune complesse situazioni possano essere trattate solo dai servizi, e che nella cooperazione tra il lavoro nei servizi e la psicoanalisi vi sono immense potenzialità ancora inesplorate, in tal senso la proposta Correale di lavoro in piccoli gruppi, mi sembra interessante anche se non capisco in quale luogo si possa collocare. Mi domando anche cosa si intende per “omogeneità”: dopo averla sognata a lungo, ora nutro più speranza nel rispetto delle differenze.

10 giugno 2012

Psicoanalisi e servizi. Una Comunità-Cooperativa

Ezio Maria Izzo

Sono stato molto stimolato dall’articolo di Campoli e dai numerosi interventi. Li trovo in linea con le riflessioni che la mia esperienza mi ha portato da tempo a fare.

Pertanto riporto la mia esperienza di terapia in una Comunità-Cooperativa, esperienza dalla quale ho tratto la convinzione che un particolare tipo di lavoro, un lavoro con contenuti simbolici, come il gioco per i bambini, può avere una notevole valenza terapeutica utilizzato nella cura dei pazienti gravi.

Sul modello del “lavoro protetto” non si è più tanto parlato negli ultimi anni. La ragione è anche che queste numerose esperienze motivate dal fare prima che dal teorizzare, pongono grosse difficoltà nell’elaborazione di precisi riferimenti teorici.

Allora cominciamo col dire che nel portare nelle Istituzioni ciò che apprendiamo dalle teorie è necessario innanzitutto mantenere un atteggiamento molto disincantato, privo di entusiasmi che non siano saldamente sostenuti da reali condizioni favorevoli, è necessario saper accettare la gravità e la complessità del paziente e della sua psicopatologia ed i limiti del terapeuta, se guardiamo l’altro vertice.

Già Racamier (1972, 177) a conclusione del suo famoso libro “Lo psicoanalista senza divano”, ammoniva gli psicoanalisti a non credere che il loro lavoro in un’istituzione potesse cambiare “il volto del mondo” e consigliava di usare le personali teorie con modestia e discrezione, mantenendosi attenti piuttosto alla realtà concreta.

Per prima cosa c’è da dire che la psicoterapia nelle Istituzioni, anche nelle migliori intenzioni delle tante équipes che sono scese in campo, hanno poi sempre dovuto fare i conti con l’invidia reciproca,

consapevole o inconsapevole, comunque distruttiva fra la psichiatria, o è più esatto dire fra gli psichiatri, gli psicoterapeuti dei diversi orientamenti e gli psicoanalisti.

Mi ricordo ciò che sosteneva Franco Basaglia quando sottolineava che la grande psichiatria era stata lasciata ai piccoli psichiatri, mentre i grandi psichiatri si interessavano della piccola psichiatria.

Come psicoanalista non posso non ricordare che sono passati 40 anni dall'uscita de "Lo psicoanalista senza divano" (1972) e solo forse negli ultimi anni sono state riviste le posizioni di quegli analisti ancora convinti di poter portare nelle istituzioni psichiatriche il metodo psicoanalitico classico da utilizzare per i pazienti gravi che si rivolgono loro.

Eppure la storia della presenza degli analisti in istituzioni era iniziata in maniera del tutto diversa. Era alla fine della seconda guerra mondiale, quando Wilfred R. Bion, frequentando l'Ospedale militare di Northfield in Inghilterra, aveva dato inizio alle esperienze di comunità terapeutiche, attento ai fattori sociali e culturali ed alle interazioni relazionali nell'incontro sia con il singolo paziente, che con i gruppi o con l'istituzione nel suo complesso.

All'incirca negli stessi anni analisti di orientamenti diversi si ritrovavano in Francia nella clinica La Borde, diretta da Jean Oury, di formazione lacaniana, che apriva a tutti coloro che frequentavano quella particolare stagione politica, che usò la lotta alla segregazione psichiatrica come discorso politico di attacco allo sfruttamento delle classi sociali più deboli e come discorso di libertà tout-court.

Daumezon, Tosquelles, Guattari ed altri, sono nomi da non dimenticare perché pionieri di un nuovo pensare sulla gestione della malattia mentale, che, come poi Franco Basaglia in Italia, misero fra parentesi il discorso psicopatologico, per concentrarsi sull'aspetto gestionale del cosiddetto paziente, portando l'attenzione sulle dinamiche istituzionali e sulla cultura psichiatrica custodialistica e segregante.

Verso quei rivoluzionari operatori, tutti coloro che oggi operano nel campo della salute mentale, a qualunque orientamento appartengano, dovranno sempre riservare un riconoscente ricordo, perché furono loro ad iniziare il cammino di quegli alti valori umani che trasformarono il mandato sociale per gli operatori della salute mentale da custodialistico in mandato terapeutico.

Uno splendido esempio di integrazione di diverse discipline, fra psicoterapia e psichiatria ci è venuto poi dagli Stati Uniti e da coloro che operarono a Chestnut Lodge, da Frieda Fromm-Reichmann, a McGlashan, a Searles, a Pao ed altri.

Fu a questo punto che venne in primo piano la domanda sulle possibilità reali delle psicoterapie nelle istituzioni, che è dunque altra cosa della psicoterapia delle istituzioni dei decenni precedenti.

È la differenza del modello fra La Borde e Chestnut Lodge.

In Italia avevamo comunque conquistata la legge 180 ed i più nobili regolamenti che siano mai stati scritti sui diritti della persona con disturbi mentali.

In quegli anni operavo nell'O.P. di Guidonia e per circa vent'anni diedi impulso ad un progetto di apertura di alcuni reparti, spostandoli fuori dall'Ospedale e trasformandoli in Comunità-Cooperative di lavoro protetto per psicotici. In tutta Europa e anche in USA durò però poco quella meravigliosa stagione, nella quale sembrò anche possibile, ma per pochissimo tempo, che il sapere psichiatrico ed il sapere psicoanalitico, si confrontassero e potessero integrarsi.

La situazione negli ultimi decenni è diventata molto più difficile poiché, all'inizio di questo nuovo secolo, una crisi economica inizialmente silente è entrata prepotentemente a scompaginare un assetto terapeutico-assistenziale che così faticosamente avevamo conquistato in una elaborazione durata più di cinquanta anni. Questa grave crisi dell'economia ha portato in America ed in Europa una condizione di assoluta precarietà sociale, dando luogo ad una "società liquida" e ad "identità liquide", come le ha chiamate Bauman, che si sono tradotte in una paradossale riscoperta dell'antipsichiatria, questa volta direi come antipsicoanalisi, che però ora vuol dire sostanzialmente un generale disimpegno, a partire dalla politica, verso i problemi sociali e nel caso dei pazienti psichiatrici li ha liberati nel deserto. Per gli operatori della salute mentale, ritrovatisi in una grande carenza di mezzi e di risorse a disposizione, è oggi ancor più difficile degli anni passati attuare un

qualsiasi intervento terapeutico di gruppo o individuale che sia. Guelfo Margherita è dell'opinione che gli attuali servizi psichiatrici siano diventati la continuazione dei manicomi e dei loro contenuti di morte. Scrive che i Servizi: “sono organizzazioni il cui scopo precipuo è mettere in crisi l'identità personale e professionale di qualunque operatore che per qualunque motivo li attraversi. Scopo di un Servizio è infatti attaccare e soffocare quotidianamente la capacità di pensare.” (Margherita, intervento del 6/5).

Siamo ora nell'epoca della sanità “aziendalizzata” e la dicotomia custodia-terapia si è trasformata in quella ancor più drammatica di terapia-costi/benefici.

Ma è proprio impossibile coniugare la cura con il risparmio? Credo di no.

Si può fare. È il titolo del film del regista Giulio Manfredonia che racconta la storia, vera nei contenuti essenziali, di un intervento di terapia in ambiente psichiatrico, svoltasi in una Cooperativa di riabilitazione per pazienti gravi, che in realtà opera da anni in provincia di Pordenone. Ricordo con un certo orgoglio che nei primi tempi della organizzazione di quella Cooperativa alcuni suoi operatori frequentarono le Cooperative di Guidonia, già costituite anni prima per i pazienti gravi e lungodegenti dell'Ospedale.

Per questi soggetti la terapia è opportuno che tenga conto dell'integrazione fra gli interventi psicodinamici ed i metodi della psicologia sociale, che è attenta all'osservazione del paziente alle prese con ruoli e funzioni socialmente competenti. È questa la base di partenza della proposta, nella terapia dei pazienti gravi, del loro inserimento in un'attività che sia un lavoro.

L'inserimento del paziente in gruppi ai quali si offre come strumento di cura un lavoro protetto, vede in esso un'azione umana che spinge all'emancipazione e all'autonomia. Dagli Stati Uniti Liberman e Spivak e dalla Svizzera Ciompi ci hanno fatto giungere modelli ad indirizzo comportamentale, finalizzati al rinforzo di comportamenti valutati socialmente, quali le attività lavorative, il self help, l'autogestione del proprio spazio abitativo. Secondo questi psichiatri l'esito della malattia non è determinato tanto dalla specificità della malattia in sé, bensì dalla durata dell'effettivo distacco dal mondo lavorativo e relazionale.

Ad integrazione di questo modello proponevo, all'inizio degli anni '80, come operatore di formazione psicoanalitica, la riflessione sul significato psicodinamico del lavoro, da unire al modello che veniva suggerito dagli psichiatri prima citati. Il lavoro non solo come obiettivo della riabilitazione sociale, cioè reinserimento nella vita lavorativa, come priorità primaria da raggiungere, ma il lavoro come strumento terapeutico dinamico-relazionale, che possiamo chiamare riabilitazione psichica per quei pazienti gravi la cui psicopatologia è già diventata perdurante e non solo per loro.

Proponevo cioè di pensare ad un particolare tipo di lavoro che, come il gioco, potesse permettere al paziente la rinegoziazione dell'area transizionale e la possibilità di conquistare la capacità di simbolizzazione per la ripresa, anche se parziale, del processo maturativo.

Nelle due Cooperative di lavoro riabilitativo che riuscii a creare, i pazienti giunsero in poco tempo alla creazione di prodotti che immessi nel mercato fruttarono cospicui guadagni e potemmo vedere come il denaro accresceva rapidamente il senso di sé dei pazienti, oltre che provocare l'interesse degli amministratori per il notevole risparmio dei costi dell'assistenza ai pazienti stessi. Un politico arrivò a proporre di far pagare in parte ai pazienti, con il loro guadagno, la retta di degenza.

Nel caso delle Cooperative di Guidonia l'integrazione fra il modello psichiatrico di gestione farmacologica ed il modello psicoanalitico gioco-lavoro che proponevo, divenne poi impossibile da portare avanti per dinamiche inconsce non elaborate nel gruppo degli operatori dell'O.P. che trovarono il miglior alleato nelle regole dell'aziendalizzazione pretestuosamente interpretate.

Dopo più di vent'anni dall'inizio di quella esperienza terapeutico-riabilitativa, il tutto fu smantellato e giunse traumaticamente a conclusione.

Ritengo però che, come hanno dimostrato le tante Cooperative sorte poi sul territorio nazionale soprattutto in Emilia ed in Veneto, con questa formula sia possibile allo stesso tempo dare risposta al problema costi-benefici e soprattutto credo sia possibile consegnare agli operatori di formazione dinamica un modello psicoanaliticamente orientato di terapia per pazienti gravi.

Pur ricordando l'ammonimento di Racamier di usare la teoria mantenendosi attenti alla realtà concreta, è comunque utile riguadagnare qualche riflessione psicoanalitica sul lavoro.

La prima chiara e completa definizione di lavoro si deve ad Elliot Jaques: "Il lavoro è l'esercizio di discrezionalità all'interno di limiti descritti per raggiungere un oggetto" (Jaques 1970). La capacità di lavorare è quindi direttamente connessa alla forza delle funzioni dell'Io messo di fronte alla difficoltà del dover scegliere. Jaques distingue nel processo mentale del lavoro sei stadi, ognuno dei quali richiede un buon funzionamento dell'Io.

Ne consegue che il funzionamento mentale di uno psicotico grave difficilmente potrà riuscire in un compito che abbia caratteristiche di responsabilità e discrezionalità per le quali la società lo definisce lavoro. Nonostante ciò lo stesso Jaques riconosceva nel lavoro sia un'attività fondamentale nel provare la forza dell'io di una persona, ma anche capace di rafforzare la sua salute mentale. Nel lavoro possiamo trovare sia una misura della forza dell'Io, sia una terapia che, portando ad una necessaria cooperazione per il progetto comune, spinge verso relazioni che aprono anche i più tenaci ritiri narcisistici.

La funzione terapeutica del lavoro deriva dai suoi connotati di attività creativa, simbolica e riparativa.

Anche per la Klein le esperienze legate ad un compito da svolgere i cui contenuti simbolici contengano ansie distruttrici, favoriscono l'elaborazione della posizione depressiva, la spinta riparativa e quindi il processo verso la maturità. Sia nel bambino, che negli adulti, un compito portato a termine determina un rafforzamento della stima di sé e delle proprie capacità creative.

Il modello teorico di riferimento nella lettura della mia personale esperienza delle Comunità-cooperative di lavoro protetto è il pensiero di Winnicott (1958) ed i suoi concetti di aree e fenomeni transizionali.

Stiamo attraversando anni nei quali il tema del lavoro sociale è quotidianamente in primo piano. Anche il sedicesimo Congresso Nazionale della Società Psicoanalitica Italiana di quest'anno 2012 ha recato come sottotitolo "Danaro, Potere e Lavoro", ed esso è stato fra l'altro l'occasione per riflessioni sul significato del lavoro dal punto di vista psicoanalitico, che Winnicott con le sue osservazioni sull'area transizionale ci ha proposto.

La mancanza di posti di lavoro, la loro precarietà, la facile perdita del lavoro, con le sue conseguenze psichiche sulle persone, ha fatto capire la fondamentale importanza che il lavoro ha nella costruzione e nel mantenimento di quel sentimento della continuità dell'esistenza che Winnicott lega strettamente ai fenomeni transizionali. Il sentimento della continuità dell'esistenza, che all'inizio viene mantenuto dalle buone cure materne, è poi sostenuto dalle esperienze transizionali (il gioco e la fantasia) che in seguito si aprono verso aree e strutture sociali rappresentate da esperienze artistiche, religiose, ma soprattutto da esperienze di lavoro. Anche in persone con buon equilibrio psichico abbiamo visto che la perdita del lavoro determina la rottura del sentimento vitale della continuità dell'esistenza.

Per il livello mentale di un grave psicotico, un particolare tipo di lavoro, simile al gioco, può costituire l'esperienza dell'offerta di rinegoziazione dell'area transizionale con la successiva graduale e parziale apertura al mondo esterno, a quella realtà alla quale i meccanismi patologici non avevano permesso di arrivare. Nelle Comunità-Cooperative molti pazienti che ho seguito per più di vent'anni hanno mostrato una sempre più solida forza dell'Io che ha consentito loro di allontanarsi in qualche misura delle difese patologiche dei deliri o delle chiusure narcisistiche. Hanno ripreso un parziale contatto con la società stimolati dalla vendita dei loro prodotti che alcuni di loro collocavano nel mercato.⁷

In questa possibilità evolutiva è il significato terapeutico del lavoro nella psicoterapia istituzionale delle psicosi o diciamo pure dei pazienti gravi.

⁷ Si sono ben prestati allo scopo i lavori agricoli tipo produzione di ortaggi, l'allevamento di animali da cortile, i lavori di cucito e ricamo e l'organizzazione di un piccolo esercizio di vendita tipo bar.

10 giugno 2012

Note a partire dalle relazioni di Campoli e Correale.

Marco Monari

Gentili colleghi,

scrivo queste brevi riflessioni dopo la lettura dei due lavori di Giorgio Campoli e Antonello Correale, senza tener conto, per problemi di tempo, degli interventi successivi: me ne scuso e più avanti cercherò di rimediare.

Dai primi anni '80 lavoro nei servizi territoriali della mia città o della sua vicina periferia e fin dall'inizio della mia carriera psichiatrica ho avuto la fortuna di essere per anni al fianco di Giuseppe Berti Ceroni, che mi pare giusto ricordare qui per l'importanza, la generosità e l'ampiezza della sua opera teorica e clinica intorno ai confini tra medicina, psichiatria, psicoanalisi, patologie gravi e servizi pubblici (Berti Ceroni, 2011). Uno degli aspetti che mi pare fondante il suo pensiero, e che come tale ho fatto mio, è dato dalla possibilità di tenere insieme la sobria chiarezza di un lavoro medico competente e puntuale, che concede ampio credito all'aspetto biologico e sociale nella genesi della malattia mentale nonché ai suoi spazi terapeutici, con la presenza di un pensiero psicoanalitico mai egemone e totalizzante, ma necessario come bussola di comprensione dei fenomeni psichici individuali e collettivi. Una psichiatria quindi cui l'approccio psicoanalitico può dare un contributo e non certo una psichiatria "psicodinamica", e perciò essa stessa riduttivamente concepita, perché rischia di mettere in dubbio l'indissociabilità delle componenti biologiche, sociali, storiche e psicologiche in ogni paziente e in ogni fase del suo disturbo. Compatibilmente con questo approccio non ho mai avuto la sensazione di indossare abiti o casacche, per quanto diverse fossero, tra loro incompatibili nel corso della mia giornata lavorativa divisa tra la convulsa attività psichiatrica e quella più propriamente psicoterapeutica o psicoanalitica, anche se a volte mi sono sentito un po' atipico con i colleghi, troppo psichiatra per gli uni o troppo psicoanalista per gli altri. Un elemento unificante la mente al lavoro in entrambi gli assetti, è stato immaginare il mio setting interno di psicoanalista come una sorta di fisarmonica, con un cursore ad ampio respiro a seconda della situazione e del tipo di paziente al cui servizio terapeutico mi pongo. Non credo che all'interno di questa estesa gamma di pratiche cliniche sia psicoanalitico tutto ciò che faccio, anzi..., ma che essere psicoanalista possa essere un aiuto a cercare di fare la cosa giusta e nel miglior modo che mi è possibile. Sono quindi d'accordo con G. Campoli quando (nella sua relazione introduttiva, pag. 6) sostiene che "è possibile essere psicoanalista mentre si lavora all'interno del servizio psichiatrico". Ritengo che l'"ibridazione" tra psichiatria, psicoanalisi e psicopatologia, termine di Rossi Monti e Foresti, richiamato da Campoli nel suo lavoro, renda l'idea del faticoso percorso personale, di riflessione teorica e clinica, sostenuta dall'esempio dei tanti maestri (da De Martis a Fornari, da Zapparoli, ai colleghi del Gruppo Gravi della SPI, ai nostri due relatori del dibattito, per citarne solo alcuni) che consenta di provare a tenere insieme queste parti e a costruire nel tempo, ciascuno con pazienza certosa ed artigianale, il proprio specifico modo di lavorare.

Ho recentemente scritto un lavoro intorno ad alcuni "Elementi di continuità tra psichiatria e psicoanalisi" (Monari, 2012) (si tratta di un capitolo del libro a cura di Luigi Caparrotta e Paola Cuniberti, "Psicoanalisi in trincea", Franco Angeli 2012), in cui sono contenute riflessioni più specifiche ed elaborate, ed è lì che rimando per eventuali approfondimenti.

Comunque credo che l'importanza di concetti come campo istituzionale, gruppo di lavoro e supervisione clinica siano temi teorico-clinici, cui i colleghi della SPI hanno dato tale sviluppo e rilevanza in questi anni, da essere naturalmente assorbiti nel mondo psichiatrico dei servizi come un patrimonio culturale condiviso e fondante il suo funzionamento.

Alle "forme della presenza" suggerite da Campoli, con cui concordo, aggiungerei, tra le tante, lo psicoanalista come specialista non solo "nella raccolta dei dati anamnestici" (Winnicott, 1962, pag. 167), ma anche nello sviluppo-tessitura-costruzione della relazione terapeutica, nell'autoscrutinio

riflessivo del controtransfert ampiamente inteso, nella regolazione delle aspettative di entrambi gli attori in gioco, nel senso del limite personale individuale e collettivo, nel timing degli interventi clinici, nell'ascolto del paziente e nel rispetto del suo diritto di essere considerato tale, nel tentativo di costruirsi nel tempo un'auto-rappresentazione di come funziona la sua mente, nel lavoro sul positivo, nell'entrare in un contatto emotivo in qualche modo significativo e nella capacità di districarsi tra le fasi di rottura della relazione terapeutica individuale o istituzionale e il momento più opportuno per un riavvicinamento riparativo..... Mi chiedo inoltre come mai non si faccia menzione delle funzioni psicoterapeutiche specifiche, individuali o gruppali, che i servizi psichiatrici più maturi dovrebbero essere in grado di mettere in campo con i pazienti più gravi almeno, su cui noi psicoanalisti italiani abbiamo portato contributi scientifici sporadicamente accolti dalle nostre riviste psicoanalitiche, nonostante le numerose esperienze fatte sul campo. Forse non viene tollerata dal nostro mondo psicoanalitico istituzionale un'ibridazione eccessiva con forme di psicoterapia e con i modelli empirici della sua validazione ora imperanti? A questo proposito mi è capitato tra le mani in questi giorni un importante contributo di colleghi inglesi (*"Off the couch. Contemporary Psychoanalytic Application"* A. Lemma e M. Patrick (eds.), Routledge, 2010) in cui vengono forniti numerosi esempi della fondatezza ed efficacia clinica di terapie ad ispirazione psicoanalitica nei più vari contesti del servizio pubblico. Perché non cercare allora di mettere insieme le esperienze italiane più significative in questo senso?

Per quel che riguarda il lavoro di Antonello Correale, condivido il suo cauto pessimismo: la psicoanalisi è attualmente in crisi non tanto come metodo, che, come ben sappiamo, può essere applicato in contesti diversi e in modi flessibili e personalizzati, e noi psicoanalisti tutti continuiamo a lavorare intensamente, ma nella sua proposta come setting classico di 3-4 sedute settimanali (Monari e Resele, 2010). Se questa è la situazione sociale, non può non esservi qualche riflesso anche nell'istituzione psichiatrica ove ora la cultura psicoanalitica, che è molto diffusa e anche diluita nella pratica terapeutica di ogni professionista preparato, si confronta con l'ondata cognitivo-comportamentale diffusa soprattutto tra i giovani. Come esempio del cauto pessimismo citato, quest'anno, per la prima volta dopo circa trent'anni, non è stato possibile organizzare alcun seminario a Bologna nell'ambito del *"Corso di San Lazzaro sulla psicoterapia psicodinamica nei servizi pubblici"*, che, dopo tanti anni di rilevante ed intenso lavoro, sembra essere così giunto vicino ad una sua naturale conclusione. Numerosi sono i motivi, oltre alla demotivazione e alla stanchezza del gruppo dei colleghi che ne ha costituito per tanti anni il nucleo storico, di sicuro la mancata immissione di colleghi giovani e psicodinamicamente orientati ha fortemente contribuito a sancirne la fine; col senno di poi, mi sembra ora evidente che bisognava introdurre prima qualche modificazione innovativa nell'organizzazione del gruppo di colleghi. Non vorrei con questo aggiungere la mia lamentazione a quella generale che è attualmente così diffusa a tutti gli operatori, anzi credo che occorra affrontare anche questa fase e strologare qualcos'altro nel prossimo futuro. Questo della lamentazione degli operatori è un tema assai caro a Pino Riefolo ed è strettamente connesso a quello dei limiti sempre più ristretti in cui ci troviamo ad operare. Spesso è, a mio modo di vedere, la conseguenza di una inveterata mancanza di pianificazione clinica dei nostri centri di salute mentale i quali debbono assicurare la tutela e la cura "sine die" di ampie fette di popolazione per tutti i disagi psichici (quelle che chiamo le "corsie della cura", dai disturbi emotivi comuni, alle patologie gravi psicotiche e borderline, che necessitano dello sforzo integrato del gruppo di lavoro, alle patologie cronico-ricorrenti, all'area specifica della psicoterapia). Forse ha a che fare anche con la cronicità di noi operatori e con la difficoltà di inventare e mettere in moto forme innovative ed originali di terapia, da gruppi di discussione tra pazienti all'auto mutuo aiuto, all'ausilio di altre professionalità presenti nei servizi, infermieri ed educatori, spesso tanto esperti e preparati quanto bisognosi di supporto per partire, opportunamente sostenuti, in nuove forme di dialogo e rapporto con l'altro sofferente. Forse il termine aziendalistico di "prodotto" e la sua burocratica registrazione, unito all'oggettivo iperaffollamento degli ambulatori, ha contribuito a creare una sorta di gabbia che omogeneizza inscatolandolo il lavoro terapeutico e paralizza le fantasie creative degli psichiatri: in tempi passati c'era un maggior investimento libidico rispetto alle potenzialità

terapeutiche dei servizi e una maggiore curiosità sul loro futuro. Un ultimo accenno lo vorrei fare sul piccolo gruppo: anche nella mia esperienza è la dimensione ideale in cui poter mettere in campo un'operatività clinica che possa essere pensata, attuata e condivisa tra gli operatori, ma sono le dimensioni gigantesche che hanno assunto i Dipartimenti nelle loro diverse articolazioni -nella mia regione comprendono anche Sert e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza- a porre i maggiori problemi per l'indubbio rischio di un nuovo campo istituzionale macchinoso e difficilmente governabile, nonostante la ricchezza delle tante esperienze da cui è costituito. Forse è questa una sfida nuova tra le tante che ci troviamo ad affrontare?

11 giugno 2012

Su psicoanalisi e servizi

Roberto Vari

Vorrei esprimere alcune considerazioni in merito al tema psicoanalisi e servizi. Lavoro come psichiatra da molti anni in un centro di salute mentale, dopo aver attraversato per lungo periodo l'esperienza ospedaliera del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. Una prima notazione che mi veniva in mente è la difficoltà che provo nel considerarli soltanto come due soggetti separati che dialogano. Basandomi sull'esperienza mi sembra di intravedere un livello, per me sostanziale, nel quale sembrano impastati tra loro, non soltanto per gli ingredienti e la metodologia che la psicoanalisi ha fornito alla cucina del servizio (vertice di osservazione, strumento interpretativo, assetto nell'ascolto, modelli teorici etc.), ma anche in senso inverso, per il contributo che i servizi hanno garantito alla psicoanalisi. Per esempio in un aspetto strutturante del movimento psicoanalitico il ricorso alla attività prestata nei servizi, da parte di psicologi e medici, viene sempre più utilizzato come risorsa concreta per l'investimento che comporta la formazione analitica.

Il nostro agire dentro servizi è avere contribuito a creare il servizio. Il servizio aiuta a creare nuovi psicoanalisti. Siamo entrambi tessuto connettivo interstiziale dell'altro. Credo che anche a questo livello si dovrebbero rivolgere le nostre osservazioni.

Penso ad una psicoanalisi in azione nel servizio, secondo il vertice bioniano, che promuove processi trasformativi, multiformi e continui. Ma di contro cosa ha portato il servizio in noi, quale frontiera ci pone di fronte? Che cosa esploriamo?

Un piano che a me sembra che emerga può avere come premessa alcune considerazioni di Franco Basaglia, sul paziente internato nell'istituzione manicomiale: "È nel silenzio di questi sguardi che egli si sente posseduto, perduto nel suo corpo, alienato, ristretto nelle sue strutture temporali, impedito di ogni coscienza intenzionale. Egli non ha più in sé alcun intervallo: non c'è distanza fra lui e lo sguardo d'altri, egli è oggetto per altri tanto da arrivare ad essere una composizione a più piani di sé, posseduto dall'altro "in tutti i piani possibili del suo volto e in tutte le possibili immagini che di volta in volta possono derivare dai vari atteggiamenti che si possono cogliere". Il corpo perché sia vissuto è dunque nella relazione di una particolare distanza dagli altri, distanza che può essere annullata o aumentata a seconda della nostra capacità di opporsi. Noi desideriamo che il nostro corpo sia rispettato; tracciamo dei limiti che corrispondono alle nostre esigenze, costruiamo un'abitazione al nostro corpo. (da *Corpo, sguardo e silenzio*, 1965)"

I servizi territoriali possono, nell'accezione più positiva, favorire questa realizzazione? Promuovere l'abitazione del corpo dei nostri pazienti con funzioni che continuamente vengono svolte dagli operatori, funzione di filtro, metabolismo, accrescimento e sviluppo, evacuazione. Credo che anche la psicoanalisi stia avendo un ruolo in questo processo: penso che dovremmo fare più propria la

responsabilità di stare dentro, essere anche istituzione - non soltanto un soggetto che dialoga - altrimenti mi sembra che ci possa correre il rischio di ripresentificare ad un altro livello una dicotomia mente - corpo, che può tendere ad annullare il “corpo del servizio” nella malattia. Mi viene da auspicare un’attenzione, una ricerca su questi livelli primitivi della nostra esperienza di psicoanalisti nell’istituzione. Stiamo contribuendo dall’interno, oltre che dall’esterno, a rendere abitato e vivo il corpo dei nostri pazienti. Mi pare che essi ci indichino anche la strada: sembra il momento della definizione dei confini, e delle vicissitudini per rendere vivo questo corpo, non più annullato nell’istituzione manicomiale. Mi chiedo, in tal senso, se un punto di reperi possa essere rappresentato dall’area dove sembra essere transitata l’espressione della sofferenza psichica a partire dalla schizofrenia - patologie borderline, disturbi alimentari, tossicofilie, controllo dell’impulsività, spettro affettivo ?

Ingredienti psicoanalitici che mi vengono in mente - in questo campo dell’abitazione del corpo - sono i contributi di De Toffoli (“il corpo vivente dell’esperienza psicoanalitica”, 2009), Ogden (il concetto di “minded body” – Ogden 2001), sul solco tracciato da Bion, Milner e Winnicott.

Credo però che una conseguenza di questi discorsi sia anche chiedersi se il nostro contributo possa essere politico a più ampio raggio, finalizzato a promuovere una azione tesa ad un adeguamento del tessuto germinativo, nel quale e per mezzo del quale, si verifichi quella che Basaglia definisce come costruzione dell’abitazione del corpo.

Può avere senso riconsiderare l’appropriatezza della nuova istituzione “servizio” di cui anche noi psicoanalisti facciamo parte (per esempio nel percorso e nei luoghi di cura)? Concludo con un’altra citazione di Basaglia:

“Ho chiesto vergognandomi, ad un mio collega inglese: – Cosa vuol dire istituzione?- Lui non sapeva darmi una risposta, si meravigliava molto della mia scarsa eleganza concettuale... (...) ... e guardandomi mi rispose in maniera pragmatica: "L'istituzione è ...- guardandosi intorno – ... Questa" indicandomi con le mani. Eravamo in una stanza di un manicomio. E così ho avuto l'illuminazione per cui ho capito che l'istituzione in quel momento eravamo noi due, là, in quel posto che era il manicomio, e quindi ho cominciato a capire che tutti quei discorsi che noi facevamo in quel momento erano discorsi che aprivano o chiudevano quest'istituzione, che eravamo noi due. Se noi facevamo dei discorsi di apertura, l'istituzione era una situazione aperta; se noi facevamo dei discorsi di chiusura l'istituzione era un'istituzione chiusa. Questo era il parlare, ma poi c'era anche il fare; cioè se il personale dell'istituzione la gestisce in maniera chiusa, mentalmente e praticamente, questa è un'istituzione chiusa; se fa il contrario è un'istituzione aperta”. (da *Introduzione generale ed esposizione riassuntiva dei vari gruppi di lavori, corso di aggiornamento per operatori psichiatrici*, Trieste 1974)”.

15 giugno 2012

Riflessioni

Antonello Correale

Credo che sia molto importante riflettere tutti insieme sull’andamento di questo dibattito sui rapporti fra psicoanalisi e servizi psichiatrici.

Il numero degli interventi è nettamente inferiore a quello dei dibattiti precedenti e, benché la qualità di alcuni di tali interventi sia molto elevata, si percepisce nell’insieme un atteggiamento di grande prudenza e una netta preferenza verso una modalità molto panoramica ed amplificata di entrare nella questione, a scapito di osservazioni più specifiche e particolareggiate.

Come interpretare questa situazione?

Vorrei contribuire alla risposta a questa domanda, riproponendo alcuni temi, che possano forse favorire possibili risposte, anche da parte di altri.

1) *Pessimismo e lamentele*

Non credo che un atteggiamento di preoccupazione circa lo stato attuale dei servizi, possa essere liquidato come una tendenza alla lamentele o una propensione al pessimismo.

Chiunque viaggi per i servizi, per tutta Italia, percepisce quasi ovunque una crisi, che gli operatori stessi descrivono come culturale, e non solo economica, politica o istituzionale.

Per molti motivi, la cultura nei servizi sta scivolando verso una valutazione prevalente dei comportamenti, con una tendenza molto preoccupante a svalutare la dimensione soggettiva dei problemi mentali.

Segnalare questa crisi culturale non è a mio avviso segnale di pessimismo o di tendenza alla lamentele. Il medico che diagnostica una polmonite non invita alla lamentele, ma segnala un problema che richiede pronte risposte e terapie adeguate. Se questo stesso medico chiamasse la polmonite un raffreddore, contribuirebbe al danno del suo paziente, non certo ad un suo incoraggiamento.

Segnalare la grave crisi culturale nei servizi ha quindi, ai miei occhi, il fine preciso di individuare una risposta adeguata e di evitare meccanismi di negazione solo apparentemente pacificante.

La domanda che io aggiungo è: in che misura noi psicoanalisti abbiamo più o meno consapevolmente contribuito a questa crisi culturale dei servizi?

2) *Psicoanalisi e psichiatria.*

Io credo che il problema del rapporto tra psicoanalisi e psichiatria possa essere riproposto in questa forma.

La psicoanalisi è fondata su alcuni potenti nuclei concettuali che, anche se in continua evoluzione, mantengono però una loro potente validità di fondo. Possiamo annoverare, tra tali nuclei, l'aspetto pulsionale della psiche umana, l'importanza delle memorie infantili, il trauma, la tendenza alla ripetizione, il transfert e altri ancora. Tali temi hanno una immensa capacità fecondante e possono essere proposti nella discussione dei casi con modalità che bloccano la riduttività alla pura azione e ripropongono una visione della soggettività.

Tali temi sono del tutto compatibili con un ricco confronto con altri approcci, in particolare con l'approccio dominante in questo periodo che è quello basato sull'attaccamento e che passa sotto il termine molto generale di cognitivo-comportamentale. Penso addirittura che proprio le pratiche nei servizi permettano una ricchissima possibilità di confronto fra questi grandi temi psicoanalitici e gli approcci basati sulle premesse di altre teorie.

Ma è necessario che nei servizi sia presente più psicoanalisi e non meno psicoanalisi.

Che lo psicoanalista, specie se con funzioni dirigenziali, proponga con forza i suoi temi, e non si limiti a favorire un ambiente adatto alla circolazione di idee.

Non possiamo pensare, che tutto si riduca ad essere una buona madre-ambiente. In un servizio le differenze sono tali, la competizione così sfrenata, la tendenza alla riduzione e alla semplificazione dei temi così accentuata, che un atteggiamento troppo basato solo sul dare ascolto e dare spazio, per quanto essenziale, come è ovvio, non sia sufficiente.

Io ho sperimentato personalmente che, se i temi vengono portati non in modo dottrinario, ma in modo clinicamente vicino alle tematiche dei pazienti, questi stessi temi, di cui stiamo parlando, determinano negli operatori grande risonanza e attivano una creatività insospettata, anche in persone lontane dall'approccio psicoanalitico.

Non possiamo basarci soltanto su quello che non sappiamo. Idealizzare una specie di spazio vuoto, che lo psicoanalista dovrebbe favorire in attesa che qualcuno, non si sa chi, lo riempia. Non dobbiamo avere paura di dare anche qualche risposta e non continuare ad idealizzare la domanda, come unico problema significativo del confronto tra gli operatori.

Ci penserà la clinica a mettere in discussione le parti rigide dei nostri concetti e anche il confronto onesto, laddove sia possibile, con operatori ispirati ad altri approcci.

Insomma non credo che la psicoanalisi possa essere limitata al suo elemento fondante, che è e rimane il lavoro nella stanza, ma che esista una dimensione gruppale, che ormai ha una tradizione importante, che dobbiamo sviluppare sempre di più.

3) Traduzione.

Questa presentazione dei nuclei psicoanalitici fondamentali non può avvenire altro che attraverso un importante lavoro di traduzione.

Abbiamo discusso spesso con Luigi Boccanegra di questo problema.

Per traduzione, intendo la capacità di comunicare i temi psicoanalitici attraverso un linguaggio che sia più vicino possibile alla vita ordinaria, senza far perdere di rigore i concetti stessi. Credo che Wittgenstein proponesse l'importante idea, che il linguaggio ordinario abbia delle possibilità comunicative potentissime, molto maggiore di quanto chi lo usa si renda conto.

Il problema è che tali nuclei vanno così profondamente elaborati, da perdere ogni veste scolastica o accademica e diventare vere idee fecondatrici, stimoli e ricerca di sviluppi per possibili approfondimenti. È necessario insomma che la psicoanalisi rifletta su se stessa, ritrovi la forza e il coraggio delle sue idee portanti e perda questo timore di confronto, che la spinge certe volte a privilegiare l'idea che la psicoanalisi sia soltanto una accogliente conversazione con un altro soggetto.

Sono convinto che una parte della crisi dei servizi sia legata ad una sorta di timidezza orgogliosa degli psicoanalisti presenti nei servizi stessi, malattia che affligge molti di noi e che ci spinge a sentirsi molto importanti quando siamo fra noi, e ad assumere un comportamento evitante quando siamo in contesti diversi, o addirittura a privilegiare un doppio binario, psicoanalisti nella stanza e istituzionalisti nei servizi.

Ci riusciremo?

21 giugno 2012

L'ascolto del sintomo

Laura Contran

Lavoro in una struttura psichiatrica (CPS) da diverso tempo ed ho seguito il dibattito in corso con grande interesse. Prendo lo spunto, a partire da quanto scrive Corrales: “[...] si percepisce nell’insieme un atteggiamento di grande prudenza e una netta preferenza verso una modalità molto panoramica ed amplificata di entrare nella questione, a scapito di osservazioni più specifiche e particolareggiate” per proporre alcune brevi riflessioni. Credo sia importante ricordare che lo psicoanalista-operatore psichiatrico che lavora nell’istituzione si trova a curare, oltre le patologie gravi, con le implicazioni che i colleghi hanno ben descritto, un’ampia “fascia” di pazienti certo meno gravi da un punto di vista psicopatologico, ma non per questo meno sofferenti e, in certi casi, a “rischio”. Fascia nella quale rientrano, ad esempio, le cosiddette nuove patologie (depressioni, attacchi di panico). L’Istituzione, quindi, non è solo un luogo di cura, ma un osservatorio privilegiato rispetto al manifestarsi dei “nuovi disagi sociali”. Kaës, già nel 2005, sottolineava che il nostro tempo è dominato dalla cultura del controllo e dell’urgenza. “[...] La cultura dell’urgenza e dell’immediatezza interroga lo statuto della temporalità nel disagio postmoderno. Il rapporto con il tempo, nella postmodernità, privilegia l’incontro sincronico, qui ed ora: il tempo breve prevale sul tempo lungo”.

L'approccio psicoanalitico, a differenza di altre psicoterapie, in quanto si occupa di ciò che è inconscio vede nel sintomo non tanto un'anomalia da sanare o rettificare, ma qualcosa che ha a che vedere con una verità che riguarda il soggetto e della quale egli non vuole sapere seppure essa sia fonte di sofferenza. La crisi aperta dal sintomo viene a procurare una frattura che spesso ha gli effetti di un indebolimento dell'identità soggettiva, creando un disorientamento che il soggetto cerca immediatamente di ricomporre per ripristinare "la normalità perduta".

Sempre più frequentemente, negli ultimi anni, i disagi economici e sociali sono causa di un malessere personale che assume risvolti a volte drammatici, e in una certa misura traumatici, in quanto minano le certezze acquisite, ad esempio attraverso il consolidamento di un'identità professionale. Accade quindi che, con una certa frequenza, accedano al servizio psichiatrico persone con queste difficoltà, inviate (gli invianti possono essere il medico di base, le organizzazioni sindacali, l'avvocato che segue la causa di lavoro) al fine di appurare, certificare (o potremmo dire "garantire") l'oggettività di tale disagio.

Premesso che ciò non dovrebbe rientrare nelle competenze del servizio psichiatrico, accade, tuttavia, di incontrare alcune situazioni nelle quali la domanda di riconoscimento e della "certificazione di un danno", si riveli in realtà, la copertura di una sofferenza e di un disagio soggettivo preesistenti. A questo riguardo, vorrei proporre una situazione clinica che ho trovato particolarmente emblematica.

Un caso clinico

Un problema di mobbing

G. è un uomo di 43 anni che si presenta al primo colloquio psicologico inviato dal medico di base con la richiesta di un certificato medico-psicologico che attesti l'insorgenza di una depressione reattiva sviluppatasi in seguito a una sorta di mobbing subito sul lavoro.

Il paziente, costantemente in cura per una malattia cronica (a prognosi incerta) di cui era venuto a conoscenza circa sei anni prima, aveva maturato nel tempo l'idea che il tipo di lavoro specializzato che stava svolgendo nell'azienda nella quale lavorava da 10 anni, non fosse compatibile con la malattia diagnostica e di conseguenza aveva chiesto un cambio di mansioni. Il tipo di lavoro che svolgeva comportava, infatti, lo stare a contatto con sostanze chimiche, che, a parere del paziente (senza alcuna convalida di tipo medico) potevano addirittura essere state la causa della sua malattia. I datori di lavoro si erano dimostrati disponibili a un cambiamento, ma le mansioni proposte vennero rifiutate dal paziente e vissute come svalutative rispetto alla propria professionalità.

Nel tempo si era venuta a creare una forma di conflittualità sempre più accesa con i "capi" che da un lato non tenevano conto della sua "invalidità" e dall'altro non gli riconoscevano l'esperienza acquisita offrendogli un lavoro non all'altezza delle sue capacità. La rabbia e l'impotenza vissute in questa situazione lo portarono a continue fantasie di possibili rappresaglie. Il paziente continuava a rimuginare "su come fargliela pagare" oppure era travolto da pensieri di auto danneggiamento se non gli avessero riconosciuto quello che gli spettava, sia in termini di un risarcimento economico sia trovandogli uno spazio lavorativo più idoneo.

Con tono aggressivo e rivendicativo esigeva da me un certificato (anche se non capiva perché doveva parlare con una psicologa) che attestasse la "verità" di tutto ciò che mi aveva descritto, mostrandosi poco disponibile ad ampliare un discorso sul proprio disagio che negli ultimi tempi si manifestava con crisi di ansia molto forti, insonnia, e una costante irritazione accompagnata a "brutti pensieri". Da circa tre mesi non riusciva più a recarsi al lavoro.

Gli pongo a questo punto una domanda: "Non mi è chiaro se quello che Lei si aspetta sia un certificato di invalidità o di validità? E mi stavo chiedendo se questo, forse, non risulti poco chiaro, oltre che ai suoi datori di lavoro, anche a se stesso ...". Il paziente si dimostra disorientato e

colpito, ma allo stesso tempo questo mio intervento sposta il discorso e ci dà modo di affrontare altri aspetti della sua vita. Le sue “rabbie” al di là della situazione lavorativa riguardavano una serie di frustrazioni accumulate anche nell’ambito familiare.

L’incomprensione della moglie che “lo sottovaluta”, e che a differenza di lui, si era creata una situazione lavorativa gratificante e ben remunerata; l’indifferenza dei figli, dei quali si era molto occupato quando erano piccoli e che ora, adolescenti, sembravano non “considerarlo”; la paura di sentirsi “tagliato fuori” dalla vita a causa della malattia che lo esponeva a un futuro incerto. A poco a poco nel corso dei colloqui G. incomincia a chiedersi se il suo atteggiamento di ostilità e rivendicazione nei confronti della moglie e dei figli (e dello stesso datore di lavoro), non avesse contribuito ad allontanarli e a renderli ostili nei suoi confronti “forse perché anche loro non sanno bene cosa fare”.

Superato il pragmatismo difensivo messo in atto in un primo tempo, G. incomincia ad affrontare quelle che in realtà erano le sue angosce di tipo narcisistico più profonde, il senso della perdita, di fallimento, e in ultima istanza, di morte. La malattia aveva assunto contorni persecutori ed era vissuta come una colpa che il paziente doveva proiettare all’esterno: sul datore di lavoro, sulla moglie e i figli, con il rischio di danneggiare, in modo irreparabile, il proprio mondo affettivo e relazionale.

Dopo sei incontri il paziente mi comunica che non potrà più venire agli appuntamenti perché nel frattempo ha deciso di riprendere il lavoro abbandonato l’idea di intraprendere una causa per mobbing “Non so perché, ma in questo periodo le acque si sono calmate. Ho parlato con il capo. Siamo arrivati a un compromesso ... e io mi sento meno arrabbiato nei suoi confronti. Per il futuro vedremo, ma adesso va meglio, sono più tranquillo”.

Ci lasciamo con l’accordo che potrà riprendere le sedute se lo riterrà utile.

Certo non si può parlare né di psicoterapia in senso stretto né tanto meno di guarigione, ma il nodo sintomatico rappresentato dagli agiti messi in atto dal paziente sembra essersi “sciolto” nel momento in cui egli ha potuto attribuire un nuovo senso a quella persecutorietà interna che spostava sull’altro. Passando dalla logica della colpa indifferenziata a quella della responsabilità soggettiva.

Questo frammento di caso clinico mi sembra metta in evidenza come «Ogni cura richiede un minimo di transfert di base, una capacità di empatia sufficiente da parte dell’analista per valutare fino a che punto una data interpretazione della situazione può essere accolta, con la sua dimensione necessariamente e provvidenzialmente traumatica. Essa crea la sorpresa della scoperta o della conferma di un fantasma o di una situazione angosciante fin lì incompresa o sottovalutata dal soggetto» (Cahn, 2002, 128).

Credo che anche nelle psicoterapie dove i “criteri sintomatici”, soprattutto nell’istituzione, hanno senza dubbio un peso maggiore, essere psicoanalisti significhi “far accadere qualcosa di psicoanalitico” (ibid., 159) anche se questo non significa, come sottolinea Campoli “trasferire” il metodo psicoanalitico. Qualche giorno fa, in una riunione d’equipe, un giovane collega psichiatra, molto critico nei confronti della psicoanalisi da lui ritenuta una “tecnica” alquanto obsoleta e poco risolutiva ha affermato (tra l’ironico e il provocatorio) “... Insomma meno parole e più farmaci!”. Ma la vera questione sta nella capacità di ascoltare il sintomo.

21 giugno 2012

Psichiatria e psicoanalisi

Cosimo Schinaia

Nonostante molti lo dimentichino, è crescente il numero di colleghi con doppio statuto di psichiatra e psicoanalista. Per alcuni di essi è preferibile una scissione fra le due aree di lavoro e di

costruzione di pensieri terapeutici (forse sarà preferibile, ma non so quanto veramente realizzabile!), per altri (io fra questi) è fondamentale una continua osmosi perché entrambe le esperienze psichiatrica e psicoanalitica possano reciprocamente arricchirsi. Sarebbe fuori luogo citare quanto Freud debba alla neurologia, alla psichiatria e all'ipnosi, così come bisognerebbe ricordare che M. Klein ha usato il vocabolario psichiatrico (stravolgendolo) per proporre le sue rivoluzionarie teorie. Quanto può avere inciso la psichiatria rispettosa dell'interlocutore insegnata e praticata a Pavia nella scuola di De Martis sulle originali teorie del campo bipersonale di Nino Ferro? Potrei continuare a lungo, ricordando come l'esercizio di una certa psichiatria democratica, con il tempo allontanata dagli originari ideologismi basagliani, abbia permesso la costruzione del lavoro d'équipe, la costruzione dei piccoli gruppi terapeutici, l'analisi delle influenze sociali, ecc. E' vero che negli ultimi anni si assiste a un pericolosissimo biologismo di ritorno, ma non sarei così pessimista circa la possibilità di ulteriore espansione di una psichiatria ad orientamento analitico nelle strutture pubbliche, perché ancora oggi la gente ha bisogno di sentire, di capire, di fare continue attribuzioni di senso e di non cortocircuitare solo attraverso il farmaco o la relazione intransitivamente autoritaria. Il problema è che lavorare bene stanca, consuma e l'importanza del lavoro psicoanaliticamente orientato non viene riconosciuta come dovrebbe, come un lavoro, cioè, ad altissima professionalità e ad alto costo. Forse quando parliamo di azienda e di risultati, dovremmo avere più coraggio nel far vedere quante persone continuano a venire presso i centri di salute mentale non perché cronicizzati, ma perché tenuti in vita dalle nostre parole, dai nostri sguardi, dalla possibilità di incontri umani significativi, da una disponibilità spesso impossibile da trovare in altri luoghi cosiddetti terapeutici. E non sto facendo un inno al buonismo e all'oblatività, ma sto cercando di far capire quanto importante sia la nostra pratica, la nostra pluridecennale ricerca. Il rischio è di non essere completamente considerati degli psichiatri e di non essere vissuti completamente come psicoanalisti. Se abbiamo un presidente della SPI che è anche direttore della clinica psichiatrica di Pavia e che dirige un servizio di salute mentale pubblico, vuol dire che qualcosa è cambiato, anche se credo che molto ci sia da lavorare sia nell'istituzione psichiatrica che in quella psicoanalitica, perché alcuni aspetti di chiusura societaria scompaiano.

Nel 2000, in occasione di un dibattito online, a partire da uno scritto denso e bello di Anna Ferruta, scrivevo, tra le altre, queste brevi note sull'importanza che la psichiatria ha storicamente assunto per lo sviluppo della psicoanalisi, visto che generalmente si è sempre parlato dell'influenza della psicoanalisi sulla psichiatria. Ho avuto molte resistenze circa l'utilità di un mio intervento, perché da un anno ho dato le dimissioni da direttore del servizio di salute mentale di Genova centro, dopo tanti anni di intenso e appassionato lavoro. C'è sempre il rischio dell'esaltazione del come eravamo e della pontificazione su argomenti di cui non si ha più il polso in prima persona. Le gentili richieste di alcuni colleghi e, spero, la mia misura, cercheranno di ridurre al minimo questi rischi.

Se è vero che negli ultimi anni si è assistito a una deriva tecnicistica e sempre più di controllo sociale in opposizione alle istanze comprensive e terapeutiche, è altrettanto vero che, nonostante le enormi difficoltà, è andata crescendo una "cultura del servizio", in cui la percezione psicoanalitica della sofferenza e del disagio ha avuto un posto significativo. L'incontro con le famiglie e con i gruppi microsociale di riferimento, il tentativo di comprensione delle determinanti non solo socioculturali, ma anche relazionali, il collegamento con le più disparate agenzie territoriali (ospedali, strutture di assistenza sociale, privato sociale, comunità, ecc.) sono ormai asse portante in molte realtà di assistenza psichiatrica e, per alcuni versi, si tratta di modalità organizzative e osservative che possono prescindere dal direttore psicoanalista che le ha istituite, anche se vanno continuamente difese dalla deriva biologistica e pseudo-efficientista. Le discussioni cliniche, le riunioni d'équipe, le assemblee di servizio, sono, perlomeno per le realtà a me note, una strutturazione stabile del lavoro psichiatrico, anche se continuamente messe in questione dall'urgenza/emergenza, dal ridotto numero di operatori, dal decremento delle risorse, dall'incremento di richieste improprie, dipendenti cioè da una sofferenza che non trova risposta nel sociale, per cui si patologizzano, si offrono sotto le mentite spoglie di malattie psichiatriche per

trovare una qualche accoglienza. La riduzione dei fondi ai comuni da parte dello stato centrale, per es., ha decisamente ridotto la loro capacità di intervento sul sociale, dirottando impropriamente verso la psichiatria richieste di sostegno (ovviamente anche psicologico) che meriterebbero altre e più articolate risposte.

L'intasamento (scusate il termine) dei servizi con molte richieste di questo tipo ne riduce la funzionalità e la capacità di intercettare la sofferenza emergente, per es. in molti giovani che non riescono a trovare una possibile risposta alle loro richieste di aiuto. La richiesta psicoterapeutica resta sostanzialmente inevasa a causa dell'impossibilità di una risposta che spesso dovrebbe essere individualizzata all'interno di un setting, certamente elastico, ma stabile nel tempo. Mancano i luoghi della psicoterapia e, ancora prima, i luoghi della formazione degli psicoterapeuti. Non sto certo parlando della miriade di scuole di psicoterapia, ma della necessità di una formazione al lavoro psicoterapico che non è più, o non è solo, la "psicoterapia istituzionale" di Daumezon e Guyotat e non è neanche la psicoterapia all'interno di uno studio privato. Le nuove (o pseudonove) patologie avrebbero bisogno di un setting adeguato che nei servizi sembra non esserci, sia per ragioni spazio-logistici (ricordo bene le critiche al caos nei servizi pubblici da parte di Glauco Carloni, che si definiva uno psicoanalista attempato) sia per il focus del lavoro psichiatrico, generalmente incentrato da parte del lavoro d'équipe (quando funziona) sul paziente psicotico conclamato e la sua famiglia.

Molti anni fa, come segretario della commissione intercentri, sono stato impegnato nella stesura del documento che si opponeva all'attività psicoanalitica intramoenia, annoverando tra le diverse ragioni ostative la necessità dell'intimità e della riservatezza, della continuità logistica e temporale. Bene, è proprio quello che manca generalmente nei servizi. Che io sappia, per esempio, sono pochi i servizi che hanno messo in opera attività di secondo livello (psicoterapeutico) in luoghi meno emergenziali e trafficati dei servizi territoriali attuali, come Graziella Magherini aveva tentato tanti anni fa a Firenze. Accanto alla necessità di convenzioni tra il servizio sanitario nazionale e gli psicoterapeuti, forse bisognerebbe pensare all'individuazione di figure, spazi, modalità operative per fornire un servizio ad oggi sostanzialmente inesistente, se si esclude quello svolto da qualche operatore con formazione psicoanalitica di buona volontà.

Siccome mi hanno detto che in dibattiti di questo tipo gli interventi troppo lunghi non vengono letti o vengono letti con molta difficoltà, mi fermo.

21 giugno 2012

Psicoanalisi per servizi in tempi di crisi

Giuseppe Riefolo

La situazione da cui parto:

1. I servizi sono giunti già da un decennio nella parabola di radicale trasformazione delle proprie componenti strutturali: ciò si connota come stato di crisi che, come gli analisti sanno bene, può comportare evoluzioni creative o gravi regressioni. Sicuramente i servizi non possono più essere quelli che sono stati, dagli anni '60 in poi, e sono chiamati ad una inderogabile trasformazione. La crisi a mio parere ha grandi potenzialità evolutive, e non si può risolvere proponendo soluzioni "quantitative" (più risorse concrete...) o reintroducendo soluzioni che negli anni passati hanno significato una grande evoluzione.

2. Separo fra *servizi* e *analisti* che ci lavorano dentro. Penso che i servizi, come Freud proponeva per la filosofia, siano molto più distanti dalla psicoanalisi di quanto il nostro "desiderio" abbia voluto in questi anni, mentre gli analisti che ci lavorano hanno il diritto (non proprio il dovere...) di poter utilizzare al massimo possibile il metodo psicoanalitico. I servizi sono un dispositivo

estremamente concreto di potere (ad ogni livello: degli operatori sugli utenti, dei dirigenti fra loro e rispetto alla società civile...) e queste dinamiche di potere vanno accettate particolarmente dagli analisti i quali per definizione non giudicano la realtà, ma la *usano* per attivare e sostenere processi di *autenticità* (Neri, 2008; Boccara, Gaddini, Riefolo, 2009). Si tratta di un potere che, almeno nelle sue estreme componenti concrete, non riguarda, invece, la stanza di analisi e in questo considero la stanza di analisi profondamente e strutturalmente differente dai servizi psichiatrici.

3. I servizi permettono che un operatore con formazione e competenze psicoanalitiche, attraverso la propria capacità analitica, possa “prendersi cura” di un paziente evitando che possa essere preso nel vortice della concretezza. E’ possibile (e la cosa non mi preoccuperebbe affatto...) che i servizi siano dei dispositivi del “prendersi cura” prima che della “cura/terapia” (Winnicott, 1986, Racamier, 1970).

4. Le operazioni psicoanalitiche che un analista può fare verso l’istituzione è utile siano trasversali e non dirette per via della estrema concretezza dei nostri servizi: le operazioni dirette (potrei dire: quelle esplicitamente connotate in modo “psicoanalitico”) sono, molto spesso, destinate ad attivare gravi resistenze sul piano delle posizioni teoriche e sul piano delle dinamiche di potere. Un analista dovrebbe essere capace di alimentare motivi di processo psicoanalitico intervenendo sull’intero scenario del servizio, ovvero inserire ad oltranza elementi minimi, continui e discreti di capacità a pensare utilizzando vertici insoliti e leggeri...). Nella linea di Nino Ferro (2006; 2007), soprattutto nei servizi, si tratta di curare il contenitore prima che i contenuti.

5. Pertanto mi interessa che un analista curi la propria *posizione* nel servizio non derogando mai dal funzionare come tale, mentre mi interessa meno (o affatto...) che i servizi diventino sempre più “psicoanalitici”.

Alcune considerazioni in forma schematica.

Essere un analista che lavora in un servizio psichiatrico ha a che fare, a mio parere con la capacità di saper usare la propria formazione per introdurre leggerezza in un contesto che, per motivi di concretezza, ma anche per motivi di naturali dinamiche delle istituzioni (che, ricorda Bion, 1976, sono destinate comunque alla parabola di spegnimento, mentre solo i soggetti che ci sono dentro, possono contrastarne la naturale parabola di estinzione) sono dispositivi che tendono, forse oramai inevitabilmente, alla inderogabile trasformazione che dia spazio a nuovi dispositivi istituzionali. Tali dispositivi dovranno utilizzare, a mio parere, elementi concreti che fino ad ora (per tare soprattutto di tipo ideologico...) i servizi hanno puntualmente eluso, ovvero la inevitabile logica di mercato, modalità privatistiche di gestione di una organizzazione pubblica, modalità di maggiore responsabilità clinica e persino civile verso l’utenza; diverse configurazioni di contratti di lavoro nel settore della sanità pubblica...: tutti elementi che quando proposti in uno qualunque dei nostri servizi risultano un tema ostile che attiva soprattutto attacchi particolarmente non verbalizzati ed agiti sul piano del “potere”.

Un analista a mio parere, di fronte ad ogni fenomeno può aiutarsi proponendo i propri dispositivi che, nella stanza di analisi, gli permettono di leggere e di affrontare dinamicamente i fenomeni. I dispositivi che personalmente ritengo assolutamente irrinunciabili sono il dispositivo del setting e la lettura dei fenomeni secondo la dinamica del transfert-controtransfert. Se un analista lavora in contesti istituzionali (ma la stessa logica potrebbe essere valida non solo per i servizi psichiatrici, ma anche, per esempio, per aziende, scuole,...) il dispositivo del setting permette di individuare come un processo si realizzi e si organizzi in quale contesto. Un analista, a differenza di una persona comune, sarà in grado di capire qual è la situazione che accoglie e permette il processo e quale il contenuto del processo. La prima si organizza secondo le caratteristiche del setting e la seconda secondo le caratteristiche del transfert. Voglio dire che se una situazione non è organizzata secondo una sensibilità o secondo un codice psicoanalitico, fare delle esplicite operazioni psicoanalitiche (psicoterapie secondo setting psicoanalitici più o meno ortodossi; gruppi, in genere,

di operatori caratterizzati dalla comune appartenenza al “metodo psicoanalitico”, persino un linguaggio esplicitamente organizzato secondo il lessico psicoanalitico,...) può risultare una operazione di “innocenza violenta” (Bollas, 1992) verso il contesto istituzionale. Accade che, molto spesso, abbiamo una consapevolezza più o meno chiara che quel tipo di proposte troveranno distanza/avversione da parte del contesto istituzionale che sappiamo già in partenza che non si andrà da nessuna parte. Questa “consapevolezza più o meno chiara”, per un analista è un fondamentale campo di lavoro ed è grave possa essere trascurata o considerata sul piano solo concreto. A mio parere uno psicoanalista deve avere una buona capacità di leggere (e, quindi incidere su) i processi reali, sapendo accettare i lutti che la realtà impone. Voglio dire che, considerata la diffusa estrema concretezza a cui sono giunti i servizi psichiatrici attualmente (forse per loro natura lo sono sempre stati), una posizione squisitamente psicoanalitica di un analista che lavora nell’istituzione può essere proprio quella di *essere e fare* operazioni psicoanalitiche evitando che siano immediatamente connotate come “psicoanalitiche” (è nella linea, ritengo, del senso delle interpretazioni “alimentative” o che si basano sulla partecipazione empatica col paziente che ciascuno di noi fa abbondantemente nella stanza di analisi: si tratta di evitare di attivare le facili resistenze del paziente di fronte ad interpretazioni discriminate che – come puntualmente accade nei servizi – portino il registro sul versante della razionalizzazione piuttosto che della trasformazione o arricchimento del vertice di lettura).

Penso che i servizi abbiano meno a che fare con la psicoanalisi rispetto a quanto in questi anni siano stati effettuati investimenti “psicoanalitici” nei servizi. C’è stata la fase, quella che potremmo chiamare delle “supervisioni psicoanalitiche” dei servizi, ed è stato buono, ma ora, tranne che in rari casi, è difficile – per una serie di motivi - pensare che un servizio possa chiedere una “supervisione psicoanalitica”. Questa posizione è stata quella predominante in questi anni. Nulla vieta che sia una posizione fertile e possibile, ma è necessaria una premessa, ovvero che ci sia un *soggetto* che ponga una *domanda*. Un analista sa che nessuna operazione può avere esito se non si individua una possibile – per quanto minima o trasversale – intersezione con una domanda. Nel caso particolare, si tratta di quei servizi (o di quei servizi in fasi particolari della loro parabola storica...) che chiedono alla psicoanalisi o ad uno psicoanalista un intervento (servizi un tempo idealizzati in cui gli operatori erano più o meno formati analiticamente...). Ritengo che se non è verificata questa premessa, ogni applicazione della psicoanalisi a qualsiasi contesto risulta controproducente poiché attiverà (sane?) resistenze da parte del contesto a non dover essere “colonizzati” (Bollas, 1992: *oggettivati*).

Quando un servizio “non chiede” il dialogo con la psicoanalisi (e questa, a mio parere, è sul piano effettivo, la situazione più diffusa attualmente) rimane solo uno psicoanalista che lavora in un servizio. Può accadere che l’analista si ponga in modo “eroico”, ma inevitabilmente ne ricava l’alibi di trovarsi nella “giungla dei servizi” e, pertanto si sentirà autorizzato ad usare la *sua* psicoanalisi in contesti più “rispettosi” quali la stanza di analisi. Può accadere anche (soprattutto accadeva in passato...) che ci sia una compulsiva dissociazione difensiva in cui lo psicoanalista fa lo psichiatra la mattina e l’analista il pomeriggio. Ovviamente ritengo sterili e “innocentemente violenti” (Bollas, 1992) entrambe le posizioni (darei: contrarie allo spirito analitico...). La posizione che io adotto è quella che l’analista prenda atto della estrema difficoltà di dialogo col contesto, il quale ha diritto ad organizzarsi secondo propri parametri concreti che l’analista – proprio in quanto analista – deve rispettare, evitando considerazioni e valutazioni che partano dalle *proprie* considerazioni “psicoanalitiche”, e sforzando di rendere continuamente setting le situazioni concrete (ne parlava Liberman, 1972, riferendosi al “metasetting” ed anche Nissim Momigliano, 1988). Ciò non impedisce (oggi, in una fase di crisi dei servizi psichiatrici, a mio parere, si impone particolarmente) che l’analista *funzioni* comunque come *un analista* (Boccaro, De Sanctis, Riefolo, 2005). In fondo, se uno sa nuotare, le sue capacità si evidenzieranno soprattutto nel mare agitato piuttosto che in piscina dove, sicuramente, otterrà migliori prestazioni cronometriche. Il mare agitato cimenta la

capacità di uso elastico e di rigore della tecnica; la piscina ne cimenta la potenza. In tal caso il *contesto* diventa per l'analista un possibile *setting* (il più adeguato e competente possibile) per effettuare operazioni psicoanalitiche complesse in cui occuparsi "analiticamente" di patologie e pazienti di cui altrimenti non potrebbe mai occuparsi. A questo punto, tutto il servizio diviene un *setting* che permette particolari, singolari e originali percorsi di cura in cui l'analista non smette mai di *essere* tale pur rinunciando alla "stanza", ovvero, come dice Campoli a "*essere*" analista magari proprio rinunciando al doverlo "*fare*" (Cahn, 2002). Tengo a precisare che parlo di "setting" e non di "campo" (che, pure, nelle considerazioni di questi anni proposte soprattutto da Antonello Correale, 1991, risultano di estrema importanza per i servizi) perché voglio sottolineare come le componenti psicotiche possono trovare movimento negli elementi non processuali del *setting* (Bleger, 1967) prima che trovare senso ed essere organizzate negli infiniti movimenti e posizioni del campo.

Un analista che lavora nei servizi ha due oggetti di cui occuparsi: i pazienti e il contesto istituzionale. L'interesse verso il contesto istituzionale deve essere coltivato al fine di garantire al paziente e a se stesso le migliori collocazioni in un contenitore più vitale possibile, ma il contesto è estremamente concreto e va accolto come tale, mentre nella dimensione del paziente l'analista, nonostante le difficoltà concrete, potrà muoversi coltivando curiosità e sorpresa, mantenendo una personale posizione di sospensione insatura al fine di esserne toccato ed arricchito per poi restituire al paziente i cambiamenti di vertice (le trasformazioni?) colte dal movimento del campo.

Un operatore non analista potrà proporre diligentemente operazioni che possiamo definire di arricchimento vitale nel proprio servizio (incontri con la società civile, visione di film, interventi esterni al servizio, seminari; costruzioni di reti verso il contesto sociale,...) come operazioni di apertura, mentre un analista che faccia la stessa cosa avrà in mente qualcosa di più, articolato in senso strutturale. Per un analista, operazioni di "allargamento" della partecipazione nel servizio o l'uso continuo e leggero degli interstizi (andare al bar con i colleghi, soffermarsi in modo informale con gli altri in alcune discussioni riguardo i pazienti...), ha soprattutto un fine strutturale, ovvero di introduzione alimentare di elementi vitali all'interno del servizio, esattamente come fa il conduttore di un gruppo psicoanalitico quando evita di fare una interpretazione discriminata ed introduce nella seduta del gruppo considerazioni personali finalizzate a modificare e arricchire i vertici di lettura di un fenomeno che in quel momento viene ad essere discusso dal gruppo.

Che un analista introduca più o meno psicoanalisi nei servizi non può essere un problema di "buona volontà", ma è l'esito di un processo le cui premesse sono la capacità o meno da parte dell'analista di utilizzare il *setting* come elemento concreto capace di accogliere i processi e di non confondere il *setting* concreto come *contenuto* dei processi: ogni dissociazione "istituzionale/analitico" poggia sempre su questa premessa e non ha a che fare con la "buona volontà" o meno dell'analista, ma sulla sua capacità di utilizzare o meno la dinamica di *setting* e processo reso possibile dal *setting* non confondendo i due piani. Altrimenti, come inevitabilmente accade a vari livelli a ciascuno di noi, ci sono dei momenti o delle situazioni in cui (è sano che sia anche così...) la psicoanalisi può essere un potente dispositivo di difesa imitativa (Gaddini, 1984).

25 giugno 2012

Alcune riflessioni

Giorgio Campoli

Ringrazio i colleghi finora intervenuti in modo competente ed appassionato. Il loro numero è inferiore alle aspettative e questo mi (ci) dispiace. Assenti, come nello SPI-Panel del 2000, così mi sembra, i colleghi che non partecipavano o non avevano partecipato in qualche modo alla vita dei servizi. Fase di passaggio dalla nicchia al ghetto? Diminuzione degli psicoanalisti che lavorano nei servizi? Disaffezione di alcuni ed immersione totale di altri che impedisce loro di riservare tempo a questo dibattito? Limiti delle relazioni introduttive (ovviamente penso in particolare alla mia)?

Certamente la partecipazione piuttosto esigua dei colleghi al dibattito può significare un ulteriore segnale, certamente non il più importante, della crisi da tutti sperimentata e riconosciuta; me compreso, anche se da una posizione che nulla ha tolto (anzi) alla mia fiducia nella lettura dei 'fatti' anche esterni che comprenda un vertice psicoanalitico, ed in questo mi sento molto in sintonia con Riefolo. Crisi economica (molto diversa per gravità dalla cosiddetta crisi petrolifera, che fu meno grave e cadde comunque in una fase di espansione dei servizi), finanziaria, politica, del welfare occidentale, dei servizi, che si intreccia con i cambiamenti-crisi in corso nella psicoanalisi.

In realtà il termine crisi è un mio costante compagno di viaggio, presente già nel titolo della mia tesi di specializzazione alla Sapienza assegnatami dal professor Luigi Frighi, allora unico docente che fosse anche psicoanalista. Ed a proposito di forme concrete del potere (Riefolo): quanti sono ora gli psicoanalisti docenti nelle nostre facoltà di Medicina e di Psicologia, e quanti nelle scuole di specializzazione in psichiatria? Quanti i direttori di Dipartimento di Salute Mentale e quanti i "primari" psicoanalisti? Qual è la tendenza? È simile forse a quella degli Stati Uniti dove i direttori universitari psichiatri e psicoanalisti sono diminuiti considerevolmente rispetto agli Anni Settanta - Ottanta?

La crisi, dicevo, era già presente durante l'età dell'oro, quella della trasformazione istituzionale della psichiatria e della costruzione dei servizi della comunità.

Si trasformò profondamente l'assetto istituzionale manicomiale passando attraverso un acceso e lungo conflitto fra manicomialisti (biologisti) ed antimanicomialisti (basagliani). In realtà il panorama fu molto più complesso perché alcuni biologistsi parteciparono al processo di trasformazione istituzionale e perché gli innovatori non furono così monolitici. Penso soprattutto all'esperienza di Perugia che ebbe come leaders colleghi che sarebbero divenuti psicoanalisti o si sarebbero orientati verso il modello psicodinamico. Basaglia ed il suo gruppo ebbero, in ogni caso, la capacità di lanciare un messaggio che divenne rapidamente egemone fra gli operatori, gli studenti, i media (ed ebbe le sue gratificazioni in termini di potere), che continua ad esercitare una certa forza di attrazione.

L'articolazione di quegli scenari mi impedisce di accogliere il doppio binomio, basagliano-psicoanalitico e marxista-freudiano, con cui Ramella⁸ accompagna la sua proposta del conosciuto non pensato del fantasma della fondazione che pervade attualmente i servizi. I "freudiani", allora minoranza, accoglievano, tranne rare eccezioni, in modo intellettualizzato il pensiero di Freud accomunato agli altri filosofi del sospetto, Marx per l'appunto e Nietzsche. Le cose già nei primi Anni Settanta cambiarono quando numerosi psichiatri e psicologi, i primi laureati nelle facoltà di recente istituzione, intrapresero il training psicoanalitico o le analisi personali. Ciò comportò da parte di questi un ritorno con i piedi a terra (le relazioni con i pazienti psicotici viste dall'interno) e la costituzione delle basi della "terza psichiatria" che entrò in aspro conflitto con i "basagliani",

⁸ A lui in particolare devo una precisazione: se nel mio resoconto della riunione clinica ho dato l'impressione di usare termini tecnici con gli operatori (e con i pazienti!) me ne scuso; avrei dovuto porre in corsivo le parole dette in riunione, differenziandole così dalle riflessioni intra- e post-riunione.

della quale Izzo ci ha offerto una viva testimonianza. I richiami a quell'epoca di Saraò e D'Arezzo confermano questo punto di vista, ma prendo atto delle opinioni difformi di Barnà e Schinaia. E a proposito della diatriba sulle tecniche, Dörner (1969), storico tedesco della psichiatria, argomenta che un fenomeno attinente alle scienze naturali come i farmaci, favorì lo sviluppo di un fenomeno sociale quale la diminuzione dei ricoverati nei manicomi. Trovo quindi quanto mai opportuno Monari quando nomina Berti Ceroni mettendone in risalto la costante messa in tensione dei vertici biologico, sociale e psicoanalitico.

Ma forse mi sto allontanando dai nuclei dei problemi che stiamo fronteggiando; concludo però che una riflessione storico-critica della presenza degli psicoanalisti nei servizi in Italia deve ancora essere scritta (me ne sto occupando) ma costituirebbe un ulteriore ed utile strumento di comprensione del nostro passato e della contemporaneità.

Alcuni interventi mi hanno fatto pensare che la mia relazione sia risultata distante dalla realtà attuale dei servizi ed ottimistica. In realtà non ho mai conosciuto situazioni privilegiate o da idealizzare retrospettivamente. Non sono mancate a me ed a chi ha lavorato con me: le angosce collegate al contatto prolungato con i pazienti più gravi (Bonfiglio) ed ai funzionamenti per assunto di base; le crisi identitarie (Conforto, Margherita); la fatica e la delusione, le grandi scissioni, l'ampliamento degli spazi di impensabilità; le difficoltà nel leggere i transfert-controtransfert multipli (Correale, D'Arezzo, Monari); il pensiero operatorio nonostante la tensione per la promozione dell'abitazione del corpo dei nostri pazienti (Vari), le difese maniacali; il cadere nei sistemi gerarchici collusivi (Conforto). Concordo con Pierri sulla generatività di uno stato di lieve disadattamento.

Ho sempre cercato di restare vivo, di "favorire occasioni di sviluppo e trasformazione" (Bonfiglio) per i pazienti più gravi e i colleghi e me. Ho cercato di mantenere il senso del limite (Monari). In questa direzione va la mia citazione di Racamier (dal quale ebbi il privilegio di una supervisione in gruppo) ripresa da Izzo.

Il servizio dal quale ho preso spunto per la relazione era un servizio "normale" e non "ideale", così come il C.S.M. dal quale Berti Ceroni trasse il suo *L'ambulatorio psichiatrico pubblico* (1996); durante i 15 anni in cui vi lavorai fu attraversato da tutti gli elementi critici finora segnalati. Ho tratto la mia relazione da questa esperienza, perché è stata sufficientemente lunga, continuativa, ed ho lavorato bene con un gruppo ovviamente eterogeneo per formazioni e professioni, complessivamente motivato (fatte salve le inevitabili eccezioni) dal desiderio di 'comprendere' e 'prenderci cura'. Abbiamo inoltre cercato ed usufruito di incontri 'fortunati' con i colleghi supervisori, sempre psicoanalisti esterni al servizio. Mi piacerebbe, se lui è d'accordo, inviarvi prossimamente un brano di materiale portato in supervisione da un infermiere.

Probabilmente ho utilizzato in modo usurato concetti - "*i tic teorici dell'analista*" Borgogno (2011) - che pure sento ancor vivi dentro di me, non solo nella professione, come lo 'spazio potenziale'.

Operazione nostalgica ed autocelebrativa? Non credo sia nelle mie corde. "Epopèa di Don Chisciotte" (Saltamerenda)? Forse occorre esserlo un po' per fare questo mestiere, ma solo un po', guardando invece i limiti, non raggiungendo i livelli del delirio, essendo sempre molto cauti e lontani dal giudizio, interessati invece e curiosi del conoscere (K).

Concludo ora riprendendo molto sinteticamente alcuni punti emersi con diversa forza dal dibattito perché possono rappresentare un volano per lo sviluppo, purché siano sufficientemente bene interpretati dalle persone degli psicoanalisti (D'Arezzo ci ha ammonito a non beatificare le nostre persone).

1) Il setting

Concetto centrale, come ho accennato nella relazione introduttiva, sviluppato da Riefolo nel suo intervento: è il 'contenitore' dei punti successivi.

2) I piccoli gruppi specializzati con analista al loro interno

Suggeriti da Correale, incontrano il favore di molti (Barnà, Bonfiglio, Pierri) e le perplessità di alcuni (Martini, Riefolo).

Sono favorevole alla costituzione di piccoli gruppi per i trattamenti multimodali delle patologie borderline, esordi (termine troppo psichiatrico?) psicotici, stati mentali a rischio nei giovani.

Dovrebbero essere a mio avviso pensati come 'funzioni' all'interno dei servizi, non essere considerati riserve per privilegiati, luoghi di fuga dal quotidiano e duro "lavoro di miniera".

Costituirebbero un punto di riferimento importante per tutta la SPI e per i giovani professionisti in formazione.

3) Le psicoterapie

Sono favorevole ad una quota di psicoterapie (individuali, di gruppo, familiari) in prevalenza rivolte alle situazioni borderline e psicotiche (Monari), con una percentuale minore per quelle meno gravi (Argese, Pierri) ed all'incremento delle "consultazioni prolungate" (Contran).

Questa è stata la prassi nel servizio di cui ho parlato.

4) La validazione empirica

Un altro tema che non si può rimandare.

Aggiungo a Lemma A. e M. Patrick (2010) (segnalati da Monari) due indicazioni bibliografiche:

Rossi Monti M., Blasi A. (2012), e P. Fonagy, A. Lemma (2012).

26 giugno 2012

Psicoanalisi e psichiatria: un'esperienza lombarda

Michele Stuflesser

Il rapporto tra Psicoanalisi e servizi di Salute Mentale è oggi profondamente in crisi, parola forse abusata, ma rappresentativa delle reali difficoltà di dialogo tra due discipline che in Lombardia hanno sempre avuto illustre tradizioni e grandi maestri.

Condivido le relazioni di G. Campoli e di A. Correale, autore tra l'altro che ha contribuito a tracciare la rotta del mio essere psicoanalista all'interno delle istituzioni di cura.

Più specificamente penso che il pensiero psicoanalitico possa oggi più facilmente esprimere i suoi frutti all'interno di piccoli gruppi meno coinvolti nella frenetica attività quotidiana di un servizio psichiatrico tradizionale, cronicamente "affannato" intorno a molteplici compiti spesso difficili e gravosi. Nel Dipartimento di salute mentale (DSM) dove sono primario, gli esempi di attività in cui il contributo della Psicoanalisi appare determinante sono il servizio di psicologia e le supervisioni alle équipe che lavorano nelle strutture residenziali, in reparto e in uno dei centri psicosociali.

La capacità di ascoltare il paziente, di entrare profondamente in contatto con lui in un'ottica complessiva, l'individuazione di un setting appropriato all'interno del quale riconoscerne i bisogni sono alcuni degli aspetti che permeano di sé quelle équipe che, entrate in contatto con il pensiero psicoanalitico, riescono ancora a ritagliare dello spazio e del tempo (le famose riunioni d'équipe) per pensare. Si tratta solitamente di "nicchie ecologiche", ma fondamentali nella complessa e articolata vita di un DSM.

Perché questo avvenga penso siano determinanti alcuni requisiti favorevoli come il contesto politico-organizzativo, la "sensibilità" dei vertici istituzionali, la lungimiranza della leadership psichiatrica, e non ultimo, il ruolo, anche di potere, ricoperto dallo psicoanalista all'interno del DSM.

E' risaputo come l'aziendalizzazione abbia introdotto una serie di ulteriori ostacoli e difficoltà: l'attenzione spesso spasmodica ai costi, il tetto alle spese, una riduzione delle risorse, l'efficienze ed efficacia secondo indicatori EBM, il numero di prestazioni erogate etc. Sarebbe troppo lungo enumerarne i riflessi sulla psichiatria e la sanità in genere, rimando ai vari contributi sull'argomento tra cui quello di Barale (2003, "L'inconscio ai tempi della aziendalizzazione").

L'aziendalizzazione ha modificato il baricentro e l'ottica dei trattamenti, orientando gli operatori verso riferimenti di tipo "prestazionale", più semplici ed economicamente remunerativi come quelli farmacologici o genericamente riabilitativi, con un minor interesse alla comprensione dei fenomeni psichici e una progressiva disaffezione e graduale distanziamento dagli aspetti più propriamente clinici e relazionali della attività psichiatrica. Spesso la conseguenza è un'attività psichiatrica puramente di "cosmesi" o di facciata ed un aumento dell'impasse verso i casi più gravi (vedi il fenomeno crescente dei pazienti "revolving door").

La Psicoanalisi che non molti anni fa era considerata la cultura teorico-tecnica di riferimento nei servizi psichiatrici, è stata progressivamente soppiantata dal modello cognitivo-comportamentale, più disinvolto ed aggressivo nell'accreditarsi, più in grado di confrontarsi con le "nuove" esigenze di verifica, valutazione ed impostazione di pratiche e procedure atte a definire una omogeneità degli interventi basata sulle evidenze e non autoreferenziale.

Anche la cosiddetta Psichiatria Psicodinamica ha le sue responsabilità, non essendo riuscita ad uscire da un'eccessiva enfasi per l'attività di approfondimento e comprensione a scapito dell'operatività quotidiana. Vi è stata l'impossibilità a tradurre un linguaggio ed una teoria in declinazioni operative, scelte, decisioni, interventi come quelli che vengono presi quotidianamente nei servizi.

Parimenti sono scomparse a Milano le cattedre universitarie dirette da psicoanalisti; i nuovi psichiatri sono orientati verso modelli prevalentemente medici e anche se talvolta ben disposti nei confronti del pensiero psicoanalitico specie se misurato sul campo, sono comunque tendenzialmente diffidenti e lontani.

Sta allo psicoanalista, e ve ne sono molti che continuano a lavorare egregiamente nelle istituzioni di cura, cercare di creare quelle condizioni che favoriscono col tempo, anche in coloro che non sono psicoanalisti, una mentalità orientata all'ascolto, alla comunicazione anche inconscia, al dialogo, potremmo dire ad una funzione psicoanalitica della mente.

Certo è un lavoro lungo, spesso accidentato e gravoso per molteplici ragioni. Sono cambiate le condizioni di contesto, sono cambiati i pazienti, accanto alla patologia nevrotica (oggi peraltro in aumento) e a quella psicotica, giungono ai Servizi un maggior numero di pazienti borderline con o senza abuso di sostanze, pazienti con disturbi affettivi gravi, disturbi narcisistici di personalità e persone con disturbo antisociale spesso con tratti delinquenziali. Tali pazienti richiedono una preparazione individuale e di gruppo differente che obbliga ad un ripensamento più complessivo del sistema di cure in generale e dell'organizzazione delle varie strutture psichiatriche e qui diventa prezioso il contributo psicoanalitico.

Accenno solo marginalmente alla questione della leadership, tema dibattuto anche all'interno della comunità psicoanalitica, per sottolineare una cosa ovvia, già ribadita in altri interventi e che appare fondamentale in questo contesto, la presenza di una leadership aperta, flessibile e democratica, orientata alla qualità del lavoro svolto ed in grado di discernere e all'uopo di favorire e/o difendere un approccio psicoanalitico alla patologia mentale.

La complessità e l'eterogeneità dei livelli e dei processi "psichici, sociali, economici, culturali e politici" in cui si declina in un groviglio spesso inestricabile e composito la vita istituzionale (Kaës, 1987), rende di primaria importanza la figura di mediazione, modulazione, connessione della leadership. Il suo compito spesso arduo è quello di tentare di armonizzare aspetti clinici ed organizzativo-gestionali, che richiedono particolari doti di sintesi, di ascolto, di setting interno.

Il lavoro di unificazione avverrà prima dentro di sé (aspetti interni scissi e proiettati, corporei e fantasmatici spesso non ancora verbalizzabili, aspetti esterni organizzativi, economici, amministrativi, burocratici) per favorirne successivamente una "possibile" integrazione da parte dell'èquipe allargata. E' un cammino lungo quello di tessere le fila di un'omogeneità, condivisione, coesione e coerenza del gruppo, fatto di piccoli passi di ricomposizione e metabolizzazione, passi molto sentiti e molto pensati.

Il rischio è la saturazione, l'irrigidimento, il burn-out.

Mi sono sempre chiesto il perché gli analisti continuino a lavorare nell'istituzione e a parte le molteplici ragioni di varia natura mi piace citare le parole di A. Wheelis (1956) che così descrive l'attività degli analisti: "Tengono duro, insistono e a lungo andare molti la spuntano. Vivono gli anni della loro vita in un clima di odio, dipendenza e tormento, sostengono imperterriti che la vita umana ha significato, che può essere compresa e che le sofferenze umane in parte sono riparabili."

Credo che tra i nostri compiti vi sia quello di mantenere aperto il dialogo con le varie istanze presenti ("Non vi è pensiero senza un dialogo che l'abbia preceduto"- T.Main); si tratta di mantenere il contatto con "l'umano" che c'è in noi e che è lo specifico della psicoanalisi, di non lasciare finché è possibile che parti della scena mentale rimangano isolate o inascoltate.

Possiamo contribuire a creare il "clima" perché qualcosa "di nuovo" possa avvenire: "Il clima non è qualcosa di vago, è un insieme di atti, eventi e scelte e soprattutto è lo stile che anima quegli atti, eventi e scelte." (D. Chianese, 2005).

Vi è però anche un altro modo di porsi da parte dell'analista nei confronti di un'area di confine o frontiera come la psichiatria e cioè (come dice U. Shmuel Erlich nell'articolo "Il lavoro di frontiera e l'uso dell'analista" (2003)) *offrendoci per essere usati* dai nostri pazienti, dai colleghi, dal nostro ambiente sociale e culturale.

L'essere usati non è riferito solo agli aspetti più appariscenti: la capacità di ascolto, di interpretazione, le nostre idee sullo sviluppo, sui processi intrapsichici, la devianza e la psicopatologia e le dinamiche inconsce nelle situazioni terapeutiche, ma per uno psicoanalista essere usato ha un significato più profondo e potenzialmente più inquietante e pericoloso.

Essere usati dagli altri significa essere pronti *a farsi distruggere da loro*.

"Il modo con cui i nostri analizzandi, coloro che sono in supervisione, i professionisti che ci assistono, nostri compagni d'armi, il mondo accademico, i mezzi di comunicazione e la cultura ci usano è attaccandoci e distruggendo quello che rappresentiamo e quello che abbiamo da offrire, Non mi riferisco, ovviamente, solo agli attacchi manifesti e diretti, ma anche ad altri, molto più profondi e in larga misura inconsci e simbolici".

Le ragioni di questi attacchi ce li spiega Freud (1929) quando ci dice che un'idea per essere accettata ed interiorizzata ha bisogno che i suoi rappresentanti siano distrutti e assimilati. Nel processo di interiorizzazione vi è sempre presente una distruttività palese a volte pericolosamente provocatoria. Winnicott (1971) con la sua nozione dell'"uso dell'oggetto" afferma che l'oggetto per esistere in sé, deve sopravvivere agli attacchi distruttivi.

Lavorando in un'area di confine-frontiera ci prestiamo frequentemente a questo uso distruttivo e questo è implicito nella disponibilità dell'analista il quale fornisce, creandolo e mantenendolo, uno spazio psichico assai prezioso che riafferma il valore della vita nonché un modello di sopravvivenza. Inoltre nell'offrirsi per essere usato dai pazienti, dai colleghi e dalla società, l'analista all'interno dell'istituzione psichiatrica dice anche qualcosa di significativo a proposito di sé come soggetto e di coloro con i quali lavora come soggetti in sé.

E' una forma di contaminazione, il lasciarsi permeare da nuovi incontri, dalle nuove esperienze, sperando in una "coesistenza inquieta" (Bastianini, 2004) nella nostra mente di differenti sistemi di idee, paradigmi, culture, prassi, tollerando anche temporaneamente modalità e forme scarsamente integrate.

Penso sia importante che gli psicoanalisti che lavorano nell'istituzione, testimonino a vari livelli il contributo del pensiero psicoanalitico stimolando e tenendo vivo il dibattito e la riflessione su questi argomenti. E' importante inoltre evitare alcuni errori del passato come certe presunzioni e pretese di autosufficienza a discapito della necessità di un rinnovato dialogo, di una ricollocazione della Psicoanalisi, oggi tanto più auspicabile, nei confronti della stessa psichiatria o di quei settori di essa più moderni ed evoluti, nonché delle altre discipline che si occupano di sofferenza mentale (vedi il recente dibattito sulla mailing-list, il Documento IPA del Presidente C. Hanly sulla newsletter IPA "Effective Outreach Today,").

Sarebbe importante attivare un approccio politico-amministrativo per cercare "nuove" modalità di collaborazione tra SPI/Centri Psicoanalitici e Istituzioni che si occupano di salute mentale.

Il contributo del pensiero psicoanalitico alla psichiatria rimane fondamentale e va a mio avviso costantemente testimoniato dagli psicoanalisti che lavorano ai vari livelli istituzionali; esso ha nel rapporto soggettivo e personale terapeuta-paziente il suo caposaldo così come in uno stile di lavoro grupppale che fa costante riferimento ad una polarità triadica, evitando l'appiattimento, la trappola narcisistica, la routine.

La Psicoanalisi ci riporta al continuo scambio tra soggettivo ed oggettivo che avviene nel nostro lavoro, tra la patologia del paziente, il contesto sociale in tumultuoso cambiamento, il contesto ambientale e relazionale in cui essa nasce e si sviluppa, le “esigenze” istituzionali, ma anche all'importanza centrale dello stato emotivo dell'operatore, del suo personale modo di essere e di porsi all'interno della relazione con il paziente psichiatrico.

Una frase di René Thom recita: “Le buone idee non muoiono perché perdono di valore, muoiono perché non ci sono più coloro che le difendono”.

27 giugno 2012

Il ruolo della psicoanalisi nella crisi del welfare

Mario Perini

Il Congresso SPI svoltosi a Roma dal 25 al 27 maggio aveva come titolo “Realtà psichica e regole sociali - Denaro, potere e lavoro fra etica e narcisismo”. Poco tempo prima Stefano Bolognini, president-elect dell'IPA, aveva inaugurato il suo mandato con una relazione sulla “funzione sociale della psicoanalisi”. E io cercherò qui di sottolineare proprio questa funzione.

Gli sviluppi recenti della ricerca psicoanalitica nei territori di frontiera (outreach) hanno offerto evidenze sempre più convincenti del rapporto circolare e bi-univoco che lega tra loro il mondo interno degli individui, i processi gruppal e la società esterna, in piena consonanza con il monito di Freud secondo il quale la psicoanalisi dovrebbe essere considerata fondamentalmente una “psicologia sociale”.

La crescente pauperizzazione delle società affluenti, che si sono costruite su un concetto di benessere di tipo prevalentemente consumistico, accanto alla contrazione dei consumi potrebbe finire col ridurre anche gli investimenti narcisistici, i comportamenti individualistici e l'idealizzazione feticistica degli oggetti concreti e degli status symbol, favorendo un rilancio di valori quali la relazione, l'interiorità e la consapevolezza, che da sempre sono l'oggetto privilegiato della psicoanalisi.

Ma nella crisi del welfare anche la psicoanalisi è in crisi. I pazienti scarseggiano, e molti di loro non accettano più trattamenti prolungati o sedute bi- o trisettimanali (per non parlare delle classiche 4 sedute), soprattutto per il loro costo elevato in termini di tempo, di denaro e di impegno emotivo. Nelle istituzioni socio-sanitarie viene riducendosi lo spazio specifico della psicoterapia e della cultura psicoanalitica, come conseguenza dell'azione congiunta di diversi fattori:

- l'aziendalizzazione, con i suoi tagli brutali alle risorse umane e finanziarie, i suoi approcci manageriali di tipo economicistico e le sue ossessioni procedurali;
- gli attacchi alla psicoanalisi da parte dei suoi competitor (p.es. le scuole cognitive);
- l'affermarsi di culture “cocainiche”, basate sul primato dell'azione a scapito degli spazi riflessivi, sulla velocizzazione, sul ritiro generalizzato dall'interesse per la vita psichica, sulla pervasività di logiche basate sull'emergenza e orientate alla sopravvivenza.

Che spazio rimane allora per la psicoanalisi al di fuori della stanza analitica, cioè nel mondo dei servizi e delle organizzazioni?

Il 7 marzo 2012 presso l'Istituto di Psichiatria del King's College di Londra ha avuto luogo un dibattito sul tema "La psicoanalisi ha un posto importante nei moderni servizi di salute mentale?", dibattito che è stato pubblicato dal *British Medical Journal* e che ha visto confrontarsi tra loro due cognitivisti (Salkovskis e Wolpert) e due psicoanalisti (Fonagy e Lemma): naturalmente alla domanda in questione i primi hanno risposto "No" e i secondi "Sì".

Scrivono Fonagy e Lemma (2012)

"La psicoanalisi è oggi sotto attacco molto più seriamente di quanto mai lo sia stata in passato. Una riduzione senza precedenti dei servizi di terapia psicoanalitica è stata attuata diffusamente in tutto il Servizio Sanitario Nazionale del Regno Unito (...) con la giustificazione del contenimento della spesa. Quali sono i motivi di questo attacco e che cosa si può dire in difesa della psicoanalisi?

E' stato sostenuto, forse non a torto, che la psicoanalisi e le psicoterapie psicodinamiche non sono riuscite a promuovere al loro interno una cultura della valutazione sistematica e che i loro risultati sono difficili da misurare e da dimostrare".

Secondo gli Autori l'approccio psicoanalitico può offrire all'economia di un moderno sistema sanitario tre preziosi e specifici contributi.

In primo luogo i concetti della psicoanalisi, nella loro forma applicata, possono dare agli operatori della salute mentale un importante supporto che può permettere loro di continuare a fornire servizi di elevata qualità nonostante le pressioni interpersonali a cui sono inevitabilmente esposti lavorando con pazienti disturbati e disturbanti.

In secondo luogo – argomentano ancora Fonagy e Lemma – a favore degli approcci psicodinamici militano le crescenti evidenze che i disturbi psichici dell'adulto hanno una base evolutiva, cioè che possono essere fatti risalire a problemi infantili.

In effetti

"il modello psicoanalitico è unico nel proporre una teoria dello sviluppo (delle relazioni di attaccamento) che è ormai solidamente confermata dall'evidenza. Esso ci consente pertanto di comprendere la relazione tra esperienze precoci, eredità genetica e psicopatologia dell'adulto. Questa cornice evolutiva mette un'enfasi sugli interventi precoci e si è rivelata cruciale nell'ispirare politiche positive della salute mentale..." (ibid.)

In terzo luogo il pensiero psicoanalitico "continua a fornire le basi per un ampio ventaglio di interventi applicativi".

Paradossalmente la stessa ricerca clinica ha dimostrato come altri approcci – ad esempio le terapie cognitivo-comportamentali – abbiano incorporato nelle loro tecniche elementi teorici e clinici propri dell'approccio psicoanalitico, il che sembra avere "significativamente elevato l'efficacia complessiva di questi metodi" (Fonagy e Lemma, 2012).

Nella sua relazione introduttiva in questo dibattito, Giorgio Campoli afferma che "nei servizi lo psicoanalista non può trasferire la psicoanalisi intesa come il metodo psicoanalitico", ma ritiene che sia "possibile essere psicoanalista mentre si lavora all'interno del servizio psichiatrico", anzi questo offrirebbe "un valore aggiunto di fondamentale importanza riguardo al poter prendersi cura dei pazienti, del gruppo degli operatori e del loro lavoro, infine nel ripensare l'organizzazione".

Prosegue ammettendo di avere trovato “generativi” per il lavoro nel servizio numerosi concetti della psicoanalisi, riguardanti gli aspetti intrapsichici e relazionali: i processi di gruppo (Bion, 1961), il campo analitico (Baranger M. e Baranger W., 1961-62; Correale, 1991; Ferro, 2002), la psicoanalisi delle istituzioni (Obholzer, 2007); ma sostiene che queste non possano rappresentare le uniche teorie di un servizio e dovrebbero imparare a dialogare con le altre discipline disponibili (politiche, sociologiche, biologiche).

Ovviamente questo dialogo dovrebbe ispirarsi a un atteggiamento di modestia e alla rinuncia a pretese o fantasie egemoniche, da entrambe le parti in esso coinvolte; probabilmente è con questo pensiero nella mente che lo stesso Campoli ricorda una raccomandazione di Racamier (1992): “Usate le vostre teorie personali nel modo più modesto e discreto possibile. Mantenetevi vicini alle realtà più concrete. Non crediate che il vostro lavoro in un’istituzione possa cambiare il volto del mondo”.

Ma se volessimo andare oltre la questione dei servizi di salute mentale, guardando alla società nel suo insieme, alle sue istituzioni e ai luoghi di lavoro, possiamo chiederci come potrebbe la psicoanalisi contribuire in termini operativi al miglioramento della vita organizzativa, che cosa potrebbe concretamente fare? Ad essere sincero, non mi immagino una versione aggiornata della Repubblica dei Filosofi, e meno che mai gli analisti come consiglieri del Principe o suggeritori del Sindacato. E tuttavia non potremmo pensare alla psicoanalisi come a una lente specifica, un “sistema di ottiche” che può aiutare a comprendere ciò che accade nel cuore delle istituzioni, sotto la loro superficie e nelle “zone d’ombra”, in modo da fornire orientamento all’azione dei team operativi e alle strategie dei manager in direzioni più consapevoli, più creative e più sane?

In un contesto di crisi e profonda trasformazione dell’idea di welfare, delle sue politiche e delle sue istituzioni dovremmo pensare all’opportunità di una migrazione – o forse sarebbe meglio dire un’oscillazione – dalla clinica dell’individuo e del gruppo alla “clinica dell’organizzazione”, un approccio che metta insieme, studiandone le complesse interazioni,

- l’individuo con il suo mondo interno,
- le dinamiche del gruppo di lavoro,
- e i sistemi organizzativi con i loro ruoli, compiti e confini, strutture d’autorità e di leadership, relazioni, assunti di base e fantasie inconscie; e con i loro cicli di vita, morte, benessere, sofferenza e malattia.

A questo percorso transizionale il metodo psicoanalitico potrebbe offrire importanti contributi: conoscenze, concetti guida, ipotesi di lavoro e persino modelli di intervento. Ma perché ciò possa accadere dovrebbe prima affrontare alcune trasformazioni impegnative:

1. Andare oltre l’idea di una psicoanalisi che porta il divano nell’istituzione per sviluppare invece una psicoanalisi capace di affrontare le istituzioni “senza divano” (cioè senza il suo strumentario e il suo setting abituale) o, ancor meglio, che sappia costruire un divano appropriato su cui mettere l’organizzazione stessa
2. Superare la diffidenza per il dialogo interdisciplinare con altri approcci, metodi e discipline, in particolare con i paradigmi sistemici e con le neuroscienze
3. Riconoscere ed affrontare le proprie “sordità” e le “macchie cieche” della pratica e della cultura psicoanalitica tradizionale rispetto a “oggetti bizzarri” e perturbanti quali:
 - autorità, potere e leadership
 - denaro ed economia
 - lavoro, organizzazione e management
 - tecnologie
 - politica

- culture dell'informazione e social media
- ecologia e sostenibilità dello sviluppo
- processi macro-sociali e geo-planetari.

Persino restando sul terreno della psicoterapia potremmo chiederci se abbia ancora un senso lavorare muovendosi “come se” questi oggetti non esistessero o fossero puri oggetti mentali, come se non riguardassero la terapia e soprattutto non la influenzassero profondamente (pensiamo, solo per fare un esempio, alla crescente, silenziosa diffusione delle forme di “distance psychoanalysis”, cfr. Carlino, 2011). Se poi ci spostiamo sul fronte delle istituzioni e della società ci rendiamo conto che la comunità degli analisti ha perso da tempo il contatto con queste realtà e con i temi qui sopra elencati, riservando loro nella migliore delle ipotesi un'attenzione episodica e di scarso rilievo all'interno della cosiddetta “psicoanalisi applicata”.

Il già citato Congresso nazionale SPI si è posto in fondo alcuni forti quesiti proprio in questa direzione: è possibile ripensare questi elementi – il denaro, il potere, il lavoro ecc. – alla luce del metodo psicoanalitico, anche se gli strumenti per affrontarli e per governarli sono prevalentemente di tipo non-analitico? In altre parole è possibile pensare a una psicoanalisi che si sforzi di guardare al mondo esterno per cercare di comprenderne il lato “oscuro”, facendosi quindi per così dire potenziale consulente di coloro – leader, gruppi, organizzazioni – che hanno il compito di “gestirlo”? E ancora, può la psicoanalisi, senza timore di snaturarsi e senza fare la prima della classe, dialogare con altri approcci e sistemi disciplinari il cui contributo e i cui strumenti appaiono indispensabili per comprendere i processi sociali e istituzionali anche sotto un profilo “clinico”?

In “Cinque conferenze sulla psicoanalisi” Freud paragona il processo analitico a una “post-educazione” (*Nacherziehung*): “Se volete, potete descrivere il trattamento psicoanalitico semplicemente come un'educazione permanente al superamento dei residui infantili” (Freud, 1909). E' mia opinione che le sfide del mondo contemporaneo, sempre più complesso, liquido e caotico e sempre meno sicuro e meno governabile, le assegnino potenzialmente anche un ruolo di “meta-educazione”, cioè quello di formare e rendere più consapevoli i rappresentanti di quelli che Freud considerava i tre “mestieri impossibili” – curare, educare e governare – cioè i professionisti della salute e della sicurezza sociale, i formatori e gli educatori, la classe dirigente che governa le imprese, le istituzioni e le collettività. Non credo proprio che gli psicoanalisti abbandoneranno la terapia dei pazienti, ma forse una parte di loro si sposterà più decisamente verso la cura dei sistemi organizzativi che a vario titolo si prendono cura delle persone, dei loro bisogni e dei loro interessi; non diversamente da quanto già Freud aveva fatto fornendo al piccolo Hans un trattamento analitico con l'intermediazione del padre.

Ma quali teorie e quali paradigmi possono essere proficuamente estratti dal metodo psicoanalitico per essere impiegati nel lavoro con la società, inaugurando quella nuova figura (solo in parte inedita) che Twemlow e Parens (2006) hanno chiamato “community psychoanalyst”, e che con una punta di audacia potremmo tradurre ‘psicoanalista del territorio’?

In primo luogo il *setting analitico*, non tanto nell'accezione tradizionale di spazio relazionale e contrattuale, che sarebbe difficilmente esportabile dalla terapia ai turbolenti contesti delle organizzazioni, ma piuttosto come “modello organizzativo” e istituzione transitoria (cfr. il concetto di “encuadre”, Bleger, 1967): in questo senso si può immaginare che l'organizzazione istituzionale e quella del setting abbiano reciprocamente qualcosa da imparare, tenendo conto – a proposito dell'invito alla modestia di cui si parlava poc'anzi – che, a differenza di quello della relazione analitica, il setting istituzionale non appartiene all'analista, il quale è perciò costretto il più delle volte ad accettarlo così com'è, instabile ed arbitrario, rassegnandosi a negoziarlo dal momento che non lo può governare.

Il concetto di “*contenitore istituzionale*” (Bion, 1962; Comelli, 2009; Foresti, Fubini e Perini, 2011) è un altro caposaldo dell’approccio psicoanalitico all’organizzazione. A partire dal modello bioniano di contenitore come spazio psichico in relazione dinamica con i contenuti emozionali, il contenitore istituzionale si configura, per estensione, come una forma della “organizzazione-nellamente” dei membri del gruppo di lavoro o dell’istituzione (Armstrong, 1997); in questo senso esso rappresenta anche una funzione della leadership (che opera avendo in mente le esigenze dell’organizzazione e quelle dei suoi membri) e una componente essenziale della cultura organizzativa. Un’istituzione sufficientemente sana dovrebbe quindi funzionare come un contenitore capace di essere al tempo stesso

- solido (per resistere alle tensioni emotive)
- illuminato (per ridurre al minimo le zone d’ombra, ovvero l’“inconscio sociale”)
- sicuro (per proteggere sia i membri che il compito dai danni e dai pericoli)
- trasformativo (per convertire in pensiero le emozioni primitive).

La relazione del contenitore con il contenuto, quando il registro “simbiotico” della cooperazione prevale su quello “parassitario” dello sfruttamento, può costituirsi allora come base concettuale per supportare una serie di processi istituzionali:

- le decisioni relative al paziente (la psicoterapia, la gestione clinica, la supervisione del caso) o al cliente (la consulenza al ruolo, il counseling organizzativo, il coaching)
- il governo del gruppo operativo (team leadership, assetto mentale orientato al “work group”)
- la supervisione clinico-organizzativa dell’équipe (dal focus sul “caso clinico” a quello sul “gruppo curante”)
- la consulenza istituzionale (dal focus sul “gruppo curante” a quello sul “sistema curante”)

Un altro costrutto, quello di “*isomorfismo istituzionale*” (cfr. Kaës, 1993), può aiutare a comprendere il funzionamento istituzionale in termini di processo parallelo e di rispecchiamento tra mondo interno del cliente e ambiente di cura, mediato da un mutuo gioco di proiezioni, introiezioni, fantasie inconse e identificazioni proiettive; in questo senso è possibile entro certi limiti rappresentare l’individuo e il sistema organizzativo di appartenenza come “creature l’uno dell’altro” (Main, 1975).

Infine il concetto di “*capacità negativa*” (Bion, 1970), ancorché in apparente contrasto con il forte mandato sociale dell’istituzione e con le correnti culture del genere “macho management”, rappresenta in definitiva un proficuo strumento di lavoro e una funzione sofisticata della leadership, uno stato mentale che, come ricorda Campoli, “comporta assunzione di responsabilità nella capacità stessa di attendere, senza tuttavia demonizzare l’azione né cadere nell’inazione propria del mondo psicotico” (Campoli, relazione iniziale).

Altri concetti di matrice psicoanalitica sono o possono rivelarsi utili al lavoro nelle e per le istituzioni, ma qui forse è più importante soffermarsi su una questione preliminare: la comunità analitica fa molta fatica a “sporgersi” fuori della stanza dell’analisi e ad affrontare problemi, oggetti, regole, relazioni e linguaggi così diversi da quelli che le appartengono. D’altra parte il mondo delle organizzazioni accoglie abitualmente il discorso analitico con molta diffidenza, in parte perché di solito (e mai come oggi) è in cerca di sicurezze e semplificazioni che la psicoanalisi non può offrire, e forse teme il potenziale dirompente delle sue verità; e in parte perché gli analisti non sempre si sono sforzati di farsi comprendere da quel mondo. (Perini, 2007)

Questa tensione è particolarmente evidente nel dialogo tra sordi che nei servizi socio-sanitari contrappone le culture cliniche a quelle amministrativo-gestionali, bruciando risorse umane, materiali e temporali in sterili dialettiche di dominanza/sottomissione, laddove ogni parte mira ad affermare un proprio primato (quello delle regole sanitarie o al contrario quello dei vincoli

economico-normativi), invece di perseguire un negoziato, certo non così semplice, nel segno dell'esame di realtà e della posizione depressiva.

Ma se davvero siamo persuasi che la società contemporanea, i suoi garanti e le sue istituzioni abbiano bisogno del contributo della psicoanalisi, allora il primo compito che occorre affrontare è il superamento delle reciproche diffidenze e lo sforzo di avviare un dialogo paritario che illumini la speranza senza oscurare le difficoltà.

1 luglio 2012

Psicosi: anello di congiunzione tra psicoanalisi, psichiatria e servizi

Vincenza Quattrocchi

Ho seguito il dibattito psicosi psicoanalisi e non ho trovato il tempo per partecipare attivamente anche se l'argomento mi è caro. La psicosi infatti è per me il vero anello di congiunzione tra psicoanalisi e psichiatria, il terreno fertile per far sviluppare conoscenze, approcci ed interventi specifici.

Mi inserisco, quasi alla conclusione di quest'ultimo dibattito su psicoanalisi e servizi perché ritengo possa essere utile portare un'esperienza che ha avuto la caratteristica di essere continua nel tempo.

Riprendo l'intervento di Schinaia (21/6) per collocarmi nella storia dei servizi toscani da me raggiunti nel 1976, dopo una breve ma intensa esperienza emiliana presso un Centro che si era costituito fondando le sue basi sui presupposti del movimento basagliano dell'epoca.

Ho lavorato 14 anni a Firenze nel servizio diretto da Graziella Magherini. L'attenzione alla relazione terapeutica era il fulcro di quella équipe e realmente la sua mission.

Erano favoriti momenti collettivi di formazione psicodinamica che si ispiravano a Fornari, Gaddini e senz'altro alla scuola di Pichon-Riviere (1971) e di Bleger (1966) esemplare per lo sguardo rivolto all'istituzione intesa come il terzo elemento e come oggetto di studio.

Le occasioni formative erano strutturate in gruppi operativi oppure erano compenstrate nella prassi quotidiana (riunioni, supervisioni, discussione sul caso clinico etc.). Era quella la strada per fornire al gruppo di lavoro, dall'operatore socio sanitario (oss) al terapeuta più esperto, elementi di conoscenza sulla relazione di cura e, dico oggi, elementi di conoscenza e di riflessione sul transfert multiplo del quale l'istituzione si nutre e grazie al quale offre al paziente grave, la possibilità d'essere rappresentato a 360 gradi attraverso la mente degli operatori che lo incontrano anche e soprattutto, in momenti di vita condivisa e per questo rinegoziata. Momenti di cura a tutti gli effetti. Da quell'esperienza che ebbe come scenario la riforma psichiatrica ed il cambiamento epocale che costituì, successivamente, nel 1991 divenni responsabile di un servizio nella provincia di Firenze, con la direzione della UOC di Psichiatria e del DSM, quando il mio percorso formativo in ambito psicoanalitico era già in fase avanzata.

Ho sempre ritenuto che mantenere viva l'attenzione sulla relazione di cura fosse il compito di un responsabile soprattutto se psicoanalista. Pertanto non sono mancate le occasioni formative continue interne, sia quelle strutturate, che quelle più informali. Alle riunioni approfondite sul caso clinico si accompagnano gruppi operativi ad orientamento psicodinamico a scadenza periodica con setting strutturati. Per mantenere vitale tutto ciò, il sostegno di molti colleghi, i nostri supervisori (Correale, Berti Ceroni, Barnà, Petrini, Bonfiglio, Rossi Monti, Dorliguzzo etc.) che si sono avvicinati negli anni dal 1991 ad oggi, ha contribuito a far sì che la relazione terapeutica fosse l'osservatorio più importante per organizzare, verificare, modificare il percorso di cura.

Nel corso degli anni, per il naturale turnover, sono stati presenti, nel nostro servizio (Unità Operativa di Psichiatria e DSM) vari professionisti, molti di questi portatori di altri saperi (cognitivismo, sistemico relazionale etc.), ed ho sempre pensato che nello stare insieme dovevamo rappresentarci, rispettarci e rispettare il paziente senza sopraffazioni, ma ho sempre creduto che il sapere psicodinamico costituisse il tappeto sul quale appoggiare il nostro stare insieme con le nostre diversità.

La teoria psicoanalitica non è sufficiente per spiegare l'origine del disturbo mentale, espressione delle grandi patologie psichiatriche, né in sé racchiude le caratteristiche per un trattamento esaustivo; viceversa si configura come strumento valido per leggere la rappresentazione mentale che sulla predisposizione biologica si manifesta, ma anche per sostenere l'approccio al paziente.

Zapparoli ha cercato di collegare gli aspetti psicodinamici con le precoci alterazioni su base biologica nell'ambito delle percezioni sostenendo che una disfunzione dell'organizzazione percettiva, può favorire precoci relazioni distorte, laddove aspetti di reciprocità si impiantano precocemente determinando i presupposti per un rapporto con l'altro fortemente contraddistinto dall'ambivalenza e con modalità di attaccamento conseguente. Da questo ne possono derivare interessanti considerazioni sulla relazione terapeutica che può, transitando attraverso componenti di onnipotenza ed indispensabilità, paralizzare ogni possibile evoluzione della relazione medesima.

Molti autori psichiatri/ psicoanalisti hanno fornito chiavi di lettura, occasioni di approfondimento. Mi è sempre sembrato molto interessante l'approccio che definirei "del rovescio" che si basa sulla comprensione del sistema difensivo del paziente rispetto ad una mera descrizione del fenomeno psicopatologico, e persino ad una visione più approfondita dell'approccio fenomenologico.

Questo è un aspetto fondamentale che accompagna il nostro quotidiano operare che tende ad essere forte ma contemporaneamente rispettoso della necessaria distanza, dell'assetto difensivo del paziente, della resistenza al movimento ed al cambiamento. Negli anni gli operatori si avvicinano ma si ha l'impressione che l'approccio psicodinamico passi da un testimone all'altro. Il mio lungo e costante contatto con il paziente psicotico è stato confortato e sostenuto dalle impareggiabili e preziose pagine scritte da Gaetano Benedetti: *Dalla non esistenza all'incontro terapeutico* (1979) ed *Alienazione e personificazione nella psicoterapia della malattia mentale* (1980). Complessivamente ritengo che, attraverso meccanismi di difesa primari, arcaici, quali la negazione ed il diniego, lo psicotico struttura una sorta di "aggiustamento" che permette il suo stare nel mondo nell'unico modo possibile con l'attivazione di schunts collaterali (il delirio) che consentono l'approccio con la realtà altrimenti interdetta. Pertanto la sintomatologia definita "sintomi positivi" può essere letta come il risultato di un'operazione difensiva che attraverso negazione, diniego, protezione etc., solleva l'individuo dal senso di dispersione del Sé e dal senso di perdita delle funzioni vitali, così definite da A. Correale: "sono vivo, sono vero, sono nel mondo". E' una visione che capovolge l'ottica e che coinvolge l'operatore, transitando attraverso percorsi empatici, nell'immedesimazione con aspetti di negatività e di passività del paziente e che gli fornisce strumenti per un approccio sfaccettato e tollerante. Utilizzando una metafora, immagino molto spesso un paziente dentro un salvagente che lo separa dal mondo esterno ma che anche lo protegge, ed immagino anche un intervento che ci colloca non tanto armati di strumenti aggressivi verso il salvagente ma piuttosto - nelle fasi iniziali del contatto - anche noi, inquilini del salvagente medesimo. Ricordo come molto esplicativa la definizione che nel corso di una delle tante supervisioni di gruppo, fu data di un giovane paziente da poco tempo ospite della nostra comunità terapeutica: "...è come un liquido che assume la forma del contenitore che lo contiene". Una metafora che si riattiva ogni qual volta incontriamo pazienti immersi in quella situazione siderale del congelamento del Sé.

EsercitiAMO una funzione di rêverie che comporta una restituzione meno angosciante della realtà attraverso la condivisione della quotidianità e l'esplicitazione sul piano emozionale. Se la mente umana ha bisogno di un'altra mente per svilupparsi, certamente ha bisogno di un'altra mente per ripararsi ed è il paziente stesso che riconosce e ci aiuta ad evidenziare gli aspetti riparativi,

ricostruttivi, narrativi della relazione terapeutica, anche quella così particolare che coinvolge un gruppo di persone e che fa i conti con quello che si può definire un transfert multiplo.

Sono le parole di A. inserito dopo anni di errori e tentativi presso la nostra Comunità Terapeutica: “quando la mattina mi sveglio in Comunità sento gli operatori della notte che parlano con quelli del turno di giorno, si passano le consegne, mi sembra buono il risveglio al suono delle loro voci”. Le sue parole, dette nel corso di una seduta della terapia di gruppo dei pazienti inseriti in Comunità, ci restituiscono la traccia dei fattori che curano: mentre i bambini dormono, gli adulti preparano la loro giornata. Nessuno diventa umano da solo: ci facciamo umani gli uni con gli altri, l’umanità che è per contagio, ce l’hanno passata con la parola, ce l’hanno passata attraverso lo sguardo che contiene amore, preoccupazione, rimprovero cioè significati.

Le riunioni, le discussioni sul caso, tutto il lavoro del gruppo in assenza del paziente, svolgono un compito fondamentale che assume le caratteristiche di una narrazione, ed il gruppo dei curanti si costituisce come sfondo, una sorta di continuum, un connettivo per parti scisse del paziente, altrimenti sempre e solo “isole”.

Intendiamo il Dipartimento per la Salute Mentale un contenitore osmotico che ha come mission la tutela e la promozione di salute mentale.

E’ una struttura che nell’assicurare la complessità dell’intervento si colloca come garante di due aspetti da considerare come cardini dell’assetto assistenziale: l’unitarietà e la simultaneità dell’intervento rispetto alla complessità delle tre componenti *biologica-psicologica-sociale* del disagio psichico, unitarietà e simultaneità dell’intervento multidisciplinare, laddove in entrambi gli aspetti, il termine integrazione non può essere soddisfacente.

I luoghi della cura si identificano più che altro con gli attori della scena terapeutica, invertendo la logica dell’istituzione totale del recente passato laddove il *luogo della cura* si identificava con la cura medesima. Oggi, pertanto, i luoghi della cura in senso stretto sono indispensabili ma assolutamente privi di significato se carenti di osmosi, se asfissati dalla autoreferenzialità e dalla assenza delle “coordinate temporo -spaziali”.

Lo smantellamento dell’istituzione, dopo la riforma psichiatrica, ha visto nel migliore dei casi una sorta di virtuale trasposizione, dalle mura istituzionali a mattoni più invisibili, più dinamici (psico-dinamici) che sono gli operatori medesimi: ***la loro mente è il vero luogo della cura***. Il riferimento è alla mente del singolo ed ad alla mente del gruppo. I luoghi della cura sono **nod**i di una **rete** che li mette in stretta relazione tra loro senza che nessuno di essi sia egemone dell’altro. Se nessun luogo è egemone dell’altro, la funzione del Centro Salute Mentale è oltremodo la più complessa: punto centrale del processo terapeutico, punto di partenza, ma anche il punto di arrivo, nel senso che è la sede più frequente per il primo accesso ed è la sede nella quale si mantiene il rapporto con il paziente anche alla conclusione di un trattamento multimodale. E’ opportuna la specificità dell’accoglienza sin dalla prima fase del contatto **utente/servizio**, quello che definisco l’atteggiamento psicoterapeutico in wireless. Persino attorno al farmaco è opportuno fare delle riflessioni in considerazione del fatto che oscilla tra l’essere uno schermo che ostacola la relazione perché vissuto come violazione del corpo, ma anche come elemento che favorisce il mantenimento delle distanze tra chi cura e chi è curato, all’ombra di una sorta di evitamento dell’indagine psicologica. Sappiamo anche che nel superare l’attacco al narcisismo ed all’onnipotenza (emozione bifronte condivisa dal curante e dal curato), il farmaco è un mezzo per rendere possibile la relazione per il suo meccanismo d’azione in senso stretto e specifico ed anche perché costituisce un legame con il terapeuta introiettato, presente anche in assenza. Nella rappresentazione mentale dei curanti, esso è ora mezzo di allontanamento o “contenzione”, ora espressione di attitudine terapeutica, ma anche mezzo di comunicazione e supporto delle parti sane. Il consolidamento di un servizio territoriale porta a **superare l’assetto di un servizio “allertato” esclusivamente all’accoglienza della crisi**. Certamente non possiamo identificarci con la figura dell’esperto esclusivo per l’emergenza. Piuttosto attraverso azioni multiple, è necessario affrontare il problema dell’acuzie a monte e sotto vari aspetti, dalla prevenzione possibile, all’intervento precoce verso una solida presa in carico da parte di un Servizio, sempre più visibile, riservato rispetto all’intimità della cura e nel

contempo riconoscibile rispetto all'offerta. Il gruppo di lavoro ha il compito di fare profondamente suo il concetto che la **relazione terapeutica** costituisce l'essenza di tutto il processo; pertanto è indispensabile cimentarsi sul significato dell'*alleanza terapeutica* (Maria Ponsi, 2001; 2002) che fonda le proprie radici nella relazione primaria, configurandosi come identificazione reciproca attraverso elementi preverbalì ed empatici, di sostegno e di accudimento e sull'aspetto più elaborato della alleanza medesima, l'alleanza di lavoro (Greenson, 1965) in cui un Io osservante si allea con quello del curante.

Nell'approfondire questo concetto è opportuno dire che gli aspetti psicologici, relazionali e quindi psicoterapici sia in senso lato che in senso specifico e ristretto, hanno, nel trattamento una certa supremazia in quanto ogni atto, dalla prescrizione farmacologia alla riabilitazione psicosociale, è mediato dalla relazione terapeutica ed è "dentro" la relazione terapeutica medesima. Riflettiamo su quanto dinamico (psico-dinamico) è il clima nei luoghi della riabilitazione, in maniera quasi del tutto spontanea laddove il passaggio dalla spontaneità alla consapevolezza qualifica come terapeutico, l'intervento.

Un'attenta considerazione dei luoghi della cura, il CSM, il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, i Centri Diurni, le Residenze e le Comunità Terapeutiche che facilitano la condivisione della vita tra pazienti ed operatori, porta a definire le azioni psichiatriche, riabilitative reali e condivise con il paziente, come espressione di un intervento che, nell'agire sul mondo **esterno**, mira a raggiungere il mondo **interno** del paziente.

Le azioni dunque sono "parlanti" (Racamier, 1972; 1998), nel senso che corrispondono a pensieri e parole strettamente connesse con le strategie psicoterapeutiche. Il rispetto della vulnerabilità comporta che l'intervento terapeutico venga forgiato come se fosse la chiave per la serratura (key and lock). Diventa cronico tutto ciò che è trascurato ora per carenza di risorse, ora per la mancanza di riflessioni aggiornate sul caso, sui percorsi fatti, sugli strumenti terapeutici. Possiamo dire che diventa cronica la persona che non è più pensata.

Pertanto, la complessità dell'intervento riguardante l'ambito riabilitativo altro non è che la cura nella sua accezione più ricca e forse *l'unica psicoterapia possibile* in situazioni gravi e complesse.

Ma non c'è solo il paziente psicotico anche in considerazione del fatto che da molti anni nei nostri servizi accedono pazienti con molteplici patologie pertanto, la **psicoterapia (individuale, di gruppo, familiare etc.)**, intesa in senso stretto, nella nostra esperienza, viene regolata attraverso uno studio sulla **appropriatezza delle psicoterapie** rivolte a singoli individui, a gruppi di pazienti ed a famiglie. Credo che delle considerazioni approfondite debbano essere fatte per i disturbi di personalità che oggi occupano i nostri servizi e che richiedono percorsi dedicati, specifici e di alto livello per i quali bisogna formarsi nell'intento di scongiurare la loro cronicizzazione nel senso più deteriore del termine.

Accanto a tutto ciò, e tornando al paziente più grave, penso a proposito che debba essere considerato anche il contributo di esperti di teatro, esperti di espressione artistica, esperti di scrittura creativa etc. che da anni nell'ambito delle molteplici attività terapeutico riabilitative, hanno permesso di fornire sia al paziente che a noi curanti un tramite sofisticato, loquace quanto muto perché venisse rappresentato ciò che con le parole (congelate, interrotte) non poteva esser detto. Per Freud, la capacità creativa va spiegata come disponibilità ad attingere a contenuti inconsci o preconsoci particolarmente vivaci ed attivi, ritiene che ad ogni rappresentazione sia legata una quota affettiva, o più precisamente un "importo d'affetto", che ne costituisce la sua base energetica.

Lo psicoanalista Ignacio Matte Blanco considera l'esperienza artistica, sia dal punto di vista della produzione che della ricezione, come un vero e proprio "pensiero emozionale". L'opera d'arte ha quindi il potere di esercitare la funzione di portarci nel mondo dell'emozione. Ma come viene concepita l'emozione nella teoria psicoanalitica? L'emozione è considerata in questo modello come un affetto, ovvero una quota di energia legata alle idee, la quale interferisce nell'adattamento e altera l'equilibrio psichico.

A mio parere si sviluppa un pensiero psicodinamico se ci ispiriamo al concetto che non c'è cura se non si favorisce una rimessa in moto (M. Sassolas, 1997) della vita psichica nel tentativo non tanto di aggredire il mondo delirante del paziente, quanto di superare quella sintomatologia caratterizzata dal ritiro, laddove assenza non vuol dire inesistenza. Il riferimento è al congelamento ed all'evacuazione, due meccanismi di difesa ben descritti da Sassolas e Correale, laddove il congelamento è una sorta di sospensione della vita emotiva, attraverso la scelta di stare esclusivamente in rapporti di tipo simbiotico protettivo, e l'evacuazione è da intendersi come l'estremizzazione della identificazione proiettiva. Attribuire ad altri esperienze, fenomeni della propria vita psichica, rende la stessa più sopportabile.

Riporto le parole di un paziente/pittore, scritte nella fase di elaborazione di una delle attività di espressione grafica e pittorica:

“E' l'anima nascosta dentro di noi che rimane sulla tela. Spesso trovo inutile quello che faccio ma la pittura è come un'alchimia che trasforma il ferro in oro. Ciò che è nascosto viene rivelato e diventa prezioso perché comunicato agli altri.” (R)

Ed ancora :

“Solcare i mari, trovare distese
d'acqua con calma sollecitante
e ispirarsi per arrivare a casa,
emergere come uno scoglio
dalle onde dell'acqua nel porto
della vita dove uomini e donne
tutti diversi con mille pensieri,
rispondono ai miei desideri di
navigare senza dolore”... (R)

Vorrei concludere con le parole di G. Benedetti: “Quando notammo per la prima volta che la scomparsa del disturbo della comunicazione verbale procedeva parallelamente alla graduale costruzione nei disegni di una rappresentazione del Sé, che il paziente usava, utilizzava per interagire affettivamente col terapeuta, avanzammo l'ipotesi che il disturbo della comunicazione verbale, nei pazienti con cui lavoravamo, fosse da collegarsi all'assenza di una rappresentazione libidica del Sé.”

Credo che nella nostra quotidianità sia molto importante ripensare sempre, da soli ed in gruppo, al significato del nostro fare.

1 luglio 2012

Psicoanalisi e istituzione: una presenza carsica?

Gemma Zontini

Prima di provare a scrivere qualcosa sul rapporto tra psicoanalisi e istituzione, avendo io una doppia appartenenza, ho dovuto superare qualche resistenza. Un rapporto conflittuale, mi sono chiesta, al posto della pacifica convivenza durata tanti anni? Forse è proprio così. E forse per questo scrivo qualcosa ora per unirmi a questo dibattito, che ho letto con interesse e che mi ha per molta parte coinvolto e trovato concorde. E scrivo seguendo un filo, forse e come spesso mi accade, di dettaglio.

Vorrei partire dal concetto di “liquidità” che è stato discusso in modo molto interessante durante le Giornate Italiane.

La patologia psichica, credo, si avvia ad essere sempre più “liquida”: sempre più le sindromi sfidano un chiaro incasellamento nosografico, sfumando i propri confini e invadendo il campo di altre forme sindromiche; prendono la strada del corpo tendendo a confondersi con la patologia fisica; si alleano alle tossicofilie (tentativi di autocura del disagio psichico?).

Lo stesso apparato psichico sembra servirsi sempre più di funzionamenti psichici multipli, ognuno dei quali può acquisire prevalenza in un certo tempo e in un certo momento esistenziale: insomma una certa tendenza alla “liquidità” della struttura psichica che, credo, in precedenza era meno presente, più tipica delle patologie al limite, meno “tipica” rispetto alle strutture “solide” e stabili che sottendevano sindromi e sintomi consentendo una minore ambiguità diagnostica.

Ma forse questa fluidità del funzionamento psichico non è solo tipica della patologia ma anche della “normalità”, probabilmente un’evoluzione dello psichismo in rapporto alle “nuove” civiltà e ai “nuovi” loro disagi (Riolo 2010).

A questa attuale “liquidità” dei funzionamenti psichici, delle relazioni (anche tra pazienti e terapeuti e tra gli operatori stessi dei servizi psichiatrici del SSN), delle patologie psichiatriche, della domanda si cura e di assistenza (che si generalizza e coinvolge ambiti multipli), l’istituzione sembra reagire con un inasprimento di regole. Forse questo inasprimento non è dovuto solo a questo fattore, ma anche a questioni economiche e di gestione politica del welfare specie per quanto riguarda l’ambito sanitario (Peruzzo 2012).

Esso, tuttavia, è presente e, secondo me, ha delle ricadute significative sulla presa in carico e sulla cura del disagio psichico. A mio avviso, inoltre, un tale eccesso regolamentatorio ricade anche sulle relazioni tra operatori e tra operatori e apparato istituzionale e ha una parte non irrilevante nel *burn out* e nelle problematiche di *mobbing*.

In questo senso, mi incuriosì, tempo fa, una circolare che regolamentava i comportamenti e, persino, le attitudini emotive degli operatori nei confronti del paziente (invero utente come adesso viene definito financo nel diario clinico), un’intrusione, almeno così mi parve, in un campo dell’umano che, credo, sia piuttosto appannaggio dell’etica personale; ma mi trovai a chiedermi se tutto questo non fosse una sorta di logica conseguenza della debolezza (un’altra fluidità?) di un’etica medica sempre più persa e dispersa (perché? La sempre maggiore tecnicità della medicina? L’arroccamento difensivo della pratica della cura? Le nuove forme di non trasparenza, per esempio nella gestione dei ricoveri intramoenia o nell’assegnazione di incarichi *ad personam*?).

E poi altri inasprimenti dei controlli numerico-statistici con i relativi aggiramenti dei dati reali, e dei controlli in quanto tali, fin nei dettagli dell’operare clinico.

Nulla di ingiusto in sé, sebbene non possa condividere il dettato della circolare di cui sopra poiché all’epoca mi sembrò persino un attacco al buon senso e alla medietà etica della persona. Eppure mi resta nell’operare nel servizio pubblico (dirigo un SPDC) un senso strisciante di disumanità. Forse non è questa la parola. Però mi pare che da un lato si affermi che l’istituzione si iper-regola per ristrutturarsi e migliorarsi mentre dall’altro lato i tagli alla spesa sanitaria, la mancanza di finanziamenti, specie per la psichiatria, il tentativo, secondo me costante, di ritorno sotterraneo a forme di controllo, piuttosto che di cura, per il disagio psichico mi paiono rendere conflittuale fino alla paralisi l’operatività dei servizi pubblici almeno in psichiatria e almeno nella regione dove vivo. Insomma, l’istituzione da garante metasociale (Kaës 2007) mi sembra farsi garante “oligarchico”, mi sembra restringere gli ambiti di intervento sia per quanto riguarda i pazienti (penso per esempio alle dispute riguardanti “di chi è il paziente, del SERT, della UOSM, della Riabilitazione, etc”), sia per quanto riguarda gli operatori (chi dimette prima, chi ha un “maggior carico di lavoro”, etc.).

Queste questioni mi sembrano aver respinto la psicoanalisi in una posizione marginale. La psicoanalisi è di per sé eversiva rispetto al controllo. Lo è stata rispetto al sapere, introducendo ad esempio la sessualità infantile, rispetto alla coscienza introducendo l’inconscio, rispetto alla possibilità stessa della cura (almeno nel senso di guarigione) introducendo il concetto di coazione di ripetizione. Come potrebbe non esserlo rispetto ad esempio alla EBM (Evidence Based Medicine) nel senso ristretto del concetto o come potrebbe non esserlo rispetto alla sempre più forte tendenza, nell’operatività dei servizi pubblici, a desoggettualizzare l’intervento terapeutico a favore di un

intervento sul sintomo, ad escludere dalla patologia le appartenenze gruppali e gli eventi sociali che tanta parte hanno nello scatenamento del disturbo psichico?

E', del resto, vero che lo stesso Freud (1926) aveva anticipato la marginalità della psicoanalisi rispetto alla psichiatria, ma non credo alludesse ad una marginalità che, talvolta, mi pare confinare con una sorta di forclusione della sua presenza nel sistema generale della cura psichica.

Rispetto alle questioni che mi sono parse importanti (ma di certo ce ne sono altre), cioè il rincaro del controllo istituzionale in relazione alla maggiore "fluidità" della patologia psichica, l'EBM, la restrizione "oligarchica" della funzione dell'istituzione come garante metasociale, gli indicatori di efficacia/efficienza del trattamento, attualmente molto di moda specie in rapporto alla trasformazione in azienda delle varie strutture del SSN (anche se in sé non saprei definirli ingiustificati), la psicoanalisi si è trovata ad occupare un posto eccentrico, se non francamente marginale.

Che fare per coloro che, come me, hanno questa duplice identità? Resistere sfruttando la capacità della psicoanalisi all'inabissamento carsico (come a volte accade per le culture "diverse" da quelle dominanti nei fenomeni migratori), aspettando tempi migliori? Lottare per (ma anche cooperare a) una definizione più accurata e ampia, almeno nell'ambito della salute mentale, del concetto di efficacia, efficienza, costo, adeguatezza della cura (un indicatore dell'efficacia/efficienza del trattamento anche psicodinamico, per esempio, potrebbe essere il fenomeno del *revolving door* per quanto riguarda i ricoveri, o la riduzione dei fenomeni di crisi acuta o di rottura dei legami con il gruppo di appartenenza per quanto riguarda la cura ambulatoriale) che possa restituire alla psicoanalisi il suo posto come momento di presa in carico del soggetto e non del sintomo?

Invero mi piacerebbe questa seconda soluzione, lottare per riemergere alla luce, contro quello che mi pare un neo-oscurantismo istituzionale magari ammantato di riassetto e progresso. Mi piacerebbe anche perché per me il lavoro istituzionale è stato importante e arricchente sia sul piano del sapere che su quello degli affetti che hanno contrassegnato i miei scambi con l'istituzione.

2 luglio 2012

Psicoanalisi e servizi: decifrarne il futuro

Paolo Boccara

"Chi voglia varcare senza inconvenienti una porta aperta deve tener presente il fatto che gli stipiti sono duri" (R. Musil, 1930-1933).

Penso che la sfida di questa nostra epoca sia questa: lavorare nei Dipartimenti di Salute Mentale all'interno della crisi che stanno attraversando, non immaginando di ricopiare il passato né salvaguardandolo troppo, ma provando a tracciarne il futuro anche attraverso competenze psicoanalitiche che siano all'altezza dei problemi di questo nostro momento storico. Mi sembra quindi quanto mai opportuna la sottolineatura di Giuseppe Riefolo che ha valorizzato un tema del genere nel nostro dibattito, e altrettanto bene ha fatto Giorgio Campoli a riprenderlo nelle sue recenti osservazioni.

Credo innanzitutto che non possiamo non considerare le molte vicende che sono accadute e stanno ancora accadendo in questi ultimi dieci anni nei servizi pubblici. Il panorama concreto e psichico di noi operatori (psicoanalisti e non) è nel tempo molto cambiato ed è risultato troppo spesso inasprito dagli eventi. In fondo l'essenza della crisi è stata ed è legata proprio all'insorgere dell'improvviso timore del contagio: tutto repentinamente sembra mutare (e muta davvero) e l'ordine fin qui rappresentato si riscrive in codici che prima sembravano impensabili e che ora diventano sempre più evidenti nel giorno dopo giorno. Gli *stipiti duri* delle *porte aperte* da attraversare non sono altro che i limiti (ma anche le potenzialità) dei servizi in cui viviamo e che, se non considerati, ci fanno apparire dei romantici idealisti che non danno la giusta importanza alle vicine realtà del presente.

Potrei essere quindi anche d'accordo nel sostenere la necessità che nei servizi sia presente più psicoanalisi e non meno psicoanalisi (Correale), ma oggi il punto è a mio parere considerare bene *quale* psicoanalisi e *per quali* servizi cercare un uso appropriato delle nostre capacità. Non credo che sia più possibile parlare della psicoanalisi *al singolare* o riferirsi *genericamente* ai servizi territoriali, senza considerare che per l'una e per gli altri è bene specificare di che tipo di psicoanalisi parliamo e a quali servizi (a quale organizzazione) facciamo riferimento. Non possiamo più collocare entrambi (psicoanalisi e servizi) in un tempo senza storia, dove ancora si fa riferimento a piccoli gruppi di operatori che potrebbero lavorare bene tra loro, senza tener conto che oggi questo non avviene quasi più da nessuna parte e che occorre invece inventare volta per volta condizioni diverse per far progredire nonostante tutto il nostro lavoro. Una visione di quel genere sembra uscire da favole che possiamo raccontarci in alcune piacevoli e ridenti giornate di supervisione in giro per servizi (non nostri), senza però ricordare le condizioni dei freddi e impervi giorni di attività quotidiana nei servizi (nostri) in cui lavoriamo o abbiamo lavorato.

Oggi ci si trova ad affrontare problemi le cui soluzioni richiedono traiettorie complesse e parte dell'armamentario mentale ereditato dalla cultura psicoanalitica che ha coinvolto la nostra formazione, viene messa continuamente in discussione senza farci progredire di un passo.

Per quanto riguarda i servizi, anche in questo particolare momento (come da trent'anni a questa parte) serve difendere con forza e convinzione (senza mai cedere a fantasmi ideologici) la riforma psichiatrica. Poi però occorre costruire il futuro e nel farlo non possiamo solo proteggere il passato. Anche se ormai da tempo conosciamo quello che sarebbe utile fare in un servizio per prendersi adeguatamente cura dei diversi pazienti che vi accedono, sappiamo anche bene che oggi il punto non è questo. Di fronte ai tanti cambiamenti strutturali di cui siamo testimoni, la nostra posizione mentale potrebbe essere tesa a capire e sperimentare (con le condizioni date e che non potranno in tempi brevi migliorare) quanto la nostra formazione psicoanalitica può aiutare un servizio per far sì che svolga nel miglior modo possibile il suo mandato. Una formazione che permetta anche ad ognuno di svolgere il ruolo istituzionale che ricopre, senza farsi suggestionare da come dovrebbero andare le cose quando non vanno come vorremmo.

Se è spesso vero che la cultura nei servizi è scivolata verso una valutazione prevalente dei comportamenti, con una tendenza molto preoccupante a svilire la dimensione soggettiva dei problemi mentali, credo che tale scivolamento (quando è avvenuto e comunque non sempre a prescindere da noi) derivi anche dal fatto che ancora oggi gli psicoanalisti (nei servizi e non solo) non danno abbastanza valore proprio ai comportamenti dei pazienti e degli operatori. Questi, se ben considerati, diventano estremamente importanti nei loro significati psichici dato che nei servizi oltre che da parole siamo continuamente circondati da comportamenti, azioni, acting e enactment di pazienti (gravi e meno gravi), di terapeuti, di familiari e di amministratori.

E siccome sappiamo bene che anche l'analista più esperto è spesso "un *pioniere* che può talvolta apprendere quello che già conosce" (Ogden, 1989), possiamo tranquillamente ammettere che si può apprendere dalle parole che ascoltiamo, dalle immagini che arrivano alla nostra mente, ma anche da come ci comportiamo noi stessi, i nostri colleghi e i pazienti in ogni nuova o vecchia situazione. Insomma si può continuamente imparare dalle proprie e dalle altrui *azioni*, perché ogni processo (all'interno del suo specifico setting) incorpora le azioni dei diversi partecipanti e attraverso le azioni dei pazienti e degli operatori, ogni analista presente nel servizio può evidenziare quanto i loro mondi oggettuali interni sono destinati ad animarsi subito nel dramma intersoggettivo che sarà recitato nello scenario di quel determinato rapporto.

Concordo in tal senso quindi con l'ipotesi clinica di J. Greenberg (2012), secondo il quale le dimensioni attive del processo danno sempre espressione a un'esperienza inconscia e che per *azioni* possiamo intendere sia il modo in cui l'operatore e il paziente pensano e parlano, (come scelgono le parole, l'intonazione, ecc.), sia la qualità dei loro comportamenti, compresi gli *enactment* che riguardano le azioni effettive (non simboleggiate e magari ignorate) a cui tutti partecipano prima e anche durante i loro incontri.

E se quindi l'*enactment* non è altro che l'esternalizzazione del dramma in atto nel mondo degli oggetti interni del paziente e dell'operatore, sarà la sua stessa dinamica a rivelare gran parte di quei fenomeni intrapsichici e interpersonali attivati da quel particolare momento. E siccome, come ci ricorda Bromberg (2006) "la capacità di dissociare è semplicemente parte di ogni essere umano", pazienti e operatori della salute mentale a questo proposito, non sono diversi. Saranno proprio questi fenomeni dissociativi dei molteplici Sé dei diversi interlocutori presenti in un servizio odierno a veicolare quelle innumerevoli informazioni che, raccolte dalla mente degli stessi protagonisti o da altri testimoni partecipi, possono essere successivamente restituite utilmente all'intero servizio.

Secondo il mio parere, allora, la grave crisi culturale, a cui anche noi analisti abbiamo certamente contribuito, deriva da non aver considerato adeguatamente gli sviluppi di una certa psicoanalisi contemporanea che ha tratto anche da questa possibile pratica clinica un suo forte sviluppo.

A proposito di alcuni potenti nuclei concettuali citati anche in questo nostro dibattito (quali l'aspetto pulsionale della psiche umana, l'importanza delle memorie infantili, il trauma, la tendenza alla ripetizione, il transfert e altri ancora), non credo che basti denunciare la riduttività della pura azione in cui versano i servizi per riproporre una visione più corretta della soggettività dal punto di vista della nostra tradizionale formazione psicoanalitica.

Lo psicoanalista nei servizi, specie se con funzioni dirigenziali, deve proporre con forza i suoi temi, che hanno quasi sempre a che fare con la tenuta del contenitore (l'apparato mentale dei singoli o dei gruppi, il setting, l'insieme degli operatori, l'organizzazione del servizio) e non solo con gli specifici contenuti che scaturiscono dal rapporto interpersonale. E tutto questo non può essere considerato riduttivamente come il sintomo della tendenza a favorire solo un ambiente adatto alla circolazione di idee.

Dobbiamo lavorare su un modo psicoanalitico (non certo aziendale) di intendere l'organizzazione dei servizi (Perini) (Foresti, 2011) e pensare che essere psicoanalisti in un Dipartimento di Salute Mentale significa anche essere rispettosi della istituzione che i servizi rappresentano per tutti noi, utenti, familiari e operatori.

Sappiamo bene che l'operatività clinica nei servizi è molto legata alla relazione terapeutica e che le tematiche psicoanalitiche con cui una relazione del genere si costruisce (la dinamica transfert-controtransfert, la identificazione proiettiva intesa soprattutto in senso comunicativo, il valore degli enactment e dell'alleanza terapeutica, il ruolo delle immagini mentali per gli interlocutori coinvolti, la pluralità di sé identitari, precari, cangianti e tesi pragmaticamente a trovare comprensione e accoglienza), sono assolutamente utili e condivisibili con molti operatori di diverse professionalità, sia nel loro rapporto col paziente sia per comprendere le relazioni tra loro. Ed è per tali motivi che anche nei servizi (oltre che nelle nostre attuali stanze di analisi) è soprattutto "in gioco un soggetto per il quale conta più il bisogno di essere capito che il bisogno di capire" (Eagle, 2011).

Lavorando nei servizi possiamo dimostrare che, come ci ricorda Maria Ponsi in un suo recente articolo pubblicato su *Psiche* (2012), per quanto riguarda la psicoanalisi "certi fattori terapeutici sono più rappresentati in alcuni modelli teorico-clinici e meno in altri" e solo avendo affrontato da sempre pazienti (di tutte le diagnosi) "poco propensi alla riflessione introspettiva, portati a mettere in atto con azioni e comportamenti le proprie turbolenze emotive, sappiamo che dobbiamo privilegiare orientamenti teorici che prendano in considerazione meccanismi di cambiamento, ovvero fattori terapeutici, diversi da quelli postulati precedentemente".

Diventa quindi fondamentale pensare a setting adeguati ai pazienti che si rivolgono ai nostri servizi di oggi (e non solo a quelli che avremmo voluto che fossero), costruire una alleanza terapeutica passando anche attraverso la non collaboratività, condividere il riconoscimento della realtà psichica che si esprime anche attraverso le loro e le nostre azioni, conoscere bene la loro storia (Monari) e imparare a sintonizzarsi con loro e con le loro richieste (soprattutto quelle inizialmente non condivisibili), riconoscere i diversi Sé di cui sono e siamo costituiti (senza giudicarli impedendone così la loro coesione).

A me sembra che far questo significa ripensare profondamente alla azione terapeutica della psicoanalisi, attraverso una miriade di fattori terapeutici fra i quali ogni psicoanalista può ritrovare quello che gli è più affine, notando però anche che per molti di questi fattori il tasso di specificità psicoanalitica è relativamente basso.

È per tutti questi motivi (qui descritti molto sommariamente), che la crisi odierna dei servizi permette a mio parere di evidenziare livelli di differenze, specificità e sinergie fra psichiatria e psicoanalisi. Ed è dalle condizioni reali date che per la psicoanalisi emerge l'importanza di una ampia riflessione sull'uso del setting, del transfert e della soggettività del terapeuta, spesso nel passato sentite, dagli stessi analisti, difficilmente praticabili nelle situazioni *estreme* dei servizi territoriali. Se per lo psicoanalista che interviene in tali *situazioni*, il problema è sempre quello di domandarsi 'come', 'dove', 'quando' ed eventualmente 'con chi' quel determinato intervento debba avvenire, oggi più che mai è fondamentale permettere che tale incontro non sia contrapposto a quello – spesso preliminare – dello psichiatra (sia nel caso si realizzi attraverso due figure differenti, sia in quello in cui la persona dello psichiatra e dello psicoanalista coincidano). In quel particolare campo di intervento dei servizi, “gli interventi psichiatrici (spesso inevitabili, come quello farmacologico, ospedaliero, residenziale, ecc.), devono assumere la funzione di *elementi del setting* e pur nelle loro difficili integrazioni possono contribuire, proprio in quanto elementi del setting,” (Boccaro P., Faccenda N., Gaddini A., Riefolo G., 2012) all'evoluzione anche dell'eventuale intervento ad orientamento analitico.

E, come ci ricorda ancora Maria Ponsi “in questi casi, l'impatto clinico non avviene tanto con una dinamica conflittuale, interpretabile e trasformabile con l'accesso alla coscienza, ma piuttosto con una modalità del funzionamento mentale che è estranea al conflitto: estranea o perché ancora immatura, o perché incapsulata in aree mentali dissociate dal resto della personalità, o perché strutturalmente diversa dalle organizzazioni mentali suscettibili di rappresentazione”.

E siccome il luogo specifico della cura diviene la funzione della mente di ciascun operatore, lavorare analiticamente nei servizi può significare oggi primariamente favorire il contatto con quanto è indicibile, impensabile e inimmaginabile anche dentro di noi, rimanendo ancorati alle condizioni di realtà.

Credo che sia questo l'antidoto possibile per vivere come analisti nei servizi: intercettare sempre le esigenze evolutive di ciascuno, i movimenti di crescita e le potenzialità inesprese di coloro che lì si curano e di chi lì lavora, cogliendo quel che alberga dentro le persone come potenzialità di cambiamento che hanno certo sempre bisogno di un ambiente appropriato e di qualcuno che ne faciliti la realizzazione.

E soprattutto senza crogiolarsi più nel rimpianto della *fantasia del non avvenuto*.

2 luglio 2012

La psicoanalisi e i “servizi” (non solo psichiatrici)

Marco Mastella

In questo dibattito su “Psicoanalisi e servizi”, le due relazioni introduttive sono di due colleghi che hanno operato o operano all'interno dei servizi psichiatrici. Di fatto il tema dei servizi sembra essere fatto coincidere con quello dei servizi psichiatrici. Come avevo fatto, allora, a pensare che col titolo si intendesse riferirsi anche ad altri ‘servizi’ (educativi, scolastici, per la tutela della salute psicofisica, per la cura e la riabilitazione per bambini, adolescenti e genitori)?

Ho ripensato ad alcune delle prime amare scoperte della mia vita professionale: che le specializzazioni in Psicologia a indirizzo Medico e quella in Neuropsichiatria infantile, per un

medico, erano, dal punto di vista del 'mercato', specializzazioni di serie B, poco spendibili sul mercato del lavoro istituzionale, o poco favorevoli a uno sviluppo di carriera fino ai livelli progettuali che determinano l'organizzazione di un servizio o le scelte prioritarie nell'ambito di un'azienda sanitaria. Eppure non ero rammaricato per le mie scelte, anzi, dentro di me le confermavo.

All'epoca (anni 70) vi erano grandi oscillazioni ed ambivalenze, nella cultura universitaria e dei nascenti servizi per l'età evolutiva e nei nascenti servizi territoriali di Igiene Mentale, nei confronti della psicoanalisi, nonché, spesso, verso un assetto clinico di cura e di ricerca sulla cura. E spesso veniva guardato con sospetto, almeno nella realtà a me nota (Ferrara, Bologna, Emilia, Sardegna) chi la psicoanalisi pensava di accostarla 'facendola' (su di sé e poi con i pazienti), piuttosto che studiandola sui libri o di 'inventarla' attraverso varie scorciatoie (scuole spesso imitative, con frequenti confusioni di setting e di intrecci di interessi di carriera). L'isolamento caratterizzava la vita del neofita aspirante psicoanalista, per quanto riguardava i suoi interessi 'profondi' e per gli aspetti intrapsichici della sofferenza mentale.

L'interesse per il bambino e la famiglia, nelle istituzioni sanitarie e sociali, era rivolto prevalentemente all'area dell'handicap, del diverso, della riabilitazione neuro psicomotoria (riorganizzando risorse già rivolte ai bambini con Paralisi Cerebrale Infantile) o ortofonologica (con risorse per paralisi cerebrali infantili -PCI- e per bambini sordi) o 'rieducativa' (per bambini con 'ridotte prestazioni intellettive' o con psicosi infantili, spesso associate a 'deficit' sensoriali e/o intellettivi).

Nell'ambito delle cure primarie, viceversa, notevoli progressi erano stati fatti nell'assistenza alla donna gravida e nelle cure neonatali, che avevano permesso la sopravvivenza di bambini 'very low birthweight', che necessitavano di cure particolari, non solo fisiche, insieme ad un'attenzione speciale alle loro mamme e famiglie. E ciò è stato di stimolo per ripensare la 'crescita', lo 'sviluppo' psicofisico e sociale.

Notevoli mutamenti avvenivano nella struttura e nell'organizzazione della famiglia e della vita familiare e nella diffusione di strutture educative per la prima infanzia, a supporto di nuove modalità di estrinsecazione delle funzioni genitoriali e parentali all'interno della famiglia.

Deluso dalla formazione ricevuta durante gli studi di Medicina, andavo cercando riferimenti culturali e scientifici più ampi e convincenti, dapprima nelle scuole di specializzazione, poi all'interno della formazione psicoanalitica; se un profondo (e lento) mutamento sentivo avveniva nel corso della mia analisi (e dei lunghi viaggi per effettuarla), non altrettanto interesse provavo, allora, per i seminari teorici del training, anche perché cercavo, lì, ciò che probabilmente non potevo ricevere, ovvero un supporto alla mia attività clinica che si svolgeva, allora, prevalentemente nei servizi.

E, d'altra parte, la psicoanalisi era prima di tutto psicoanalisi rivolta all'adulto; Freud stesso, che si era ben occupato di Paralisi cerebrali infantili (nonché di afasie) e per un certo periodo era stato in contatto diretto con la sofferenza infantile (e con l'impotenza a curare sperando in una guarigione) aveva poi lasciato il lavoro con l'infanzia.

Nel mondo psicoanalitico, l'occuparsi di bambini, adolescenti, genitori, famiglie (e gruppi) veniva dopo la psicoanalisi rivolta all'adulto, se veniva accettato e sostenuto...Ma allora, perché mi ero affannato tanto in queste aree di nicchia? Per una qualche propensione 'perdente', per una idealizzazione del mondo degli adulti (cui forse stentavo a sentire di appartenere) che immaginavo prioritariamente sensibili ai bambini e a chi stava dalla loro parte, o....?

Fortunatamente c'erano colleghi ('maestri') che coltivavano un interesse precipuo per il mondo (interno e sociale, l'ambiente) dei bambini e degli adolescenti, e cercavano, oltre a cure adeguate, ispirate dalle conoscenze psicoanalitiche, anche modelli preventivi rispetto alle distorsioni dello sviluppo, e modelli di intervento precoce, centrati sullo sviluppo di una relazione (termine oggi quasi caduto in disuso) primaria strutturante, significativa. E che cercavano di utilizzare le conoscenze e le ipotesi derivate dal trattamento intensivo di bambini e adolescenti al contesto di cura psicoterapica che si poteva organizzare all'interno dei servizi per la famiglia, la donna, l'età evolutiva. Suscitando, peraltro, una miriade di proposte imitative, di psicoterapie dette

psicoanalitiche, con assetti variabili e frequenze davvero limitate, che hanno prodotto frustrazioni, delusioni, disillusioni e, spesso, un'ondata di rigetto diffuso verso interventi con tal 'denominazione', impedendo confronti e riflessioni fondate sul riconoscimento delle differenze di base (dei quadri clinici, della formazione degli operatori, dell'assetto proposto e realizzato).

Vent'anni è durata questa ricerca di elaborare risposte pensate, che tenessero conto della complessità dello sviluppo della mente umana e delle sue distorsioni, all'interno di servizi che erano giunti ad essere definiti 'Servizi materno-infantili', e che si avvalevano dell'aiuto di psicoanalisti esperti.

Ma nel frattempo rimaneva problematico, per me, approfondire un approccio più squisitamente psicoanalitico, a partire dal mio modo di ricercare, pensare, sentire; ed è stato molto difficoltoso lasciare il lavoro che Marcella Balconi⁹ chiamava di 'prima linea'; ed immergersi nel lavoro dedicato allo spazio privato del sé del paziente, in relazione allo spazio privato (e professionale) del mio sé, in un nuovo 'campo'.

E parallelamente conoscere più da vicino i colleghi psicoanalisti e la vita societaria.

Ma ho avuto (ed ho) anche molte occasioni di lavorare, come psicoanalista, con 'i servizi', con équipes (di salute mentale, di tutela minori, di neuropsichiatria infantile, di servizi per DCA, di educatori di Nidi e insegnanti di materne ed elementari...).

Nel mondo psicoanalitico (IPA) ci sono colleghi (una minoranza) che propongono una psicoanalisi a tutto tondo, con psicoanalisti formati effettivamente a lavorare con bambini, adolescenti ed adulti, ci credono e la praticano, ci vivono...E mi chiedo: perché sono/ siamo una minoranza? Forse ha a che fare con il potere ridotto (o nullo) dei minori, di chi ancora non ha parola, o non ha diritto di parola o di voto, non ha mezzi propri di sostentamento ?

Ritrovo alcuni passi di Pontalis (2000), che mi rasserenano rispetto ai toni accesi che spesso assumono le discussioni su questi temi:

"Il sogno non mi trasporta in un altro mondo, esso pensa e mi pensa. Il suo pensiero è altro da quello che chiamiamo pensiero perché è *un pensiero che non sa di pensare!*" (Pontalis, 2000, 28).

"... la mia irritazione quando i pazienti mi parlano del 'lavoro' che facciamo insieme. Tutto sommato, preferisco il gioco di Winnicott - ma un gioco che fa soffrire. Dentro di me protesto: no, l'analisi non è un lavoro anche se si suppone che anch'essa renda più liberi!" (ibid. 107).

"Qual è allora il mio "strumento di lavoro"? Poco fa ho avuto torto di scrivere: me stesso. No, non si tratta di me stesso, ma di me-altro, quell'io che cessa di essere me, quell'altro che non è identificato" (ibid. 94).

"Se non mi stanco della psicoanalisi, è perché, a suo modo, essa è un luogo di soggiorno nel limbo, in quel regno di mezzo, un regno senza re" (ibid. 26).

In alcune epoche storiche recenti, i servizi per la salute psicofisica e mentale per l'età evolutiva e la genitorialità erano stati 'svincolati' dall'ombra più o meno egemone dei servizi per adulti, con 'apicali' (si chiamavano così) di diversa provenienza; a qualche professionista è capitato di vivere 'l'ebbrezza' di poter cercare di sensibilizzare in qualche modo alla cultura psicoanalitica questo o quel servizio, o questo o quell'intervento, mentre si andava lui stesso formando a diventare psicoanalista.

Per molti di noi arriva un momento, nel ciclo della vita professionale e della vita tout court, in cui 'non ce la si fa più' a lavorare a tempo pieno (o quasi) nell'istituzione servizio pubblico, e contemporaneamente a lavorare come psicoanalisti con pazienti in analisi intensiva; il tempo a disposizione (e le risorse fisiche e mentali) pongono limiti netti, a molti di noi, costringendoci spesso a optare per l'appartenenza all'una o all'altra delle professioni e assetti societari, istituzionali. E certamente ci si allena (o mantiene allenati) a musiche diverse, a linguaggi ed ascolti diversi; talora può essere difficile passare da un registro all'altro.

⁹ Comunicazione personale.

La questione si complica ancor di più quando si fonda o si appartiene anche ad un'altra società (es. di Psicoterapia Psicoanalitica); almeno così posso immaginare, visto che non ne ho l'esperienza diretta.

Immagino che si attivino conflitti di appartenenza o fedeltà, oltre che conflitti di interesse (dove investo di più? Dove mi riconosco di più? Dove ho più potere?...), talora di identità professionale: se non conduco almeno alcuni trattamenti intensivi di bambini, come posso conoscere dentro di me lo spazio potenziale di sviluppo dell'ascolto e di sviluppo di bambini anche gravi? (questa almeno è stata la mia esperienza).

Se non ho prestato attenzione continuativa allo sviluppo delle funzioni genitoriali (es. studio della Maternità interiore) e della relazione madre-bambino-padre, stando dalla loro parte come osservatore, come posso riconoscerne l'andamento nel corso di un processo analitico classico, con un adulto che in analisi per un lungo periodo tende a mostrare prevalentemente la sua parte più regredita (o mai evoluta?).

E come posso, lavorando con gli operatori di un servizio, aiutarli ad affinare le loro capacità di osservazione ed ascolto, e di ricostruzione di storie individuali e familiari, costellate spesso di traumi non elaborati ed apparentemente dimenticati o 'congelati', di cui è importante riconoscere le tracce e ritrovarne le emozioni perdute?

2 giugno 2012

Psicoanalisi e Servizi: quale incontro?

Andreina Cerletti

Non avevo intenzione di partecipare al dibattito essendo ormai da dieci anni 'fuori della mischia' (cioè fuori da responsabilità legate alla psichiatria). Ma le sollecitazioni di Campoli e l'accenno a Perugia nel suo intervento del 25.6. mi hanno tirato fuori dall'angolo costringendomi a rimettere a fuoco un tema cruciale e a rifletterci di nuovo.

La mia posizione sul tema è che solo un modello di servizio 'psicoterapeuticamente orientato', come quello che noi abbiamo voluto e costruito a Perugia fin dai lontani anni '70 (e che abbiamo incontrato e riconosciuto a suo tempo, ad esempio, nei servizi di Bologna S. Lazzaro di Campoli e di Berti Ceroni e poi in quelli di Luoni e Campoli e Boccara a Roma, per citarne solo alcuni con cui ho collaborato direttamente in una reciproca frequentazione fatta di scambi e riflessione comune¹⁰), rende possibile l'incontro tra psichiatria e psicoanalisi.

Solo in questo tipo di servizio si può realizzare un incontro che anzi si configura come un sodalizio o addirittura un 'matrimonio necessario' da cui nasce un prodotto originale: la cura (psicoterapica) di pazienti psicotici o comunque gravi (quelli che non ne farebbero richiesta), compito nucleare di un servizio pubblico di territorio e insieme target impossibile ma fondamentale per la psicoanalisi, realizzabile soltanto grazie alle condizioni garantite da un certo tipo di servizio di territorio.

Volendo in maniera rapidissima richiamare la storia di Perugia a questo proposito, ciò che ha favorito all'inizio il realizzarsi il matrimonio psichiatria-psycoanalisi è stato un sistema di valori che è alla base sia della rivoluzione psichiatrica che, a suo tempo, della rivoluzione psicoanalitica. Noi indubbiamente li avevamo mutuati, questi valori, dall'imprinting dell'antipsichiatria (intesa come un andare contro un cattivo uso della psichiatria) della fine degli anni '60. Penso alla lotta per i diritti dei pazienti, in particolare a quello che hanno rappresentato le assemblee di reparto in O.P. rispetto al ridare la parola ai pazienti e una contrattualità più che l'accesso comunque ambiguo a un

¹⁰ Cfr. ad esempio gli incontri seminariali svolti a Perugia e a Roma su "I fattori terapeutici nelle Strutture Intermedie" (con interventi, tra gli altri, di Campoli, Luoni, Meterangelis, Scotti, Cerletti, Nocentini, Rucireta) pubblicati in *Annali di Neurologia e Psichiatria* fasc.2, 1998

potere. Penso alla scoperta del senso dei loro comportamenti e dei loro sintomi, al collegamento essenziale di essi con le condizioni di vita e di cura, al loro diritto ad essere compresi e quindi sottratti allo statuto di alienati, ecc. Questi valori si sono sposati a quelli della psicoanalisi in maniera naturale e direi inevitabile nel momento in cui si è trattato non più di demolire, ma di costruire qualcosa di nuovo, un nuovo modello di psichiatria. (Forse non è un caso che io abbia iniziato il training psicoanalitico in quegli anni e non prima).¹¹

Qui è la differenza da Basaglia (col quale condividevamo la prassi antistituzionale): ci divideva da lui e dal suo gruppo il compito che sentivamo ‘moralmente’ cogente di costruire servizi nuovi per curare i pazienti che avevamo liberato. Basaglia preferiva continuare nell’opera di liberazione passando da un manicomio all’altro con un’azione certamente fondamentale: questa era la sua *mission*, almeno finché è vissuto (egli era comunque troppo intelligente per negare l’esistenza della malattia mentale, checché ne abbia detto poi Jervis).

Torniamo alla terapia degli psicotici come compito nucleare del servizio pubblico. Il bisogno iniziale, almeno per noi, non era certo quello di un sistema teorico forte. Accanto ai valori a cui ho fatto cenno erano sufficienti alcuni concetti psicoanalitici abbastanza semplici e fondanti, quelli di cui parla Campoli: l’holding, il setting, il transfert, Winnicott, Racamier¹², ecc.: che comunque non mi sembra poco. Erano necessarie inoltre conoscenze o teorie di altro tipo (politiche, sociologiche, biologiche), sempre per citare Campoli. Perché non basta l’obbiettivo e la buona volontà per attuarlo: occorre creare le condizioni perché ciò sia possibile; e quindi occorre una politica del servizio, un’organizzazione, la formazione e la manutenzione del gruppo di lavoro, ecc. Occorre che tutto il servizio sia orientato in questa direzione.

Per arrivare alla fine al metodo psicoanalitico propriamente detto (e qui non concordo con Campoli che non lo prevede) purché orientato all’oggetto: gli psicotici, i borderline, l’anoressia mentale, ecc. Tra il ’78 e l’86 i seminari di Meltzer a Perugia (pubblicati nei numeri dei *Quaderni di Psicoterapia Infantile* di quegli anni – cfr. bibliografia) consistevano in lezioni teoriche e presentazione e discussione di nostri casi, con una funzione sicuramente di formazione in quest’ambito, ma anche di ricerca. C’è stato, a mio parere ancor più decisivo, l’apporto di Rosenfeld nei suoi seminari di Roma (frequentati da alcuni di noi in quegli stessi anni) e nel libro *Comunicazione e interpretazione* (1987) con la sua preziosa analisi dell’impasse terapeutica e del narcisismo distruttivo, fondamentale per i trattamenti di lungo corso delle patologie gravi.

Per concludere non ho mai visto opposizione tra la radice antipsichiatrica e quella psicoanalitica dei servizi. La distanza, se mai, è tra un approccio solo liberatorio e un approccio solo di cura. Il primo è premessa indispensabile al secondo ma non basta da solo; così come non è sufficiente il secondo: da qui il rifiuto della maggior parte di noi in Italia, a torto o a ragione, di curare nelle mura ospedaliere, a differenza di quanto è accaduto altrove, in Francia o a Chesnut Lodge, ad esempio (si tratta di un’impresa ritenuta inutile o addirittura mistificatoria). Una continuità quindi e un convivere in ogni momento e nel tempo delle due anime che permea tutte le attività del servizio, non solo la stanza di terapia.¹³

¹¹ Vorrei fare a questa proposito una piccola domanda. Nelle famose Giornate Psichiatriche di Folgaria degli anni ’90 (cfr. SCOTTI, F. & CERLETTI, A., 1997), che ogni anno a febbraio raccoglievano il fior fiore della psichiatria italiana rinnovata, i vari Berti Ceroni, Correale, Boccanegra, e lo stesso organizzatore Di Marco (non della SPI, ma del circolo di Resnik), per dirne solo alcuni, erano presenti e attivi protagonisti in quanto psichiatri o in quanto psicoanalisti? Si potrebbe, anzi si deve, rispondere “in quanto psichiatri”, ma anche, certamente, “con tutta la loro anima psicoanalitica”.

¹² In particolare la sua sottolineatura sulla capacità di relazione dello schizofrenico cronico; cfr. la mia presentazione alla traduzione del suo lavoro “Conoscenza e psicoterapia della relazione schizofrenica” in *Ann.Neurol.Psichiat.* fasc.2, 1996.

¹³ Cfr. a questo proposito “Un’esperienza di psichiatria a Perugia (1967-1995)” con interventi di Chianese, Cerletti e Scotti in una serata al Centro di Psicoanalisi di Roma. Pubblicato in *Psiche* 1995 voll.2-3 pagg.227-251.

Per questo, tra parentesi, in accordo con Correale, sono anche perplessa rispetto alla funzione salvifica di per sé della supervisione psicoanalitica e della stessa riunione d'équipe. Dei due strumenti, il primo potrebbe essere semplicemente qualcosa che viene dall'esterno senza presa sulla struttura del servizio e anzi usato come alibi che mette la coscienza a posto non tanto agli operatori quanto al responsabile del servizio; il secondo "non serve di per sé a mettere in discussione i meccanismi incrostati del funzionamento istituzionale, anzi rischia di esserne una perpetuazione". Strumenti, quindi, non sufficienti o addirittura soggetti a perversione se non ci sono antidoti nella struttura del servizio, nella sua organizzazione.¹⁴ Cose che noi psicoanalisti spesso dimentichiamo in una sorta di delirio di onnipotenza.

Tutto ciò vale per l'ieri. Negli ultimi anni '90 e nei primi 2000, con l'inizio della restrizione delle risorse, consapevoli della difficoltà a continuare coi programmi dei decenni precedenti¹⁵, ci siamo chiesti quali erano gli 'irrinunciabili' del servizio, non arrivando di fatto a una soluzione soddisfacente del problema. Si tratta credo, oggi più ancora di allora, di ripensare completamente il modello di servizio con una ridefinizione della sua offerta e delle sue priorità.

E ancora: se l'incontro possibile è soltanto quello tra psicoanalisi e servizi di nuova psichiatria come la si chiamava una volta, come può la presenza di singoli psicoanalisti in servizi che non rispondono a questi requisiti essere la garanzia di tale incontro? Nel caso peggiore rappresentano qualcosa di difficilmente integrabile se non addirittura dei corpi estranei. Nella migliore delle ipotesi possono fornire apporti, contributi, ma è comunque qualcosa che rimane ai margini del flusso principale del servizio e quindi non incide sul suo destino: ad esempio non verranno affidati ad essi i casi più gravi, ma soltanto quelli in cui c'è una richiesta di psicoterapia. Qual è la differenza dall'approccio privato se non la gratuità dell'intervento? Mi chiedo se per sopravvivere non sia inevitabile per questi colleghi la messa in opera di meccanismi di scissione, anche se non nelle forme massicce che ho conosciuto a Roma negli anni '60 alla Clinica Neuro dove regnava una psichiatria veramente agli antipodi della psicoanalisi. Migliore testimonianza era data allora dall'antropoanalisi, che poi però ha deluso per la mancanza di effettivi contributi alla nuova psichiatria.

Mi chiedo se, di questo passo, potrei arrivare a dire che un vero incontro tra psicoanalisi e servizi oggi è irrealizzabile e che l'unica possibilità sia aspettare tempi migliori preparando, nelle catacombe, una nuova rivoluzione. Ma me ne guardo bene: sull'oggi non ho elementi di prima mano per potermi pronunciare. Pur essendo molto preoccupata, non credo che tutta una storia possa essere cancellata con un colpo di spugna senza che ne resti traccia.

4 luglio 2012

Psicoanalisi e servizi

Pier Luca Zuppi

Mi attardavo a mettere in ordine le mie idee su un tema per me di grande interesse, tra ricordi, quotidianità invadente, suggestioni degli interventi nella mailing list, intense emozioni evocate, il ricordo di maestri, di compagni di viaggio e di tanti pazienti, ed accolgo volentieri l'invito di Giorgio Campoli e il sollecito di Francesco Carnaroli ad uscire dalla mia inerzia.

¹⁴ Per l'importanza dell'organizzazione del servizio vedi "Metodologia di valutazione di un servizio psichiatrico" in *Quaderni di Psicoterapia Infantile* n.15 (1987).

¹⁵ In un seminario dei primi anni '90 a Perugia Berti Ceroni, con la concretezza che lo caratterizzava, aveva già messo a fuoco come l'aspetto quantitativo delle risorse divenisse, sotto una certa soglia, qualitativo: non sarebbe stato possibile per i servizi assicurare le prestazioni precedenti, inevitabilmente essi avrebbero cambiato natura.

Presento dapprima il mio punto di vista: mi sono avvicinato alla psicoanalisi a partire dal lavoro di psichiatra in uno dei servizi della Provincia di Arezzo, pochi mesi dopo l'avvio della riforma del 1978. Avevo colto l'occasione di entrare in uno di quei servizi che avevano anticipato la riforma, sull'onda della nuova psichiatria degli anni sessanta. Condividevo il trattamento "non manicomiale", centrato sull'ascolto del paziente, sulla ricerca del punto di rottura e di "emergenza psicopatologica", sulla offerta di senso alla crisi, sulla proposta di aiuto al malato nel contatto che faticosamente aveva avviato con la propria malattia, da una parte, e, dall'altra, con il mondo familiare e del lavoro. Una attività clinica che si basava su un ambizioso progetto per il quale il mio bagaglio formativo universitario si rivelava subito insufficiente. Avvertivo tutti i rischi di deragliamenti nell'approccio al paziente, di sordità nell'ascolto, del ricorso a formulette standardizzate per avere un'idea in testa, dell'incapacità a modulare la distanza con il paziente e con le emozioni che mi derivavano nel lavoro. Osservavo intorno a me non solo la passione politica, la sensibilità relazionale, l'intelligenza organizzativa, ma anche il prevalere di uno spontaneismo eccessivo, l'inadeguatezza e la fragilità del punto di vista fenomenologico nel lavoro di offerta di senso al paziente e nell'accoglimento della sua unicità, la necessità di avere riferimenti teorici più strutturati. Non mi ritrovavo nelle derive sociologiche da una parte e nelle riduzioni tecnicistiche, dall'altra.

Ho sempre lavorato in un CSM, da dieci anni sono il responsabile del SPDC dell'Ospedale Fatebenefratelli di Roma.

Il percorso dalla critica alla psichiatria manicomiale alla psicoanalisi, non è stato facile perché all'inizio assai poco condiviso in un mondo ancora troppo prevenuto che equiparava la psicoanalisi alle altre "tecniche" di psicoterapia. Sono stato sostenuto da due colleghi analisti, che mi piace ricordare avendoli prematuramente persi, Sandra Filippini e Nino Brignone, e, direi soprattutto, da un primario che ha sempre apprezzato lo spessore psicopatologico e l'utilità clinica dell'approccio psicoanalitico, così come l'arricchimento formativo che ne derivava a tutta l'équipe curante. Questo incoraggiamento fa parte del mio personale svolgimento del tema "psicoanalisi e servizi".

La psicoanalisi mi ha permesso di sostenere quell'approccio al paziente e mi ha fornito elementi per tollerare la "sospensione del giudizio", per ricercare il "timing" del paziente, per avere sempre qualcosa da "apprendere" dal paziente. Mi ha fornito gli strumenti per il lavoro con i gruppi dei pazienti, per il riconoscimento dell'eco del paziente nelle dinamiche istituzionali, e il sostegno a non rimanere travolto dalle dinamiche del gruppo di lavoro e dell'istituzione di appartenenza.

Ho ritrovato trasversale, negli interventi di questo dibattito, l'arricchimento reciproco della psicoanalisi e della psichiatria: la psicoanalisi ha sostenuto l'approccio auspicato dalla riforma, e ha permesso la costruzione di molti di quei servizi divenuti la maggioranza delle "macchie" qualificate nella rete a "pelle di leopardo" dei servizi psichiatrici in Italia. Mi riconosco nella sottolineatura dell'importanza del lavoro di Basaglia, inteso sia nel senso "politico", i principi della riforma e dell'organizzazione del lavoro istituzionale, ma anche "clinico", la liberazione del singolo paziente e la "demanicomializzazione" dei curanti stessi. Su questa impalcatura è stato possibile agli psicoanalisti entrare nei servizi, portare il contributo clinico, formativo e organizzativo che ha reso loro possibile il confronto con il paziente "grave" e la sperimentazione di approcci non vincolati al setting analitico e alla capacità comunicativa del singolo paziente. Senza la psicoanalisi i servizi sarebbero rimasti travolti dallo spontaneismo, o dalla tecnicizzazione, o, ancora, sarebbero rimasti legati a quella ideologizzazione necessaria certamente per la chiusura dei manicomi, ma inadeguata alla costruzione di un approccio nuovo nei contesti territoriali, soprattutto là dove sono mancati il sostegno e l'impegno politico e amministrativo.

Credo che gli interventi sino ad ora apparsi in questa mailing list traccino bene questa sorta di via italiana della psicoanalisi nei servizi. Penso ai numerosi convegni, alle supervisioni, ai corsi di formazione, alle pubblicazioni di tutti questi anni: sostengo l'idea di Giorgio Campoli di una "storia" da scrivere con una sua bibliografia ragionata e differenziata per ambiti territoriali, natura del servizio, rapporti degli analisti con i loro centri di psicoanalisi, ruolo della formazione universitaria. Si possono così confrontare i referenti comuni, italiani, francesi, inglesi, argentini e

americani, e identificare le varie strategie, spesso molto personali, veri e propri adattamenti alle équipes locali, che hanno portato alla costruzione di uno stile di lavoro e di una cultura, clinica e organizzativa, del singolo servizio.

Come siamo messi? Esiste una crisi della psicoanalisi nei servizi? o assistiamo più in generale ad una fatica di rimanere sintonizzati sui valori della riforma della psichiatria? Possiamo ricercare elementi di cambiamento all'esterno, conseguenti alla crisi economica, ma anche all'interno dei servizi, nella pressione di patologie di personalità con abuso di sostanze, nella fascinazione di modelli di approccio sintomatologici e meno interessati al confronto con la complessità della vita mentale. Inutile sottolineare i danni della riduzione della spesa sanitaria: non ha saputo innescare autentici risparmi né la ricerca di approcci organizzativi diversi, ha determinato un ricasco sulla quantità e sulla qualità delle "prestazioni", e ha aggravato la stanchezza del personale in servizio e la fatica nel mantenere lo stile del lavoro. Ma il problema attualmente è solo in parte conseguenza della crisi economica e della crisi valoriale della politica; peraltro l'ennesima proposta di revisione della legge "Basaglia" non tocca più di quel tanto il nostro lavoro.

Mi sento portato a condividere il pessimismo, ma non mi piacciono le generalizzazioni. Non so bene cosa accade nell'università. Osservo l'invecchiamento dell'età media del personale e il prevalere di punti di vista riduttivi e vincenti per la facilità d'uso, per la possibilità di vedere il risultato, per il bisogno inesauribile, soprattutto in chi non ha una sua formazione personale, a distanziare il paziente e ad oggettivarne la patologia.

Temo lo scivolamento in una posizione da "reduce" che considera irripetibile l'epoca trascorsa e ritengo importante sintonizzarmi sulle proposte per andare avanti, prime fra tutte quelle che sostengono comunque, in tempi non facili, il confronto con altri criteri di lettura della malattia mentale e altre definizioni della professionalità dei curanti. Penso a temi diffusi oltre alla psicoanalisi, quali la "mentalizzazione" e lo " attaccamento", o a patologie complesse come le psicosi o i disturbi borderline di personalità.

Antonello Correale propone piccoli gruppi di servizio intorno ad uno specifico tema clinico: intorno a questa proposta, continuare il confronto "scientifico", essere presenti e attivi, mi viene da proporre, per chi come me lavora in un SPDC, l'approfondimento di fenomeni osservabili in questo contesto come la regressione del paziente e le forme del bisogno di evadere, e non solo fisicamente, dal contesto della cura (la negazione del limite, il rifiuto della dipendenza, l'eccessiva attenzione al corpo, la insistente sottolineatura del concetto formale di libertà).

Penserei così, oggi, il "vertice psicoanalitico" su cui Cono Barnà ci invita a riflettere: di fronte al diverso contesto in cui si ripropone il tema della non vivibilità delle angosce e del dolore mentale, la psicoanalisi, e gli psicoanalisti nei servizi, possono ancora proporre modalità organizzative che sostengono sia i curanti interessati ad evitare le forme di evitamento del paziente, sia le pratiche terapeutiche utili ai pazienti nei processi adattativi e trasformativi loro richiesti.

4 luglio 2012

Il lavoro dello psicoterapeuta sulle proprie emozioni

Francesco Carnaroli

Personalmente sono molto grato a Vincenza Quattrocchi, che nel suo bell'intervento ha anche ricordato il percorso professionale e formativo condiviso con Graziella Magherini, a Firenze.

Durante tutta la durata di questo dibattito, ho desiderato intervenire, ma ha prevalso fino ad oggi la volontà di farmi da parte, perché la mia esperienza triennale nell'SPDC di Santa Maria Nuova

diretto da Graziella Magherini risale a circa 30 anni fa (84-86); tuttavia in fine mi decido a condividere la testimonianza di quella mia esperienza.

Si trattò della psicoterapia effettuata nello stesso SPDC (con la pressoché quotidiana supervisione di Magherini), con un paziente (Paolo), in prolungatissimo TSO, unico paziente legato al letto, in una stanza singola. Psicotico, istero-epilettico, molto violento contro gli altri e contro se stesso (per es. aggiustava le braci nella sua pipa col suo dito indice, il cui polpastrello risultava quasi scarnificato).

Durante le sedute, che si svolgevano nella sua cameretta, veniva slegato.

Prima di parlare del caso clinico, voglio però accennare al contesto di formazione permanente ad orientamento psicoanalitico che era rivolta a tutto il personale socio-sanitario, per assidua iniziativa di Graziella Magherini (Magherini, 1976; 1981).

Con Magherini ho condiviso sia l'esperienza dell'analisi di codice G.A.B. (Magherini, 1980; Magherini & Casoli, 1986) sia quella del Gruppo Operativo (Magherini & Pazzagli, 1982; Carnaroli, 1995).

Il GAB (Genitore. Adulto. Bambino) è un protocollo formativo a vari stadi per tutti gli operatori a tutti i livelli - come sottolineato da Quattrocchi. Esso fu ideato da Franco Fornari (il Fornari de *Il Minotauro*, 1977; e di *Psicoanalisi in ospedale*, 1985) e da Graziella Magherini, tenendo conto anche delle idee di Eric Berne (1961; 1964; 1972) e di Thomas Harris (1969). Utilizzammo il modello del Gruppo Operativo (elaborato da Pichon-Riviere - 1971 - e da Bleger - 1966) con le équipes di varie istituzioni sanitarie; in queste iniziative fruivamo della supervisione di Armando Bauleo (1974-1977; 1999; Bauleo & De Brasi, 1990) che di Pichon-Riviere era stato allievo e collega.

A Graziella Magherini io sono estremamente grato, e penso che il rapporto di stretta collaborazione (e di assidua supervisione) con lei sia stato una delle mie principali fonti formative.

Ritornando alla psicoterapia di Paolo (svoltasi nel Servizio), posso solo accennare a qualche punto schematico (rispetto alla gran quantità di appunti che presi allora, anche stimolato dal dialogo-supervisione con Magherini).

1) LA VALLE DEI TRANSFERT DISPERSI (Correale, 2012). Erano molti i giochi relazionali perversi che Paolo aveva stabilito nel reparto, in particolare con gli infermieri. Ognuno di questi giochi era evidentemente costruito in maniera bidirezionale: Paolo sceglieva correttamente gli infermieri adatti a compiere un certo gioco, ed essi agivano con trasporto il ruolo a loro attribuito. (La legge 180 era stata promulgata da poco, e gli infermieri prescelti da Paolo erano tutti ex-manicomiali).

Descrivo 3 di questi giochi con 3 scene (che si svolgono mentre percorro il reparto, prima di entrare nella "stanza di Paolo"):

a) Un infermiere esperto mi esprime la sua disapprovazione perché non mi rendo conto del pericolo di stare da solo nella stanza con Paolo mentre lui è slegato. Mi spiega come devo comportarmi se vengo aggredito fisicamente da Paolo: devo fargli la "strozzina". Devo cioè balzargli alle spalle e serrargli il mio braccio con tutte le forze intorno al collo, in modo da bloccare la circolazione, fino a farlo svenire.

b) Un altro infermiere, mentre mi sto dirigendo alla stanza, dice ad alta voce, in modo che Paolo lo senta: "Paolo, ti sei fatto il bidè? È arrivato il dottorino!". Ride l'infermiere, ridono altri infermieri, e si sente anche Paolo che ride. (Traduzione: quel rapporto intimo che si stabilisce in quella intima stanza (Civitaresse, 2008) è un rapporto sessuale, ed io mi accingerei a metterlo nel sedere a Paolo).

c) Alcuni infermieri (almeno 2) fanno uso arbitrario e non autorizzato degli psicofarmaci, attingendo all'armadio delle medicine. Trovo spesso Paolo ipersedato.

So che Paolo era attivo co-partecipe di questi "giochi". Infatti era mia abitudine, una volta chiusa la porta della stanza e sedutomi accanto al suo letto, di dirgli ciò che avevo osservato. Lui reagiva

con un ghigno, con un sorriso perverso. Il reparto era il contenitore di quella cospicua componente di Paolo che agiva perversi attacchi al legame, co-agiti.

2) IL LAVORO DEL TERAPEUTA SULLE PROPRIE EMOZIONI. Con Paolo ho imparato, artigianalmente, giorno per giorno, una importante e necessaria componente dell'atteggiamento mentale/neurovegetativo coi pazienti gravi (però quel che vale coi pazienti gravi vale anche – seppur con minore urgenza – anche per quelli meno gravi): NON AVERE PAURA. Non mi riferisco al fingere di non avere paura, perché questo non funziona: è come quando una persona passa accanto a un cane dall'aspetto minaccioso e cerca di darsi un contegno: ma il cane sente la paura, e proprio per questo azzanna. Mi riferisco invece ad un intenso “esercizio spirituale” su di sé (Correale, 2010; Hadot, 2002). Mi riferisco a ciò che in anni successivi ho imparato a comprendere e a concettualizzare come modulazione/regolazione emotiva intersoggettiva, tramite quanto è emerso nell'infant research (per es. Beebe & Lachmann, 2002; Sander, 2007; Tronick, 2008), nelle neuroscienze (per es. LeDoux, 1996; Panksepp, 1998; Schore, 1994; 2003a; 2003b), e infine negli studi sulla mindfulness (Siegel, 2007; Graziani, 2012). In questo esercizio di autoregolazione e automodulazione emotiva sicuramente mi è stato utile il dialogo/supervisione con Magherini, e il mio continuo esercizio di scrittura; ma altrettanto utile mi è stato un esercizio di connessione con gli stati del mio corpo e di presa in cura e modulazione di essi.

Ma torniamo ad allora: io intuitivamente, nel problem-solving artigianale e pre-concettuale, mi rendevo conto che quella era la strada da seguire.

Sapevo dalle anamnesi che Paolo durante le sue violente crisi istero-epilettiche sviluppava una forza enorme (era stato capace di strappare un lavandino dal muro e di gettarlo in sala).

Io credo che il fattore terapeutico principale sia stato costituito – al di là del dialogo verbale – dal mio stare calmo (anche ovviamente nel tono di voce) insieme a Paolo. Anche quando le crisi sono accadute. Girava un po' le orbite all'insù, e lui sapeva che io sapevo ciò che stava per accadere. Fin dalla prima volta ho pensato (molto preconsapevolmente/intuitivamente) che quello fosse un attacco al legame-che-permette-la –crescita. Come se la cospicua parte perversa mi mettesse alla prova:

“E vediamo se ora non chiami aiuto, non mi fai sedare, non mi fai fare la ‘strozzina’!!!”.

Ricordo un giorno d'estate in cui mi strinse la mani intorno al collo, violentemente. (Conoscevo l'apnea, ci ero abituato andando a pesca sott'acqua, sapevo quanto sia importante l'autoinduzione di calma per ridurre il consumo di ossigeno). Continuai a parlargli, con frasi semplici, ma soprattutto con tono tranquillo: “Paolo, Paolo, sono Francesco...”. Mollò la presa dal collo, ma afferrò il collo della mia maglietta, spinse in giù, me la stracciò. E si calmò. E la seduta proseguì, fino alla sua regolare conclusione.

Penso che fu attraverso queste modalità relazionali (procedure? tecniche?) che Paolo prima non fu più un paziente legato al letto, poi cominciò a migliorare sempre più, con libertà di uscire dal reparto... Fino a che cominciò a venire da me, al mio studio, accompagnato da un educatore... Ma...

3) NECESSITÀ DELLA CONTINUITÀ DEL SETTING, fino a plausibile conclusione della psicoterapia (strutturazione e stabilizzazione dell'assetto nuovo). Affermo questo sulla base di come si concluse, molto dolorosamente, quella vicenda. Ci furono falle nella rete di supporto. Anche da parte mia, credo. Ero stanco? In quegli anni di formazione della mia vita privata adulta, della mia famiglia, non ero disponibile ad andare avanti più di tanto con un paziente che non poteva pagare? E' calata la mia dedizione/concentrazione? Fatto è che Paolo smise di venire. E non è che io lo abbia inseguito in tutti i modi possibili.

Tuttavia ogni tanto chiedevo informazioni su di lui.

Aveva ricominciato ad avere comportamenti violenti... Era stato rinchiuso in un ospedale psichiatrico giudiziario... Infine, anni dopo, seppi che era morto per “attacco cardiaco”. Ho seriamente pensato che si fosse trattato di una “strozzina”.

E' stata una dura lezione. Non si devono mai “abbandonare” per stanchezza i pazienti quando il percorso non è concluso. Spero di avere imparato da quel che accadde a Paolo.

4 luglio 2012

L'importanza di sopravvivere

Diletta La Torre

Da molto tempo avrei voluto intervenire in questo dibattito, invece lo faccio solo adesso che siamo quasi in chiusura. Nel frattempo ho seguito con interesse il dibattito che ho trovato molto ricco per quanto i proponenti si siano lamentati della scarsità degli interventi. Campoli ha indovinato quanto fa l'ipotesi che siamo troppo indaffarati, sbaglia quando ipotizza una carenza nelle relazioni di apertura che ho trovato invece interessanti e condivisibili, oltre che complementari, come molti colleghi hanno espresso. Una certa sorpresa è stata per me constatare l'assenza della partecipazione degli universitari, a parte l'intervento di Maria Pierri, gli analisti-professori sono assenti. Io non voglio esserlo, approfitto perciò del turno di guardia per scrivere il mio contributo. Certo è possibile, come è già avvenuto altre tre volte, che debba interrompere per fare una consulenza al P.S. Ecco, nel dibattito non ho trovato traccia di un lavoro nel pubblico simile al mio, mentre mi sono riconosciuta in tanti presupposti e convinzioni "di sostanza" sul doppio ruolo analista-psichiatra.

Riassumendo fino all'osso, i punti che condivido pienamente sono:

- 1) l'interesse e la ricchezza che deriva dal coniugare la funzione psicoanalitica con il lavoro in una istituzione psichiatrica, che nel mio caso è universitaria (e ciò aggiunge un elemento di ulteriore complessità),
- 2) la necessità di oscillare continuamente con l'aiuto della bussola rappresentata dall'identità psicoanalitica e dal setting interno, ciò comporta fatica ma ricompensa largamente, e rafforza piuttosto che indebolire l'identità psicoanalitica mentre l'alleggerisce e la disincrosta,
- 3) la potenza della crisi attuale rappresentata da fattori culturali, etici, economici e dalla "aziendalizzazione", con la conseguente "tendenza molto preoccupante a svalutare la dimensione soggettiva dei problemi mentali". (Correale).

Tuttavia l'elemento principale che disturba l'assetto e il funzionamento (psicoanalitico e non solo) nelle istituzioni è la logica del potere, sottolineata chiaramente (se non erro) solo in due interventi da Adriana d'Arezzo e da Riefolo, ripreso da Campoli.

Nella mia esperienza lunga (a dicembre compio 40 anni di servizio!) e travagliata ritengo questo l'unico fattore costante nel tempo e davvero invasivo e pervasivo. Da questo punto di vista, avendo per lo più subito tale logica, sono d'accordo con Guelfo Margherita quando afferma che "scopo di un Servizio è attaccare e soffocare quotidianamente la capacità di pensare" e quando definisce ossimorica la congiunzione di Servizi e Psicoanalisi. Tuttavia ritengo fondamentale la capacità di sopravvivere agli attacchi, e concordo che per questo ci sia assoluto bisogno del gruppo.

Nei corridoi dell'ambulatorio o dove lavoro tutte le mattine e il mercoledì pomeriggio (svolgendo prevalentemente attività di formazione e supervisione nell'ambito della psicoterapia individuale e di gruppo) non vedo passare fantasmi, magari! I pazienti non interessano. La qualità degli interventi neppure. Interessano i numeri (all'azienda e ai direttori) e i dati per le pubblicazioni, (per chi è nel giro delle riviste). I pazienti "vanno" agli specializzandi e agli strutturati che li seguono nel chiuso delle stanze, le riunioni di équipe riguardano solo fatti burocratici o i rendiconti periodici aziendali, ma per lo più i turni di guardia e di reperibilità, argomento di maggiore condivisione tra i colleghi. Dei pazienti si parla solo brevemente e in piedi per il passaggio delle consegne. L'unico spazio di discussione clinica sono le supervisioni che io (prima anche un'altra collega, ora in pensione) conduco in gruppo due volte la settimana, mantenendo una consuetudine malgrado tutto. Purtroppo queste riunioni fino all'anno scorso coinvolgevano sia specializzandi psichiatri, sia psicologi specializzandi in Psicologia Clinica, mentre da oggi la scuola di specializzazione non opera più per motivi legali, ciò ha danneggiato il gruppo di lavoro ed ha provocato un lutto.

Adesso gli specializzandi in psichiatria, oberati di lavoro e pressati “dall’alto”, partecipano alle riunioni solo “quando possono”, prendono i casi di psicoterapia non volentieri, malgrado possano usufruire della supervisione anche individuale se non si sentono di esporsi in gruppo. Purtroppo l’attuale statuto della Scuola di specializzazione in psichiatria (che abilita automaticamente alla psicoterapia) prevede che ciascun specializzando segua solo 5 casi in psicoterapia con supervisione per l’intero corso di 5 anni. Se mi lamento mi sento rispondere che nelle cliniche universitarie la psicoterapia non si pratica quasi più, essendo considerata un lusso e quasi un vezzo ormai desueto.

Ma condivido quanto dice la collega Pierri, dobbiamo trovare altre strade e altri spazi che ogni istituzione se opportunamente sollecitata può consentire. Dopo circa due anni di lotta con i vertici ho ottenuto una convenzione per il tirocinio formativo degli allievi IIPG della scuola di Catania e con loro ho dato impulso alla psicoterapia di gruppo.

Vengo così all’altro elemento più volte sottolineato nel dibattito e con cui concordo in pieno: la centralità del gruppo e l’opportunità che la tradizione italiana del piccolo gruppo a funzione analitica sia mantenuta e prosegua (possibilmente col sostegno della SPI). Per me il gruppo è stato sempre il contenitore e lo strumento insieme di tutti gli interventi, ma da poco esso è diventato anche l’attore principale e il setting quasi esclusivo della psicoterapia al servizio. In atto sono operanti tre gruppi di psicoterapia psicoanalitica: due condotti dagli allievi IIPG seguiti da me in supervisione, e l’altro condotto da me e ugualmente “portato” nel gruppo di discussione clinica, a cui partecipano con interesse anche alcuni tirocinanti psicologi. Si tratta di gruppi di psicoterapia con durata prefissata di due anni a cadenza settimanale. Non si tratta di gruppi omogenei ma eterogenei: sia per esigenze degli “utenti”, sia per motivi clinici: infatti ho constatato che la diversità (di età, sesso, diagnosi, organizzazione di personalità, ecc.) è una risorsa importante e assicura maggiore dinamismo. Nel mio gruppo ci sono persone giovani con disturbi d’ansia, un giovane con disturbi psicosessuali, persone adulte e una paziente grave alcolista cinquantenne, i partecipanti stessi hanno constatato la funzione del gruppo operare anche e soprattutto nella differenza oltre che nell’appartenenza. La condivisione dei sintomi all’interno delle sedute costituisce spesso un fenomeno di resistenza e di “distrazione” da temi ben più emotivamente coinvolgenti. La natura umana ci accomuna tutti. Non sorprendo nessuno se comunico che i più spettacolari cambiamenti sono stati ottenuti dalla paziente più grave, forse perché aveva subito fino al momento dell’inserimento nel gruppo quei meccanismi di rifiuto- espulsione descritti da Correale. La specializzanda che ha proposto la paziente per il gruppo è rimasta stupita... mi appoggio su questi fragili elementi per alimentare la motivazione a persistere a lasciarmi usare, malgrado il clima generale del policlinico e particolare della mia AOU (azienda ospedaliera universitaria: un altro ossimoro?) non siano molto incoraggianti.

Ho interrotto la scrittura di questo modesto ma sentito contributo per fare due consulenze al Pronto Soccorso. Anche questa pratica, considerata fastidiosa e svalutante da tutti i colleghi, a me ha insegnato molto: infatti qui i fantasmi circolano e a volte catturano; la sofferenza e il carico della realtà sono percepibili e possono essere interrogati da chi ne ha voglia. Ne nascono degli incontri anche interni molto stimolanti.

6 luglio 2012

Psicoanalisi e istituzione totale

Massimo De Mari

Non sono molti i colleghi psichiatri che lavorano nel carcere come istituzione e credo che, tra questi, gli psicoanalisti siano ancora meno.

Mi ritrovo quindi ad essere un po' una mosca bianca in questo ambiente; spesso mi chiedo se la mia formazione analitica abbia uno spazio di sopravvivenza, se e in che modo possa incidere in una pratica clinica che ha caratteristiche particolari.

L'istituzione totale infatti, oltre a generare di per sé patologie ben note come la sindrome di Ganser (stato allucinatorio prodotto dal restringimento degli spazi vitali), è un contenitore di situazioni cliniche molto varie, a volte estremizzate, oggi pressoché scomparse dalla pratica clinica (crisi isteriche con paralisi funzionali o fenomeni di arco riflesso), o influenzate da problematiche transculturali in cui il tema dell'aggressività agita ovviamente la fa da padrone e costituisce una sfida potente per gli strumenti terapeutici della psicoanalisi.

L'ambiente, con i suoi regolamenti interni, quelli scritti e soprattutto quelli non scritti, è caratterizzato dalla cosiddetta "sottocultura carceraria" che coinvolge detenuti e operatori e risponde a logiche che non si possono respingere o non prendere in considerazione per non ritrovarsi in balia di dinamiche aggressive fuori controllo.

La formazione analitica a mio avviso è fondamentale per ricavare uno spazio di pensiero laddove tutto è improntato al "fare".

Che non è "fare terapia", come può essere in un servizio psichiatrico, in quanto l'aspetto della custodia prevede inevitabilmente il contenimento e in casi purtroppo frequenti la repressione, quindi si tratta di un "fare" che di terapeutico (e rieducativo) ha ben poco.

Spero dunque che possa interessare a qualcuno avere uno spaccato anche di questa realtà di cui, per una certa "eredità" familiare che poi ha fatto crescere e maturare un mio interesse specifico anche per la criminologia, mi occupo da molti anni.

Normale amministrazione

Oggi c'è agitazione.

Si percepisce, appena supero il cancello d'ingresso, da una certa tensione nell'aria.

I movimenti degli agenti, di solito indolenti, in quell'"ozio senza riposo" che mi ricorda sempre l'anno di naja trascorso nell'esercito, sono più rapidi, quasi scattanti, gli sguardi sfuggenti, i saluti a mezza bocca, senza battute.

Lo spaccio, unico spazio di normalità, che proprio per questo è posto nella palazzina degli uffici fuori dal muro di cinta, è chiuso, segno che c'è bisogno che tutti gli uomini in servizio siano disponibili all'interno delle sezioni, dove vivono accatastati 250 detenuti invece di dei 140 previsti.

Qualcosa deve essere successo.

Quando entro nel reparto infermeria la trovo affollata di agenti che indossano già o si stanno mettendo i guanti che usano durante le perquisizioni o, come temo in questo caso, quando si tratta di sedare una rissa, comunque nel momento prima in cui non ci sarà più spazio per le parole ma bisognerà usare le mani.

Si sentono urla e sbattere di porte, sul pavimento, pulito alla meglio, c'è ancora del sangue che cerco di evitare per non sporcarmi le scarpe.

"Difficile non sporcarsi qua dentro" penso mentre gli agenti (appunto, coloro che agiscono) rispettosamente si scostano per lasciarmi passare.

Sono spesso meridionali e mi salutano dandomi del "voi", una formula a me familiare e che ho sempre vissuta, anch'essa, come giusta distanza tra l'eccessiva (e pericolosa in questo ambiente) familiarità del "tu" e il troppo distaccato "lei" che renderebbe più difficile collaborare.

"Che avete combinato?" dico rivolto agli agenti, mescolando lo scherzo della battuta ad una possibile amara realtà, "Niente dotto', se sono menati" mi risponde qualcuno, e poi mi spiega, "il solito Vladimir e un altro albanese si sono presi con i nigeriani".

Vladimir, lo conosco, è un ragazzone grande e grosso, con gravi problemi di tossicodipendenza e una tendenza ad agitarsi aggressivi che lo ha portato più di una volta in carcere e gli ha creato spesso problemi anche con altri detenuti.

Per salvarlo da un clima che per lui era diventato troppo pericoloso sono stato costretto a farlo ricoverare per un mese (di più non si può) in un altro carcere dotato di reparto psichiatrico, uno di quelli che nel prossimo futuro prenderanno il posto degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), ormai destinati a chiudere.

Quando è tornato sembrava un bambino che aveva capito di essersi comportato male, ancora più di quella volta che mi aveva mostrato i lividi sulla schiena di un pestaggio subito in carcere, astenendosi, come è buona norma, dal rivelarmi i nomi dei responsabili.

Sembrava aver capito Vladimir che doveva cercare di venire a patti con la realtà che stava vivendo ma certo non era facile pretendere da lui una disponibilità a far spazio al pensiero, perso com'era in dinamiche fatte di agiti e controagiti che trovava facile esca in un ambiente di per sé tendenzialmente persecutorio, che favorisce l'insorgenza e il cronicizzarsi di vissuti paranoici.

All'ennesima provocazione di qualche altro detenuto, infatti, Vladimir aveva di nuovo reagito impulsivamente con i muscoli di un uomo e la logica di un adolescente; e adesso si trovava lì, chiuso nella cella di sicurezza, vuota di suppellettili, a cui mancava solo l'imbottitura alle pareti per rievocare i vecchi ospedali psichiatrici, urlando la sua frustrazione, circondato da agenti nervosi e pronti a contenerlo fisicamente, come una bestia pericolosa.

Quando mi ha visto si è calmato e mi ha salutato, stavano per portarlo via (sarebbe stato immediatamente trasferito in un altro carcere) e ho fatto solo in tempo a fargli un cenno che nel nostro gergo significava "possibile che hai fatto un'altra cazzata ?" e "almeno adesso stai calmo, usa la testa se no finisce male".

A qualcosa deve essere servito parlare nei mesi passati, quando tutti lo trattavano come una sottospecie umana ingovernabile, dargli uno spazio e un tempo per spingerlo faticosamente ad uscire dalle sue logiche e capire i motivi di una rabbia contro tutto e tutti che lo spingeva a drogarsi e poi a dar sfogo ai suoi impulsi senza più neanche quel minimo controllo razionale di cui era capace da sobrio.

"Mi raccomando, eh ?" mi rivolgo agli agenti cercando di comunicare comprensione per il loro lavoro impervio e chiara disapprovazione preventiva per qualsiasi eccesso nell'uso, pur necessario, della forza.

"State tranquillo, dotto', nun c'è problema" mi risponde Pacifico, un agente che pratica arti marziali e ha una massa muscolare che costituisce da sola un ottimo deterrente per i più agitati ma che, a dispetto del nome, tanto pacifico non è.

Vladimir, nel frattempo, ha smesso di urlare, mi ha fatto un cenno tra il rassegnato e il contrito e si è fatto portare via "senza opporre resistenza" dagli agenti.

Passaggio al servizio sanitario nazionale

Questa breve vignetta su Vladimir è uno degli esempi di situazioni con cui il "consulente psichiatra" degli Istituti di Pena deve fare i conti quotidianamente.

Istituito come specialista fisso dell'equipe medica diversi anni fa per far fronte al grave problema dei suicidi in carcere, lo psichiatra, insieme ad altri operatori dell'"area sanitaria" (medici e infermieri) e dell'"area trattamentale/rieducativa" (educatori, assistenti sociali e psicologi) opera in un contesto in cui l'intervento terapeutico e rieducativo passa in secondo piano rispetto alle esigenze primarie di custodia e di gestione della convivenza forzata..

Fino al 2008 i medici e i paramedici che lavoravano in carcere avevano un contratto con il Ministero della Giustizia.

Anzi, fino a non molti anni fa esisteva solo il ruolo del "sanitario" cioè colui che faceva le veci del medico di base per tutta la popolazione detenuta.

Tutto quanto era richiesto di più veniva demandato all'ospedale ma si trattava solo di casi di conclamata urgenza perché altrimenti tutto veniva sbrigato all'interno del carcere con le risorse interne.

Il personale infermieristico era reclutato tra quelli che allora si chiamavano “guardie carcerarie” che svolgevano un breve corso per infermiere, secondo lo stile in uso nell’esercito; erano però un corpo a parte, non integrato nell’ambito della polizia come è invece adesso; il livello di cultura era molto basso (licenza elementare) e le mansioni ridotte al semplice aprire e chiudere porte.

Oggi la custodia all’interno degli istituti di prevenzione e pena è demandata al corpo di Polizia Penitenziaria che ha pari dignità con i corpi di Polizia e Carabinieri, il livello di studi minimo è la licenza media per gli agenti e si sale fino alla laurea per il ruolo di commissario o per i più alti ruoli dirigenziali.

Dal 2008 l’area sanitaria è stata presa in carico dal servizio sanitario nazionale che, da allora, sta lavorando con non poche difficoltà per adeguare gli standard di trattamento all’interno del carcere a quelli esterni.

La prossima chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari rischia di mettere in grossa difficoltà sia il sistema giudiziario che quello dei Servizi Psichiatrici del territorio; la legge prevede che i pazienti dimessi dagli OPG dovrebbero essere assorbiti da strutture create ad hoc negli istituti di pena ordinari, ma questa è un’indicazione che, come nel 1978, dopo la promulgazione della legge 180, è ben lontana dall’essere stata messa in pratica.

Un caso di “analisi” in carcere

Il virgolettato è d’obbligo per non turbare chi non vuole mettere in discussione l’idea classica del setting e considera tutto il resto come “psicoterapia” di qualche tipo.

Se l’episodio di Vladimir può rientrare nell’ambito del ruolo svolto normalmente da uno psichiatra nei servizi, con tutte le variabili elencate in precedenza, in qualche caso si può fare qualcosa di più.

A me è capitato più di una volta, con persone dotate di introspezione e disponibilità alla cura, di lavorare con i tempi e le modalità di un percorso analitico.

Accenno solo ad un paziente che vedo da quasi 7 anni e che ho seguito per i primi due anni successivi all’omicidio della moglie, con una frequenza di 5 volte alla settimana, “vis-a-vis” (tutto si può cercare di ottenere ma un lettino in carcere è veramente troppo), con sedute di 45’-60’, fino al suo trasferimento in altro carcere della stessa città, successivo ad una condanna definitiva a 26 anni.

Oggi lo seguo con frequenza quindicinale e continuiamo a lavorare su sogni, transfert e controtransfert nel tentativo a volte disperato a volte quasi possibile di elaborare una problematica affettiva profonda che lo ha portato a mettere in atto, con un agito confuso e disorientato ai limiti della crisi psicotica, un’aggressività che nei nostri pazienti tradizionali valutiamo con un metro più sottile, che spesso resta confinata nell’ambito delle fantasie o che, se anche agita, raramente arriva ad esiti così drammatici e definitivi.

Psicoanalisi e istituzione totale

Ma vi ho promesso uno “spaccato” e non voglio dilungarmi oltre.

La logica conclusione di quanto ho scritto va nella direzione di altri interventi in questo dibattito cioè che, anche a mio avviso, dove ci sia uno psicoanalista, anche in un ambiente limite come il carcere, ci può essere la possibilità di orientare una relazione in senso psicoanalitico.

E qui mi riferisco non solo al rapporto con i “pazienti” detenuti ma anche con le altre figure che operano all’interno nel carcere con cui si creano delle dinamiche gruppali complesse in cui gli assunti di base di bioniana memoria sono prevalenti sulle capacità elaborative.

Il setting classico deve necessariamente trovare degli adattamenti ed essere estremamente flessibile per poter tollerare gli attacchi distruttivi provenienti sia dalla linea del fuoco che dalla retrovie.

All’interno dell’istituto dove lavoro ho a disposizione una stanza che, a causa della poca disponibilità di spazio, è utilizzata in orari diversi anche da altri operatori interni e dagli avvocati che vengono a visitare i loro clienti.

Ma non è difficile chiudere la porta e far capire di non voler essere disturbati perché all'interno di questo ambiente così chiuso, persecutorio, ancora troppo isolato dal mondo esterno per poterlo pensare in una funzione rieducativa, si possa creare uno spazio dove ci sia la possibilità ad una coppia terapeuta-paziente di lavorare sugli aspetti interni.

Questo almeno è quello che cerco di fare e che penso e spero abbia in qualche modo a che fare con la psicoanalisi.

7 luglio 2012

Psicoanalisi e Servizi: quale rapporto

Cosima De Giorgi

Mi risolvo pur con una certa difficoltà a esprimere le mie impressioni intorno a questo rapporto. Non farlo mi sembra quasi un'omissione di una testimonianza dovuta al mio lavoro e ai miei colleghi, a una parte importante della mia vita.

Mi permetto di fare una premessa al mio discorso.

Per la mia tesi di laurea in medicina, presi contatti con il professor Gozzetti dell'Ospedale Psichiatrico di Padova alla fine del '79, quando tutto l'ospedale psichiatrico era sotto sopra per i preparativi di apertura dei Servizi Psichiatrici in Ospedale Generale.

C'erano un fermento e una vivezza che catturavano. La follia che si diffondeva in ogni dove e l'esaltazione dei primari facevano venire le vertigini. La malattia mentale, la follia conquistava l'Ospedale Generale e la dignità della malattia somatica. Questo cambiamento esercitava come uno stato di generale eccitazione. Ho concluso la mia tesi nel neonato Servizio Psichiatrico. Ho iniziato quindi a lavorare nel Servizio svolgendo anche attività di consulenza psichiatrica negli altri reparti dell'Ospedale e in Pronto Soccorso.

Questo binomio: Psichiatria, Ospedale Generale mi ha fatto sentire sempre come molto stretto il legame psiche-soma, vedendo quanta sofferenza psichica produce la malattia somatica e quanto anche il corpo è coinvolto nella patologia psichiatrica.

Il professore Gozzetti, che aveva preso la libera docenza sulle sindromi psico-organiche, all'epoca andava a Parigi per la sua analisi personale.

Era davvero emozionante vederlo all'opera: attento a ogni manifestazione del corpo e contemporaneamente pronto a una lettura in chiave sia fenomenologica che psicodinamica dei fatti psichici. Questa impronta ha profondamente segnato tutta la mia attività professionale.

Ho letto la bella relazione di apertura di Campoli e mi sono sentita a casa. Campoli ha dato uno spaccato del suo lavoro in Istituzione e non ha pianto sulle condizioni in cui si trova il suo Servizio. Ho letto poi altri contributi e quello che mi ha colpito è il quasi generale lamento sulle miserevoli condizioni in cui versano i Servizi Psichiatrici. Le relazioni più fiduciose mi sono sembrate quelle fatte dai colleghi che, come me, lavorano anche nei Servizi.

Sembra quasi che gli psicoanalisti vedano solo quanto la psichiatria perda allontanandosi dalla psicoanalisi e non viceversa.

A me viene da pensare il contrario: quanto la psicoanalisi perda allontanandosi troppo dalla psichiatria.

Come è pensabile che la psicoanalisi si sganci dalla psichiatria avendo in comune lo stesso oggetto?

Scriva Fausto Petrella (2010): "Bisogna tuttavia riconoscere che la psicoanalisi italiana si era sviluppata in gran parte senza alcun riferimento al problema sociale della malattia mentale e dell'emarginazione e peccava di psicologismo".

Marco La Scala (2012) scrive: “la psichiatria può fare a meno della psicoanalisi, la psicoanalisi non può fare a meno della psichiatria”.

Affermazioni che condivido totalmente.

Non so quanti psicoanalisti lavorino nei Servizi di Salute Mentale, ma ho sempre guardato ai colleghi che decidevano di lasciare i Servizi con dispiacere. Mi dispiaceva per la psichiatria e mi dispiaceva anche per la psicoanalisi.

La mia idea è che se il campo osservativo di un analista si limita al proprio studio perda molto dei fenomeni sui quali poter indagare.

Sono convinta che la psicoanalisi debba fare ogni sforzo per mantenere rapporti con le Istituzioni di cura quali la Psichiatria e gli Ospedali e le Istituzioni di ricerca quali le Università.

Entrata al Centro Veneto di Psicoanalisi, ho iniziato a partecipare a gruppi di discussione clinica; da qualche collega, che non aveva mai lavorato nei Servizi (pochissimi peraltro tra i più anziani, molto più numerosi invece i giovani), ogni tanto mi sentivo dire che forse ero condizionata dalla pratica psichiatrica.

E questo me lo si faceva notare come un limite (o almeno così lo avvertivo io), una specie di difetto, come di uno che impari a giocare a tennis da solo senza un maestro e poi, anche dopo che ha fatto dei corsi superiori, gli restano le cattive abitudini che ha preso nel tempo in cui ha fatto da solo. Non era un analista puro. E questa sensazione ce l’ho ancora quando nel nostro dibattito vedo sottolineare le ricchezze della psicoanalisi e le miserie della psichiatria.

Per me è difficile separare le due cose, ho iniziato a interessarmi contemporaneamente di psichiatria e psicoanalisi e le cose sono andate avanti insieme.

Scriva Silvia Molinari (2010): “I mestieri impossibili, educare, governare, curare sono proprio quelli in cui la relazione tra chi somministra e chi riceve la prestazione ‘professionale’ è asimmetrica, per quanto concerne diritti, doveri, poteri e capacità; e quindi la possibilità di arbitrio, sopraffazione, manipolazione maligna, corruzione e perversione dell’obiettivo concordato è sempre in agguato...”

Carlson citava spesso, e l’ha anche collocato in ex-ergo al suo saggio “Sofferenza psichica e vocazione terapeutica”, dal film di Ingmar Bergman “Il posto delle fragole” il sogno dell’anziano medico con la domanda che gli viene rivolta su quale sia il primo dovere del medico. “Il primo dovere del medico è chiedere perdono”.

Ecco comparire in primo piano il tema dell’etica: pretendere di collocarsi dalla parte del più forte, di chi interviene e agisce sulla sofferenza di chi gli si affida, è già di per sé un atto di arroganza, di $\upsilon\beta\rho\iota\sigma$: si può correre il rischio che una situazione che si vorrebbe di temporanea dipendenza finisca per concretizzarsi in una relazione rigida stabile tra chi esercita un potere e chi lo subisce... occorre che sia fortemente limitata la possibilità del più forte di manipolare, approfittare, subornare e sottomettere”.

Ecco perché penso che la psicoanalisi debba abitare i luoghi della cura.

Gli Ospedali, e non solo le Psichiatriche, sono luoghi dove c’è troppo scarto tra chi dispensa cure e chi le riceve e la dignità del più debole è sempre esposta al rischio di sopraffazioni.

Scriva Freud nel 1915 (*Pulsioni e loro destini*): “Se ora ci volgiamo a considerare la vita psichica dal punto di vista biologico, “la pulsione” ci appare come un concetto limite tra lo psichico e il somatico, come il rappresentante psichico degli stimoli che traggono origine dall’interno del corpo e pervengono alla psiche, come una misura delle operazioni che vengono richieste alla sfera psichica in forza della sua connessione con quella corporea.”

“Questa connessione” suggerisce che dal “corpo” lo psicoanalista non se ne possa allontanare troppo.

8 luglio 2012

Servizi Psichiatrici: un treno che gli psicoanalisti non possono perdere.

Anna Ferruta

Desidero salire all'ultimo momento su questo treno che sta per partire per le vacanze, costituito dal dibattito su *Psicoanalisi e Servizi: quale incontro?*, inaugurato dagli interventi di Giorgio Campoli e Antonello Correale, un treno sul quale sono saliti competenti e appassionati passeggeri, e che mi sembra importante possa trovare risorse per continuare a percorrere territori che riguardano profondamente il pensiero psicoanalitico. Io stessa, che per trent'anni sono stata consulente nei Servizi Psichiatrici, continuo ancora a farne parte come supervisore di gruppi istituzionali.

La teoria del funzionamento mentale, la cura della sofferenza psichica, la possibilità di entrare in relazione con l'alterità inconscia di sé e dell'altro, costituiscono il terreno naturale su cui cresce il pensiero psicoanalitico. I pazienti che accedono ai Servizi Psichiatrici sono soggetti di cui la psicoanalisi non può non occuparsi, pena il suo perdere specificità, competenza, ricerca. Non è superfluo ripensare ancora una volta al richiamo freudiano alla necessità che emerga una generazione di psichiatri formati analiticamente, capaci di sviluppare la psicoanalisi in contesti non nevrotici: "Le affezioni narcisistiche e le psicosi che a esse si riconnettono possono essere decifrate solo da osservatori che si siano addestrati analiticamente con lo studio delle nevrosi di traslazione. Ma i nostri psichiatri non studiano la psicoanalisi e noi psicoanalisti vediamo troppo pochi casi psichiatrici. Dovrà prima maturare una generazione di psichiatri che sia passata attraverso la scuola della psicoanalisi come scienza propedeutica" (Freud S., 1915-17, *Introduzione alla Psicoanalisi*. OSF, 8, 573-574).

Il lavoro con i Servizi Psichiatrici è un treno che gli psicoanalisti non possono perdere, nonostante tutte le difficoltà e le crisi culturali sociali economiche indicate nel dibattito.

E' necessario per la specificità della psicoanalisi, come lo è anche il lavoro con i bambini e la ricerca intorno a come nasce la vita psichica e come si sviluppano le prime relazioni significative.

Talvolta, l'incontro con i pazienti nei Servizi ci fa sentire come degli extraterrestri che tentano di entrare in relazione, spesso non verbale, con persone che si sono arroccate e sembrano irraggiungibili, come il paziente di Campoli: "Paolo deve difendersi dagli extra terrestri che attentano alla sua vita. Sfidando i pericoli esce di casa la domenica mattina, per andare a giocare a calcio con un gruppo stabile di compagni con i quali non ha altri contatti."

Sappiamo che spesso gli interventi istituzionali corrono il rischio di colludere con il muro eretto dal paziente grave contro il rapporto con l'altro e con il mondo, e instancabilmente ricostruito: spesso i curanti finiscono per rassegnarsi e a rispettarne l'isolamento, in risonanza con le esigenze cosce del paziente, invece che prestare ascolto al desiderio più profondo di trovare una convivenza con l'altro che non lo annichili come soggetto e gli apra la possibilità di accedere a una dimensione relazionale ludica. Ma la capacità di entrare in relazione con l'alterità dell'inconscio, con linguaggi non condivisi, con i linguaggi del corpo, è proprio una specificità della psicoanalisi, rispetto alle altre discipline psicologiche. Quindi l'aspetto che desidero sottolineare è quello che riguarda le responsabilità e le competenze della psicoanalisi come scienza e istituzione, a cui spettano interventi nell'ambito delle patologie non nevrotiche che vengono curate/assistite nei Servizi Psichiatrici, interventi che non siano affidati solo a generosi colleghi psicoanalisti che operano a titolo individuale.

Lo afferma con chiarezza Saraò nel suo intervento: "Si tratta di costruire continuamente scenari e contesti di cura in grado di contenere ed elaborare fenomeni complessi; sto parlando della costituzione e della manutenzione dei setting di cura in cui la funzione analitica si accoppia molto bene con la funzione psichiatrica; lo stesso concetto di setting è un costrutto di fondamentale

importanza per la conoscenza del mentale. In tale contesto si possono leggere gli innumerevoli fenomeni transferali non solo sull'operatore ma anche sul gruppo di lavoro e sull'istituzione stessa. Questo dovrebbe essere uno straordinario campo di ricerca.”

Correale sottolinea che sembra esserci un problema di risorse culturali e interiori a cui attingere (“Si va profilando un assottigliarsi delle risorse interiori, una sensazione di un indebolimento di mezzi culturali, professionali, emotivi, o almeno della fiducia che riponiamo in essi?”), ma ribadisce la realtà del consistente patrimonio psicoanalitico: “La psicoanalisi è fondata su alcuni potenti nuclei concettuali che, anche se in continua evoluzione, mantengono però una loro potente validità di fondo. Possiamo annoverare, tra tali nuclei, l’aspetto pulsionale della psiche umana, l’importanza delle memorie infantili, il trauma, la tendenza alla ripetizione, il transfert e altri ancora. Tali temi hanno una immensa capacità fecondante e possono essere proposti nella discussione dei casi con modalità che bloccano la riduttività alla pura azione e ripropongono una visione della soggettività.”

Penso che la SPI come società che ha compiti di sviluppo scientifico possa e debba predisporre strumenti di ricerca e di intervento clinico per gli psicoanalisti che lavorano nei servizi psichiatrici.

In particolare, due questioni mi sembrano importanti, e da affrontare:

1- La situazione di blocco e ripetitività del lavoro di cura dei Servizi, che si rifugia nel rapporto ambulatoriale a due, o nell'assistenza, poco mobilitato da una cultura psicodinamica. Penso che l'articolazione tra contenitore mentale, teorico e istituzionale, e configurazione personalizzata del mondo interno del soggetto, sia un lavoro scientifico e tecnico che ci compete, e che deve essere oggetto di uno studio e di una formulazione tecnica espliciti. Se si vuole raggiungere il soggetto che si è rifugiato in altri mondi dell’alterità alienata per sopravvivere psichicamente, allora il contenitore teorico (psicoanalisi dei processi primari), ambientale (il gruppo di lavoro), organizzativo (continuità dell’intervento: holding nel senso approfondito da Ogden - 2004) deve essere forte e complesso. La psicoanalisi ha qualcosa da dire proprio in questa dimensione del contenitore, come tenuta costante della relazione con il paziente e insieme disponibilità a seguirlo nei suoi percorsi ai confini della pensabilità e consensualità. Come molti colleghi hanno detto nel dibattito, la questione del contenitore è fondamentale, perché possano dispiegarsi in modo efficace le attività dei piccoli gruppi valorizzate da Correale, o tutta l'area del transizionale praticata da Izzo. Si tratta di entrare più approfonditamente nel merito di questa oscillazione, che implica l'esplicazione di un'attività di leadership da organismo vitale che tiene insieme il tutto, come accade nella vita dei fenomeni complessi (Campoli). La funzione di fare da contenitore crea le condizioni perché nel processo di cura ci sia il massimo spazio possibile per l'emergenza di contenuti angoscianti, mai prima espressi da parte dei diversi soggetti; inoltre fornisce le risorse di elaborazione necessarie perché questi contenuti tengano entro confini istituzionali l'espansione del clima emotivo e non la facciano esplodere o implodere.

L'altra funzione riguarda la capacità di garantire la continuità nel tempo della cura, accettando e promuovendo cambiamenti che ne seguano il ritmo vitale, senza cristallizzazioni mortificanti e senza accelerazioni maniacali destabilizzanti (il metatempo della cura analitica che ben conosciamo). Le due funzioni sono state espresse da Bion come funzione contenitore-con tenuto e da Winnicott come funzione di holding: proprio perché così fondamentali e semplici, spesso sono state equivocate e stravolte dalle parti psicotiche della mente e delle istituzioni. Sono funzioni di base semplici, ma che richiedono un lavoro mentale costante e continuo, cosa che l'assetto narcisistico rifugge, alla ricerca dello statico, di ciò che si blocca su contenuti ritenuti validi in sé e per sé (diagnosi?, trauma?), e su una negazione del cambiamento legata allo scorrere del tempo e delle generazioni. “La semplicità nell'arte -scriveva Brancusi- è, in generale, una complessità risolta”.

2- Credo che proprio la consapevolezza di possedere, come psicoanalisti, una riserva di risorse culturali e concettuali ci debba impegnare a investirle in terreni che potranno essere fecondi anche per la nostra disciplina. Allora la questione del setting a cui fa riferimento in particolare Sarà

ritengo sia non rimandabile. Occorre sviluppare setting diversificati di trattamento, su misura delle questioni di cura che si vogliono affrontare: non penso a setting elastici, anzi a setting ben configurati e definiti, consistenti in dimensioni di spazio-tempo nelle quali avvengano incontri tra menti, e non altre attività, pur importanti. La dimensione concettuale del setting non è stata ancora approfondita in tutta la sua potenzialità teorica e clinica, che proprio nel lavoro nei Servizi Psichiatrici potrebbe acquistare forme specifiche, contribuendo a diminuire tutte le forme di violenza psichica che l'incontro e lo scontro con la sofferenza mentale acuta e la psicosi innestano in chi si avvicina. La configurazione di questi setting diversificati penso che sia un compito scientifico di un gruppo di ricerca da attivare da parte dell'istituzione psicoanalitica.

8 luglio 2012

Psichiatria, Fenomenologia, Psicoanalisi

Carla Rufina Zennaro

Ero in attesa delle battute finali di questo vivace ed arricchente dibattito, quando mi ha colto di sorpresa l'invito gentile di Francesco Carnaroli di partecipare in prima persona al dibattito stesso scrivendo qualcosa circa la mia antica esperienza di medico nella clinica psichiatrica della famiglia Binswanger.

La pratica fatta nel Sanatorium Bellevue è stata fondamentale per la mia formazione, ma concerne gli anni sessanta, quando la realtà europea e mondiale era molto diversa sia da un punto di vista scientifico-psichiatrico, sia da un punto di vista economico. Le culture, la società e la mentalità sono molto cambiate. E' vero anche che alcuni principi sono rimasti immutati

Perciò sono stata molto incerta se accettare la proposta, anche se generosa e lusinghiera. Infatti, la mia sarà una voce fuori dal coro perché fuori dal tema e, soprattutto, fuori dal tempo.

Si tratta di un passato così distante, che sembra mai esistito e che sicuramente ho idealizzato.

Certo, potrei limitarmi a scrivere come si lavorava allora nell'oasi quasi unica di quel luogo di cura. Un'oasi dove dei pazienti privilegiati venivano seguiti in modo particolare e dove dei medici fortunati lavoravano in situazioni esclusive e molto favorevoli. Ma sarebbe infruttuoso limitare il contenuto in tale modo. Allora, penso di dare il mio apporto trattando il tema (altisonante):

Psichiatria, Fenomenologia, Psicoanalisi

Sono consapevole che un ponderoso trattato non esaurirebbe l'argomento. Io mi limito a tracciare qualche linea, anche se apparirà semplicistica e riduttiva.

Per facilitare la comprensione devo dilungarmi a tratteggiare premesse teoriche desuete. Inoltre, per mio piacere, aggiungerò divagazioni personali non proprio essenziali. Più o meno sono temi da me già trattati, anni fa, sulla nostra rivista e di cui qui faccio oggi un collage ed una sintesi concisa.

Già prima del conseguimento della laurea avevo interesse per gli studi psichiatrici. Al tempo dei miei, oramai remoti, studi di medicina, ebbi la possibilità di frequentare, oggi si direbbe in qualità di tirocinante, alcuni ospedali psichiatrici. Tutti avevano le stesse caratteristiche: grandi stanzoni, a volte maleodoranti, in cui erano raccolti numerosi pazienti dalle più disparate patologie. Per l'intero giorno, i "reclusi" erano in un continuo e caotico movimento, gli sguardi o assenti o terrorizzati da pensieri probabilmente persecutori. Camerate enormi in cui le file dei letti si susseguivano nell'anonimato più completo, tutt'al più caratterizzati, "personalizzati" da qualche raro mezzo di contenimento.

In Padova c'era, sì, un ottimo psichiatra ad orientamento fenomenologico: il prof F. Barison. Ma, nonostante la sua buona volontà, come nonostante la buona volontà di altri direttori (e ne ho

incontrati di umani, preparati, aperti alle innovazioni, illuminati) di differenti istituzioni psichiatriche e nonostante l'impegno dei medici assistenti, era impossibile seguire sufficientemente da vicino i pazienti, ai quali venivano somministrati i pochi psicofarmaci a disposizione a quel tempo. Quando si riteneva necessario, i pazienti venivano sottoposti a terapia convulsivante, vale a dire ad elettroshock o a insulinoterapia.

La situazione di quella umanità ammassata e sofferente era terribile, ma a quel tempo quella era la realtà, per lo meno quella a me nota. La rivoluzione basagliana con la legge 180 era di là a venire.

Attraverso Fabrizio Napolitani, venni a conoscenza di un posto libero per un assistente medico nella clinica psichiatrica privata della famiglia Binswanger a Kreuzlingen, nella Svizzera tedesca. Semplicemente lasciai il mio lavoro in Italia e partii.

Binswanger, chi era costui? o chi erano costoro?

Forse i più giovani dei nostri colleghi ne hanno sentito parlare solo vagamente.

Ludwig Binswanger, junior (1881-1966), ebbe una passione per eccellenza: la psichiatria, di cui possedeva una rara formazione e di cui si era letteralmente nutrito fin dalla nascita. Infatti, discendeva da una famiglia di psichiatri di fama, che dalla Germania si era trasferita sulla sponda svizzera del lago di Costanza, a Kreuzlingen e vi aveva fondato, nel 1857, il Sanatorium Bellevue, una clinica per malattie mentali, che fin dall'inizio fu un punto d'incontro internazionale e di vivace scambio delle più belle menti di psichiatri e di intellettuali. Già il fondatore, Ludwig, senior (1820-1880) sosteneva, in piena epoca organicistica, che i concetti di completa malattia mentale e di piena salute erano concetti ideali e che nella vita le così dette normalità e malattia si intrecciavano strettamente. Solo un più o un meno differenziava i così detti malati di mente dai molti altri intelletti capaci o incapaci della società umana. Affermava, inoltre, che nel pensare ed agire attuale del malato di mente si sommavano tutta la sua storia anteriore ed il totale delle sue esperienze precedenti. Dedicò la sua vita ai pazienti e volle che la sua famiglia partecipasse al loro trattamento così che l'Istituto diventava una grande famiglia di cui Ludwig senior era il patriarca. A lui, dal 1877 al 1910, subentrò nella direzione il figlio Robert (1850-1910), che, anche se introduceva i più moderni metodi fisici di cura, asseriva che il più importante mezzo terapeutico era l'atmosfera familiare presente nel sanatorio. Ben presto, l'istituzione divenne famosa anche all'estero e già nel 1881 Sigmund Freud (o piuttosto Josef Breuer?) vi inviava Anna O., vale a dire Bertha Pappenheim.

Ludwig Binswanger junior prese la guida diretta della clinica nel 1910 e diede ulteriore importanza al rapporto umano. La psichiatria faceva progressi, ma L. Binswanger non si accontentava di raggiungere un dialogo coi malati mentali, non gli era sufficiente discutere sistematicamente la loro storia: lo psicoterapeuta doveva diventare un attore attivo sul palcoscenico del mondo del malato, della sua lingua, della sua simbologia per ricondurlo pian piano con la più grande pazienza, col più grande coraggio, col più grande dispendio di tempo, nella lingua e nel mondo dell'esperienza naturale. Lo psicoterapeuta, attraverso **lo strumento del suo proprio vissuto**, poteva capire in quale modo una determinata Presenza, Dasein, era compressa e costretta e come lo svolgimento di una vita si fosse arenato, atrofizzato, rotto e il suo vivere interiore avesse assunto forme sorprendenti e dolorose. **Il curante doveva fare propri i modi di sentire del malato e scendere con lui nell'abisso.** Per il medico, cui erano necessarie conoscenza ed esperienza, poteva essere una avventura coinvolgente, dolorosa, pericolosa. E L. Binswanger non vi si sottraeva: abitava con la famiglia nella sua Gartenhaus, (una villa inserita, come le tante altre che servivano o da reparti o da abitazioni, nel lussureggiante parco secolare privato) e viveva la vita della clinica. Quando, nel 1957, si ritirò dalla direzione, non perse il contatto né coi pazienti né con l'attività dell'intero sanatorio. Per lui l'Esistenza senza rapporto, lavoro e impegno non si giustificava. In modo naturalmente ovvio, lavorò, studiò, scrisse fin quasi alla fine della sua lunga vita. La sua produzione migliore avvenne tra i suoi sessanta ed ottanta anni, periodo in cui si dedicò prevalentemente ai suoi studi in una continua ricerca ed indagine, in una severa riflessione sulla sua posizione scientifica. Fu

un uomo straordinario ed affascinante, dalla trasparente ricchezza interiore, dai molteplici interessi, dalla profonda cultura.

Kreuzlingen

Inverno gelido 1962-1963: i laghi di Zurigo e di Costanza, coperti di ghiaccio e di neve, erano multicolori per i numerosi pattinatori. Un prodigio allegro di libertà.

Ed un miracolo mi sembrò l'accesso libero, diretto al parco privato e all'edificio centrale della clinica psichiatrica: non c'erano porte chiuse o chiavi. Nella hall, vidi comode ed eleganti poltrone, dove persone, all'apparenza tranquille, si intrattenevano, presumibilmente, in piacevoli conversari. E mi rivolsi al portiere come si fa in un albergo.

Così, giovane appassionata ed incosciente, attratta dalla avventura stupefacente, anche se pericolosa e rischiosa, dell'incontro col malato di mente, ma soprattutto dal concetto che l'essere umano, per essere pienamente compreso, doveva essere inteso come Presenza, Dasein, e contemporaneamente come essere-con, Mitdasein, approdai a Kreuzlingen agli inizi degli anni sessanta, conobbi Wolfgang Binswanger (figlio di Ludwig junior) e divenni una giovane assistente, inesperta, ma appassionata.

Incredula, guardavo il tutto con gli occhi sgranati e curiosi di una provinciale.

Il mio impatto col nuovo ambiente di lavoro fu forte, perturbante, ma anche entusiasmante.

Per alcuni giorni fui ospite nel corpo centrale del Sanatorio. Continuavo ad avere l'impressione che si trattasse di un albergo, ma sapevo che gli altri ospiti di quello stesso edificio erano pazienti, che venivano seguiti e con farmaci e con psicoterapia.

Al mattino, la colazione avveniva nella sala da pranzo, dove, alla stessa tavola, si incontravano alcuni curanti ed alcuni pazienti, che si intrattenevano cordialmente intrecciando dialoghi in diverse lingue. Persino la cameriera, italiana, si destreggiava con le lingue straniere.

Che dire dell'organizzazione e del funzionamento generale della clinica? Infermieri colti, con conoscenza di almeno due lingue, pronti ad ascoltare musica classica, a discutere di diversi argomenti seri, dotti, coi pazienti o ad intrattenersi amabilmente, ma capaci anche di cogliere le tensioni ed i primi allarmanti cambiamenti di umore; prima colazione, pranzo e cena condivisi con tavole imbandite, come si fa in famiglia. Non più camerate enormi, ma stanze con pochi letti ben personalizzati. Anche nel reparto chiuso con i pazienti in fase acuta si tendeva a sedere a tavola tutti assieme, pazienti ed infermieri e, qualche volta, anche medici.

Interessante era che tutti i presenti nella totalità della clinica, dal cuoco all'infermiere, dal giardiniere al medico, dal portiere ai famigliari in visita, tutti erano coinvolti in un'opera di osservazione, di riflessione, di partecipazione, di "apertura" alla relazione, di "terapia".

Io fui destinata al ruolo di responsabile della piccola comunità terapeutica e, per un anno, feci la cosa più folle (vista col senno di poi) della mia vita: vissi coi pazienti giorno e notte, a parte gli intervalli in cui partecipavo alle riunioni di équipe di tutta la clinica e di quando mi assentavo per la mia analisi personale e per la frequenza ai seminari di specializzazione.

La Comunità terapeutica accoglieva pazienti prevalentemente psicotici di diverse età, di entrambi i sessi, di diverse nazionalità e, quindi, di differenti lingue. Non ricordo quanti fossero, ma posso ipotizzare una dozzina. Qualche volta erano ammessi a vivere in comunità anche i famigliari.

Il paziente era chiamato a contribuire alla stabilità della comunità ed essere disponibile ai processi socio terapeutici. Non era per niente facile per i pazienti sopportare una tale responsabilità, che, a volte, creava ansia.

Lo scopo era di offrire loro la possibilità di scoprire e di riconoscere la loro personalità attraverso lo stare con, ma anche contro, l'altro e di favorire la comunicazione interpersonale.

I pazienti non avevano né assistenza infermieristica né assistenza domestica. Il medico prescriveva i farmaci, che poi venivano distribuiti ai vari pazienti da un paziente che, in quel momento, era più equilibrato, più responsabile, più sano, da più lungo tempo membro della comunità. Le pulizie, la

spesa venivano fatte dai pazienti; i pasti venivano preparati a turno dai pazienti stessi. L'organizzazione veniva coordinata a mezzo di riunioni in cui si prendevano le decisioni comuni. I pazienti venivano seguiti in terapie individuali e di gruppo ad orientamento psicoanalitico. Queste ultime erano indispensabili per chiarire, illustrare i movimenti di incontri, di mancati incontri, di conflitti nascosti o manifesti e per sbloccare le impasse e per rendere più vitali le relazioni. Certo, si faceva affidamento sui pazienti più sani, più affidabili. Gli interventi erano molto più prudenti, ovviamente, quando si trattava di pazienti in uno stadio più acuto di malattia. Si dava ai pazienti l'opportunità di studiare, di fare sport, di dedicarsi ai propri interessi, ad attività manuali.

Quando cessai di occuparmi a tempo pieno della comunità terapeutica, passai a fare prevalentemente terapie individuali, parecchie sedute ogni giorno. Non conoscevo ancora Winnicott, che scrive (1964, p. 119): "può succedere di riuscire ad avere in carico due o perfino tre casi come questi, ma non quattro nello stesso momento." Certi colleghi ed io stessa ne avevamo sicuramente più di quattro...

Era consueta una riunione quotidiana (che oggi si direbbe d'équipe) durante la quale venivano trattati diversi temi: gli eventi salienti dei vari reparti; certi pazienti in fase di acuzie o di cambiamento o di dimissione; l'esame della dinamica tra i differenti componenti dell'équipe e i pazienti stessi negli intrecci, (noi oggi diremmo, psicoanaliticamente, di proiezioni, identificazioni o contro identificazioni). Poiché gli esseri umani, tanto più se disturbati mentalmente e conviventi, tendono a vedere il prossimo in una luce particolare, unilaterale, per esempio una buona fata o una strega (si potrebbe dire, con altro linguaggio: oggetto buono ed oggetto cattivo) ed è necessario cogliere tali movimenti per evitare intrecci funesti.

Ciò che mi colpì nel corso degli anni fu la serenità con cui ogni collega presentava il proprio punto di vista in base alla sua propria formazione junghiana o freudiana o altra, anche se tutti erano impregnati del pensiero fenomenologico. Nessuna disputa se fosse migliore una teoria o un'altra. Nessuno sosteneva di essere il depositario della Verità. Importante era capire ed aiutare il paziente. Questo comportamento mi risultava tanto più evidente e confortante quanto più frequentavo "Das Institut für ärztliche psychotherapie" a Zurigo fondata da Gustav Bally (cui successe Fritz Meerwein) e Medard Boss (cfr. Boss, 1957): il primo era psichiatra e convinto psicoanalista, mentre il secondo si poteva dire l'erede dell'ultimo Heidegger e suo diretto interlocutore. In tale istituto, i due differenti indirizzi teorici sembravano degenerare in attacchi e contrattacchi, per me senza senso.

Forse è utile che faccia un lungo inciso per sottolineare la differenza tra la fenomenologia di Binswanger e la Daseinsanalyse di Boss.

Se viene riconosciuto a Binswanger il merito di introdurre nella psichiatria la fenomenologia, tuttavia, i veri eredi dell'ultimo Heidegger (Heidegger, 1987) sembrano essere Boss e la sua scuola di Zurigo di cui Gion Condrau (Condrau, 1965; 1973; 1992) può essere considerato il portavoce. Questi racconta che Boss si reca a Vienna ed inizia un trattamento psicoanalitico con Freud, che gli riduce l'onorario quando viene a sapere che Boss è "costretto alla fame" a causa sua. In tal modo, lo zurighese ha l'opportunità di constatare che Freud si comporta in modo completamente diverso da come egli avrebbe dovuto (!) in base alla sua teoria delle pulsioni. Sorgono i primi dubbi (o i primi fraintendimenti legati ad una lettura troppo letterale del pensiero di Freud?) nella mente di Boss. Egli riconosce la genialità delle osservazioni dirette ed immediate che Freud aveva fatto riguardo ai suoi pazienti. Anzi, ne ravvisa tutta la validità anche sullo sfondo della comprensione dell'essere umano dell'analitica dell'esserci. Ciò che Boss, invece, critica sono le "sovrastrutture" teoriche di Freud, cioè la metapsicologia, vista come una impalcatura di speculazioni superflue e fuorvianti.

Secondo Boss e la *daseins-analisi*, poiché la natura dell'uomo non è calcolabile, la metapsicologia assume il significato solo di una sovrastruttura (ma Freud stesso l'aveva detto!) e significa la coartazione dei fenomeni umani. La *Daseinsanalyse* chiede la rinuncia alle speculazioni metapsicologiche e sposta il suo massimo interesse al "vedere", al "capire" i fenomeni, che si mostrano direttamente. Perciò, concetti psicoanalitici quali, per esempio, quelli di inconscio (in suo luogo si parla di ciò che rimane nascosto, latente), di transfert e di controtransfert, di resistenza ecc. non possono venire accettati dall'analisi dell'essere di Boss.

Vengono anche discusse le indicazioni per la psicoterapia. Sorge pure l'interrogativo circa la maturità e la salute mentale del terapeuta e, corrispondentemente, circa i suoi fattori caratteriali disturbanti. Quindi, a seconda delle caratteristiche del terapeuta, i pazienti possono essere in mani più o meno indicate.

Binswanger ha tutt'altra visione delle psicoanalisi.

Feci la conoscenza di Ludwig Binswanger in modo del tutto informale ed imprevisto: ero arrivata da pochissimo, quando, in una gelida giornata di quell'inverno, nel parco della clinica ammantato di neve, incontrai un signore dai capelli bianchi, che, incurante della temperatura polare, passeggiava tenendo un libro tra le mani prive di guanti. Mi fermò, mi rivolse alcune frasi in tedesco ed, accertatosi chi fossi (ma già lo sapeva) passò a parlare in un corretto italiano. Col preambolo che gli italiani studiavano per molti anni il latino al liceo, mi chiese se potevo aiutarlo nella traduzione del brano latino che stava leggendo. Con rinnovato disagio, devo ricordare che non gli fui di grande aiuto. Poi passò a dirmi che per favorire il contatto con l'altro, bisognava cercare di avvicinarsi nella sua lingua madre e che proprio in quei giorni erano arrivati alcuni pazienti svedesi e che lui si stava dedicando allo studio della loro lingua. Io oscillavo tra la meraviglia, lo stupore e la soggezione: prossimo agli ottanta anni, Binswanger era continuamente teso ad apprendere e ad approfondire le sue conoscenze. Mi chiese dei miei progetti professionali: avevo intenzione di frequentare a Zurigo l'Istituto di psicoterapia medica, fondata da Gustav Bally e Medard Boss. Mi guardò con una espressione strana, che riuscii a decifrare solo quando, più tardi, capii le divergenze di pensiero tra Binswanger e Boss - che qui sto cercando di evidenziare. Mi disse anche che Freud aveva sempre ragione e questo non lo capii mai esattamente (forse si riferiva alla eccellenza, alla superiorità della psicoanalisi come metodo psicoterapeutico?). Volle chiudere il nostro primo incontro con un aneddoto divertente: in occasione di una sua visita a Freud (quasi certamente si riferiva a quella del 1910) era accompagnato dalla giovane moglie, la quale non trovò mezzo migliore per esprimere la sua fascinazione per il maestro viennese che lasciare in casa Freud la sua recentemente acquisita fede nuziale! Binswanger sorrise con aria giocosa, ma anche commossa. Forse pensava che Sigmund Freud era stato la sua più grande esperienza umana, vale a dire la sua esperienza del più grande uomo che mai avesse incontrato. (dal suo diario).

L'antropologia fenomenologica, che è stata mirabilmente presentata nel nostro paese da quel profondo conoscitore che ne fu Danilo Cargnello (Cargnello, 1966), prende vita dalla scontentezza scientifica di Binswanger circa i fondamenti teorici della conoscenza psichiatrica clinica. Nell'ambito della sua ricerca, quest'ultimo si interessa pure alla psicoanalisi di Freud, che conosce personalmente e col quale intreccia un interessante e vivace scambio di opinioni (Freud & Binswanger, 1992, *Briefwechsel, 1908-1938*; Zennaro, 1994a): dalle teorie del quale si allontana per passare a Edmund Husserl attraverso il cui pensiero raggiunge la concezione della non oggettivizzazione dello psichico. Binswanger viene a conoscenza dell'opera precoce di Heidegger (Heidegger, 1927), alla quale attribuisce grande importanza e significato per "l'accesso della psichiatria alla comprensione di se stessa". Però, più tardi, Binswanger riapproda definitivamente a Husserl. Binswanger inizia dall'analisi psicopatologica dei soggetti malati e intende l'antropologia fenomenologica (Binswanger, 1955) come metodo di ricerca nel suo lavoro pratico e scientifico. Binswanger parla della struttura del *Dasein*=essere qua, essere presente come essere-nel-mondo. Quindi, è necessario prestare la massima attenzione a ciò che i pazienti dicono e non dicono, alle

loro reazioni, a ciò che noi diciamo loro, a tutto ciò che avviene nella situazione dell'incontro perché tutto serve per analizzare il loro essere- nel- mondo con l'altro e con loro stessi. Binswanger evita il termine "comunicazione", che gli ricorda troppo l'idea positivista di un soggetto opposto ad un oggetto e propone la nozione di "comunione" di un io e del suo mondo in una unità originaria. "Sottratta alla *communio amoris* ed alla *communicatio amicitiae* l'esistenza non è più in grado di ampliare 'l'orizzonte della propria esperienza', non è più in grado di rivederlo né di verificarlo e si fissa su un punto di vista limitato" (Binswanger, 1956a). Vale a dire l'esistenza si "smarrisce", si perde in una determinata "esperienza" che non è più in grado di progettarsi nel futuro.

Binswanger mira a fare della psichiatria una scienza unitaria, mentre quella imperante nel suo tempo è un miscuglio di biologia, neurologia e psicopatologia. Perciò egli ha interesse per la psicoanalisi così coerente e sistematica e spera, in un primo tempo, che possa servire da modello nella asistematicità della psichiatria clinica.

È interessante notare come entrambi - Binswanger e Freud - partano dalla osservazione del fenomeno, ma mentre Freud sviluppa la metapsicologia, Binswanger si avvia verso l'antropoanalisi, prediligendo della psicoanalisi gli aspetti relazionali, attribuendo al fenomeno un significato intrinseco ed evitando di suggerire la causa. Infatti ritiene che il principio di causalità possa rivelarsi erroneo, anche se lo ritiene valido per la comprensione. Allora la *Daseinsanalyse* è solo una scienza descrittiva? C'è in Binswanger una esigenza antropologica, vale a dire il bisogno di occuparsi dell'essere umano, e possiamo parlare di una antropologia fenomenologica dove si prendono in considerazione i fenomeni, ma fenomeni propriamente umani, dove non esiste più alcuna discriminazione tra essere umano "sano" e essere umano "malato di mente". La comprensione dell'essere umano malato e la comprensione della psichiatria sono un solo comprendere. L'uomo nella psichiatria è il tema fondamentale di Binswanger: l'uomo che si trova nella psichiatria e la psichiatria che si trova nella esperienza umana. Dunque, l'interesse è spostato dalle funzioni della psiche ai modi in cui l'essere umano è nel mondo, dal piano della dinamica psichica a quello della sua esistenza, del suo essere nel mondo con gli altri.

Freud rivendica l'aspetto terapeutico della psicoanalisi con la ricerca delle motivazioni profonde della malattia e non sente il bisogno di una ricerca filosofica. Sottolinea a Binswanger che la filosofia non è che una delle forme più adeguate della sublimazione. E Binswanger, di rimando, gli chiede che cosa sia la scienza ed in particolare la psicologia psicoanalitica. La risposta-non risposta è che quest'ultima almeno è di utilità sociale. Così lo sviluppo del pensiero di Binswanger si svolge sul filo conduttore di un confronto filosofico e scientifico con la psicoanalisi.

Mi sembra utile, per il nostro lavoro, richiamare, in una estrema concisione, il pensiero del fenomenologo Emmanuel Lévinas (Lévinas, 1946; 1949). Questi sostiene che l'individuazione dell'essere umano avviene attraverso un riconoscimento reciproco, ma non attraverso l'accettazione di una simmetria nel rapporto Soggetto-Soggetto, perché in tal modo si perderebbe di vista il fondamentale essere Altro dell'Altro, e, quindi, si smarrirebbe la differenza.

Quanto importante è tenere presente questa affermazione nei nostri trattamenti psicoterapeutici! Esiste l'estraneità dell'Altro, estraneità che supera nel Soggetto l'idea dell'Altro.

Sottolineo che, nell'incontro con l'Altro, non si tratta in effetti di riconoscimento reciproco, bensì si tratta del fatto che l'Altro mette in dubbio l'interlocutore Altro, lo mette in forse e lo "apre" all'Altro.

Quindi, anche il paziente, in quanto esistente, mette in dubbio l'analista e lo psichiatra! (sacrosanta verità, spesso denegata!)

Metto in evidenza che l'incontro con l'Altro, l'esperienza del suo essere Altro, della sua singolarità, è perturbante in quanto avviene un disgiungimento tra lo stabilito, il noto, il fidato, il sicuro, il familiare e ciò che si presenta, ciò che diventa presente ed è sconosciuto. Esso può fare insorgere una perplessità, che apre due possibili modalità di reazione: a) una conduce, attraverso una trasformazione, alla curiosità (ribadisco che la curiosità è sana e

creativa, molto diversa dal curiosare, che è patologico, perverso) e al desiderio di ricerca e con questo dischiude l'opportunità di un incontro fertile; b) l'altra via può destare paura, aggressività, confusione, paralisi e sostenere la difficoltà di apertura al rapporto; è la via della confusione e della paralisi. Sempre, ogni incontro con l'Altro necessariamente dà di ritorno un'altra immagine che modifica la propria precedente conoscenza. La necessità di riconoscere (di ritrovare) se stessi di nuovo è più grande di quella di conoscere se stessi. La necessità di riconoscere di nuovo l'Altro come uguale o simile a quello che lui è stato, è più forte di quella di prendere contatto con l'essere Altro, con l'Alterità che è localizzata come Altro, estraneo al Soggetto stesso.

Faccio anche un breve riferimento a Gaetano Benedetti, psichiatra così poco citato in Italia, ma recentemente ricordato, in questo dibattito, da Vincenza Quattrocchi. Italiano di nascita, svizzero di adozione, eclettico nel suo orientamento scientifico. La sua posizione teorica si basa su di una sintesi di fenomenologia, di psicologia del profondo, di formazione e trasformazione simbolica della psicopatologia. È un antesignano nella pratica della psicoterapia individuale di psicotici e di casi limite. E la psicoterapia diventa "sfida esistenziale" (Benedetti, 1992; 1994; Zennaro, 1994).

Egli è debitore a diversi autori (da Eugen e Manfred Bleuler a Binswanger, da Sullivan ad Arieti, da Freud alla Klein, a Winnicott, a Bion, a Rosenfeld, per tacere di molti altri), sa unire armoniosamente e proficuamente concetti classici con altri più recenti, modificandoli ed amalgamandoli, a mezzo della sua ricca umanità e della sua feconda intelligenza, in un pensiero innovatore.

Conclusione:

Nel 1936 S. Freud scrive all'amico L. Binswanger che essi parlano due lingue diverse e che il loro contrasto si appianerà dopo secoli (Binswanger, 1956b, 96). Quest'ultimo ammette che ha combattuto anni per "convertire" i suoi due venerati maestri E. Bleuler e S. Freud alle sue idee, ma è giunto alla intuizione (!) che l'allievo deve rinunciare ad una tale opera.

Un insegnamento importante ci viene da S. Freud e da L. Binswanger: i Nostri, non ostante le loro idee divergenti, le reciproche interpretazioni selvagge, le vicendevoli punzecchiature, hanno saputo conservare tra di loro fiducia, stima e simpatia. Nei momenti di maggiore disagio, di dolorose perdite, di lutti difficili hanno mostrato la loro mutua disponibilità e l'apertura all'altro.

Io penso che non sia tanto importante tentare un'opera di "conversione" dell'Altro-Collega che non condivide il nostro pensiero, quanto piuttosto tenere aperto un dialogo tra persone che sostengono differenti indirizzi teorici, perché sempre dall'incontro e dal confronto si ottiene un arricchimento ed uno stimolo per nuove riflessioni.

Se accettiamo che la psicoanalisi è cambiata, che la psicopatologia dei pazienti si è modificata e che non possiamo più limitarci all'analisi del conflitto intrapsichico, se constatiamo quanto sia diventato importante il controtransfert, considerato oramai un nostro quotidiano strumento di lavoro, se riconosciamo il transfert dell'analista sul paziente, allora forse incominciamo a capire il pensiero di Binswanger, anche se espresso con altro linguaggio differente dal nostro.

Per Binswanger la psicoanalisi rimane sempre un ramo della psichiatria, sia da un punto di vista scientifico che terapeutico ed afferma che uno è poco psichiatra se non capisce nulla di psicoanalisi. E gli sembra che la psicoanalisi si appoggi poco su solide basi scientifiche se non prende in considerazione le acquisizioni scientifiche ed i problemi della psichiatria clinica.

La mia posizione è che, sempre, nel nostro lavoro come psicoanalisti e come psichiatri sia adeguato un approccio fenomenologico (che favorisce l'incontro e lo scambio col paziente) sorretto da un pensiero psicoanalitico-metapsicologico (che aiuta ad individuare la dinamica sottostante che ci evita di sprofondare in un rapporto senza fine).

9 luglio 2012

Come Maometto e la montagna? no meglio come Giulietta e Romeo!

Guelfo Margherita

Psicoanalisi e servizi sono entità composite entrambe con identità stabilizzate; l'una sul piano tecnico-culturale l'altra su quello economico-burocratico. Difficile è ipotizzare se e chi delle due si accoli il compito trasformativo e destabilizzante di Maometto di incamminarsi verso l'immobilità reale o supposta dell'altra, che si propone come una montagna reticente al miracolo. Nella sua totalità il compito si presenta quindi impossibile. Ma come detto, per fortuna, sia psicoanalisi che servizi sono entrambe entità composite; posseggono quindi frange periferiche capaci, nella loro libertà sottosistemica, di fiutare affari economici e culturali, cioè sono in grado di intrigare all'esplorazione. Quindi flirtare tra loro per la nascita di una speranza. Quando e dove l'incontro è avvenuto (sempre tempestoso ed emozionante) ed è stato felice sia per la psicoanalisi che per i servizi, la frangia periferica del servizio interessata ha dovuto comunque provvedere a proteggere l'esperienza dalla repressione burocratica ed economica. Quella psicoanalitica soffrirsì il disconoscimento culturale. Ciò ha reso nei fatti le esperienze ricche ma brevi e dolorose.

Sarà Giulietta dunque a dover spiegare ai Capuleti quanto si senta attratta dalla foga di Romeo a trascinarla fuori dalla stanza con balcone in cui la rigida educazione paterna tendeva a rinchiuderla vietandole di approfondire i racconti della nutrice; Romeo, per verso, spiegherà a Montecchi come in nessun luogo si sia sentito così profondamente accettato e capito come nel cervello di Giulietta, collegato a rete con le teorie e le pratiche della psicoanalisi; cioè quanto ciò gli permettesse di capire ed orientare il suo comportamento virile a produrre benessere e cure invece che numero di pratiche e risparmi.

Stando così le cose sento che io non posso che schierarmi tra i fautori di questo matrimonio.

Se la mente del singolo psicoanalista che lavora nel campo dovrebbe essere la chiesa di questa unione proibita dalle famiglie, l'anello, il legame, il simbolo della trasformazione in coppia dei costituenti non può che essere il setting. E' assolutamente intorno al setting, infatti, che si gioca la possibile unione teorica tra psicoanalisi e servizi e l'accettazione dell'unione da parte delle loro famiglie d'appartenenza.

Ricordo Nicola Perrotti col suo accento abruzzese che rispondeva alle mie proposizioni basagliane durante la supervisione: "attento Margherita, la psichiatria deforma la psicoanalisi". Ho cercato di far diventare, da allora, quel deforma un trasforma; studiare cioè modalità capaci di adattare ad universi più complessi, quelli istituzionali, le topologie del setting classico (Margherita, 1993, 2010, 2012).

Se Setting è la parola chiave, quali setting possono immaginarsi nei servizi e come organizzati. Pensiamone alcuni collocati ai livelli topologicamente concentrici a cui si esprimono: 1) setting per la psicoanalisi nelle istituzioni; 2) setting per la psicoanalisi con le istituzioni; 3) setting per la psicoanalisi delle istituzioni.

Il primo riguarda analista e paziente in una stanza di cui è proprietaria l'istituzione; il secondo è l'uso della gruppalità terapeutica (ad esempio l'equipé) per l'approccio contemporaneo al paziente psicotico ed ai suoi milieu; il terzo riguarda i luoghi e l'organizzazione dei tentativi di pensare psicoanaliticamente i servizi. Nulla vieta che essi siano costantemente attivi in contemporanea.

In questi tre spazi concentrici il setting classico naturalmente va incontro a trasformazioni topologiche che permettono di mantenere la funzione delle invarianti grazie alla esistenza adattativa delle variabili.

Attraversando questi spazi la complessità ci mette di fronte a confusioni di confine, tempi, spazi, contratti e ruoli. Ad esempio chi cura chi? Il servizio in esame è cioè, a seconda del punto di vista, ora terapeuta, ora paziente, ora addirittura contesto: cioè a dire setting esso stesso (Margherita, 1993, 2011).

Un altro elemento che tende a differenziare il setting classico da quello dei servizi è quello del numero delle persone coinvolte e dei differenti ruoli che esse rivestono. Come ci suggerisce Correale, i luoghi dell'intervento psicoanalitico nei servizi, sono infatti principalmente e storicamente le riunioni d'équipe e le assemblee comunitarie. Cioè dimensioni in cui è necessario, per capire che succede, che l'analista sia esperto anche di psicoanalisi di gruppo.

Ma la cosa su cui vorrei concludere e che più mi intriga riguarda la cultura dei servizi. La crisi catabolica della psichiatria classica ha permesso negli anni '70 che, con un movimento anti-entropico, come strutture dissipative, i movimenti culturali neo-basagliani e psicoanalitici rivoluzionassero in Italia la cultura dei servizi creando nuovi campi culturali. Chissà se lo stato attuale di disgregazione pratica e culturale dei servizi, per lo meno dal nostro punto di vista, tra interesse personale, burocrazie, economicità e cognitivismo possa ricreare condizioni disgregative analoghe perché i cataboliti possano essere utilizzati per la creazione di un nuovo spazio entro cui possano avvenire movimenti anti-entropici fautori di nuove strutture dissipative connesse alla nascita di una nuova cultura.

Se pensiamo ad una cultura analitica, il soggetto di un simile movimento non può che essere la struttura dissipativa di un gruppo che pensi psicoanaliticamente. La serie da immaginare potrebbe essere: gruppi che all'interno dei servizi discutano di psicoanalisi; che poi si riuniscano con psicoanalisti per supervisioni istituzionali (Margherita, 2008) ed alla fine di essa gruppi di psicoanalisti che discutano tra loro una teoria psicoanalitica dei servizi.

Perché allora, per passare dalla teoria alla pratica, gli intervenuti a questo dibattito non si costituiscono in gruppo di studio sui servizi della SPI?

9 luglio 2012

Qualche nota su psicoanalisi e servizi

Maria Rosa De Zordo

Gentilmente mi è stato chiesto di scrivere qualche nota sul dibattito "Psicoanalisi e servizi". Tento qualche modesta riflessione sul filo di lana della vicina conclusione, giustificando la mia difficoltà con la sofferenza che parlare della mia esperienza in psichiatria mi comporta ancora, a qualche anno di distanza dal termine del lavoro istituzionale, che ho proseguito per 35 anni, affiancandolo per molti anni alla pratica privata psicoanalitica.

Potrei partire da ricordi degli anni '70 e degli ospedali psichiatrici, quello di Padova diretto con saggezza dal prof. Barison, dove rimasi per qualche tempo come tirocinante, inesperta, poco o per niente capace di capire i pazienti che incontravo, se non cercare di riconoscere i sintomi che studiavo sui libri. Ricordo invece lo squallore, la miseria, la sporcizia e l'odore intollerabile di certe camerate dell'OP di Treviso. Per questo non ho alcuna nostalgia degli OP e sono fermamente contraria alla loro riapertura.

Poi andai a Gorizia. Erano i tempi di Basaglia, che conobbi poco, ebbi però modo di parlare più volte con Pirella, Slavich, Casagrande, Jervis ed altri del suo gruppo. "Porte aperte": non significava che erano aperte le porte dell'OP, ma semplicemente erano stati tolti cancelli e ringhiere dei piccoli cortili antistanti ai reparti, così che i pazienti potevano circolare all'interno dell'OP. Pochi lo facevano, restavano per lo più seduti nelle panchine del cortile del vecchio reparto; qualcuno talora usciva dall'OP accompagnato da infermieri o volontari e per qualcuno si cercava anche una possibile collocazione domestica esterna. Però i medici facevano ogni giorno una riunione d'équipe e giornalmente una riunione di reparto con gli infermieri. Alla sera una riunione cui erano invitati tutti i pazienti: mi pareva di capire che lo scopo era di aiutare i pazienti a prendere coscienza delle loro esclusioni sociali. Il sabato sera una festa da ballo, per modo di dire: un infermiere suonava il piano e qualcuno ascoltava, forse qualche coppia ricordava di aver ballato in tempi lontani. I

pazienti erano curati, ma erano evidenti i segni della lunga, lunghissima permanenza (qualcuno era entrato da bambino).

Io sono psicologa, provengo da una formazione umanistica: la mia professione era contestata dai basagliani, perché confermava la malattia; del resto gli psichiatri contestavano la loro stessa professione. Cercavano la collaborazione e il coinvolgimento degli amministratori provinciali perché servivano abitazioni, occasioni di lavoro, che questo chiedevano i pazienti (ma a me spesso pareva che forse quei pazienti non ricordavano più di avere o avere avuto desideri, aspirazioni, progetti, futuro). All'epoca leggevo Laing, Esterson, Hollingshead, Goffman, Szasz..., classi sociali e malattia mentale... e Franz Fanon, che pure parlava di emarginazione e riscatto. Ma anche chiedevo ai basagliani perché non cercassero una possibile psichiatria diversa per capire e curare la sofferenza psichica (non mi pareva così importante che si trattasse di malattia o non), pur senza trascurare i bisogni essenziali di una vita dignitosa; non capivo perché approfondire ciò che succede nel nostro pensiero debba restare in disparte rispetto al modo di vivere la propria vita (ma a questo i basagliani, cui pure riconosco il grande merito di aver denunciato la segregazione delle o della maggior parte delle istituzioni chiuse, non hanno mai dato risposta).

Io mi ero trovata un'occupazione "giornalistica": con alcuni ricoverati stampavamo ogni giorno un giornalino con eventi dell'OP e qualche commento, che cercavamo insieme di formulare. Ma ero una psicologa e servivano medici che coprissero le guardie e somministrassero i farmaci.

Per questo passai alla NPI: classi differenziali, scuole speciali, istituti speciali per minori con difficoltà per lo più diagnosticate grossolanamente. Ebbi la fortuna di lavorare a Trento in una struttura territoriale per minori che era appena stata avviata. Non si trattava solo di inserire i bambini nella scuola di tutti, ma anche di riceverli nei nostri studi e di imparare a parlare con loro, delle difficoltà, dei problemi, del loro star male. E parlare con i genitori, e spiegare agli insegnanti... Così mi accostai alla psicoanalisi, non solo come una delle materie che avevo studiato nei libri, ma per me stessa. La sfida non era più soltanto sociale, ma era quella possibilità di trovare parole, capacità di stare insieme per capire, curare, che non avevo avvertito a Gorizia.

Degli anni in NPI ricordo il lavoro di équipe, il rispetto per la mia professione, la collaborazione autentica tra figure e ruoli professionali diversi, l'aggiornamento continuo e garantito.

E poi 25 anni in psichiatria, e qui mi diventa faticoso riandare ai miei ricordi. Il primo primario mi accolse: "Mi dicono che lei sia la prima in graduatoria, ma io ho bisogno di medici, non di psicologi". Non aveva la minima idea di che lavoro avrei potuto svolgere. Per certi versi fu anche una fortuna, così decisi io cosa fare, ma in quel servizio, dove rimasi per 12 anni, lavorai praticamente come fossi nello studio privato di casa mia. Mi si chiedevano approfondimenti diagnostici, ne feci più di mille (non so ancora capire se siano stati tanti o pochi), applicavo il profilo di Anna Freud, nell'elaborazione di Freeman per gli psicotici, poi quello Tavistock (e per me questa è stata un'esperienza utile). Ma ciò che scrivevo o era troppo lungo, e i medici non avevano il tempo di leggere e ancor meno di discutere, o era troppo breve "ma queste cose le sappiamo anche noi". Seguì molti pazienti in psicoterapia; quelli più gravi, che avevano anche bisogno di farmaci, dopo il mio colloquio, ne avevano subito un altro con lo psichiatra referente, "dottoressa, devo tornare a dire le cose che ho detto a lei?": più di una volta mi sono ritirata, nell'interesse del paziente. La psicoanalisi non aveva all'epoca grande concorrenza con altre psicoterapie, ma l'impostazione biologica (non ho mai messo in discussione l'utilità dei farmaci quando necessari) banalizzava le mie proposte. Se mi permettevo di segnalare qualche modesto miglioramento, mi si guardava con sufficienza. Se il paziente veniva ricoverato per scelta univoca del medico, nessuno mi informava.

Il quel periodo il reparto di pediatria e i reparti di medicina chiedevano assai spesso la mia consulenza e venivo trattata con stima, ma ero una collega esterna, che non disturbava la dinamica del reparto.

Racconto queste esperienze, perché, a differenza della NPI, mi pare che tra psicologi e psichiatri in psichiatria la collaborazione sia veramente ardua, se non talora impossibile. Posso riconoscere che

la preparazione del medico sia più approfondita, che il medico possa avere maggiori responsabilità legali, ma anche gli psicologi possono imparare e hanno quanto meno una responsabilità morale.

Per varie ragioni cercai il trasferimento in un altro servizio dove conclusi la mia carriera. Lì le cose andarono meglio, il primario era ed è tuttora una psicoanalista, ma ugualmente la collaborazione non fu sempre facile. Per esempio io ritengo che un adolescente, un giovane, che chiede una consultazione, vada visto in prima battuta da uno psicologo, perché si spaventa meno, proprio in quell'età in cui un adolescente ha tanta paura che qualcosa non funzioni nella sua mente. Ciò non esclude che possa essere motivato successivamente alla visita psichiatrica, se necessario; ma una questione a mio avviso così semplice, non veniva capita dal primario. A me pareva anche che si dovessero scegliere orari in tarda serata, quando è meno facile incontrare pazienti anziani, cronici, che possono far temere al giovane che questo sia il futuro che rischia.

Per quel che conta la mia esperienza, è essenziale con un giovane al primo ricovero intervenire subito con psicoterapia, aiuto ai genitori, assistenza psichiatrica: qualche volta, e forse più di qualche volta, intervenire all'esordio cambia il futuro del giovane.

E utile in genere che possano esserci più operatori di riferimento, ma non tutto il servizio, p.es. 70 operatori (mi sembra un po' confusivo). Un paziente psichiatrico con il tempo stabilisce un rapporto di fiducia con chi lo cura, che diventa il depositario di nuclei primitivi: può peggiorare, potrà poi anche migliorare, il suo terapeuta lo sa e ne conserva la fede al posto suo (un po' scherzosamente, ma convinta, penso che prendersi cura di uno psicotico grave sia per sempre "finché morte non ci separi", o il pensionamento, o il trasferimento, ma sappiamo quanto questo sia spesso drammatico). Non intervengo nel dibattito se la psicoanalisi o la terapia psicoanalitica possano essere una cura che si svolge nei servizi psichiatrici, io ho sempre cercato di farlo, con i pazienti gravi giovani e con meno gravi, convinta che chi soffre psichicamente ha diritto di cura psicoterapica seria da parte del SSN.

Certamente la psicoanalisi aiuta i curanti a capire, a dare un significato a ciò che succede, a lavorare meglio, ma di questo ha già ampiamente parlato chi è intervenuto.

9 Luglio 2012

Psicoanalisi nei servizi e training psicoanalitico

Riccardo Lombardi

Il titolo dell'intervento di Ferruta mi sembra evocativo: un treno che gli psicoanalisti non possono perdere. Sollecitato da questa, come da altre riflessioni di questo dibattito, vorrei brevemente considerare le possibili connessioni tra il lavoro psicoanalitico nei servizi e la formazione psicoanalitica.

Allo stato attuale i vincoli statuari che richiedono per l'esame di associatura due pazienti a quattro sedute – spesso e volentieri non della fascia grave – pongono una seria incompatibilità con il lavoro psicoanalitico nei servizi sanitari nazionali. E dico non casualmente 'a quattro sedute', visto che mi sembra risultare non chiaro - dopo la fine della sperimentazione a tre sedute - se sia attualmente possibile accettare casi a tre sedute per il training.

Insegnando al primo anno della Prima Sezione Romana ho spesso incontrato materiale clinico di grande interesse ed originalità portato da quei candidati che lavorano nei servizi pubblici di salute mentale: inoltre quello che colpisce è l'entusiasmo di questi giovani colleghi che utilizzano la psicoanalisi per gestire situazioni cliniche di grande complessità, sviluppando esperienze molto istruttive e di grande valore formativo. Andando avanti nel Training questo entusiasmo sembra, però, soggetto ad attenuarsi sino ad estinguersi. Un dato questo che – alla luce del 'non perdere il treno della psicoanalisi nei servizi' - sembra molto allarmante!

Potremmo chiederci che ruolo giochi l'attuale concezione del Training a condizionare questa diminuzione di entusiasmo e se le variazioni del setting che si incontrano nei servizi non rischiano di essere equivocate come un allontanamento dai parametri psicoanalitici. Una certa lettura 'ortodossa' del setting può portare ad una sorta di sua ontologizzazione, lì dove invece questo – ovvero il setting - potrebbe esser visto come una variabile della coppia analitica, che è una funzione spaziotemporale delle capacità di contenimento e continuità che si riescono a costruire nel corso dell'analisi: una situazione in cui il valore psicoanalitico è più funzione del beneficio terapeutico – ovvero di un fattore pragmatico- che non di un mero assunto teorico.

A questo punto sarebbe da chiedersi se non si possa pensare di allargare, senza troppo tardare, le maglie di selezione dei casi per il training in modo da far posto a casi selezionati di pazienti seguiti nei servizi. Questo potrebbe - o forse dovrebbe - implicare anche un incremento di flessibilità rispetto alle richieste canoniche delle quattro sedute sul lettino.

La presentazione di un caso grave seguito nei servizi potrebbe allora configurarsi come una valida alternativa ai classici casi di nevrosi, insieme a quanto si va sempre più profilando per la psicoanalisi di bambini, adolescenti e psicotici seguiti nella consultazione privata.

Se i servizi sono 'un treno da non perdere' sarebbe giusto che la psicoanalisi ci faccia in conti con tutta l'applicazione di studio ed il rigore osservativo con cui siamo soliti applicare il nostro strumento nei casi di training: rigore che dovrebbe mai essere disgiunto da quel margine di flessibilità che richiede la realtà.

La possibilità di includere il lavoro psicoanalitico nei servizi nell'iter del training avrebbe anche il senso di restituire piena legittimità psicoanalitica ad un tipo di lavoro che rischia di essere sempre visto in senso riduttivo, ovvero come un lavoro di seconda qualità rispetto a quanto si realizza nella psicoanalisi 'classica' – e questo malgrado i gruppi di studio e di ricerca che si possano mettere in piedi a riguardo.

Il grave rischio è che tante energie vadano perse e che tanto entusiasmo vada sciupato, a vantaggio di un rafforzamento di certe penalizzanti dinamiche di vergogna, per cui chi fa lavoro di frontiera con i pazienti gravi deve nascondere la sua reale esperienza solo perché non corrisponde ad una certa immagine ufficiale della psicoanalisi.

Da questo punto di vista mi sembra non da sottovalutare la delusione che Campoli tempo fa segnalava rispetto alla partecipazione globale a questo dibattito. Tra l'altro si è parlato poco e niente di clinica durante questo dibattito web, in un contesto dove la psicoanalisi nei servizi può offrire materiale straordinario – come tra l'altro mostra anche il recente libro di Alessandra Lemma (2010), dove le storie dei pazienti seguiti nel National Health Service sono le più feconde per pensare la psicoanalisi in una chiave attuale.

In un'epoca di scomparsa della cadenza a quattro sedute la valorizzazione del lavoro psicoanalitico nei servizi durante gli anni della formazione potrebbe avere il merito di avvicinare la psicoanalisi alla realtà fattuale.

9 luglio 2012

Psicoanalisi e Servizi: brevi riflessioni sui processi di cura e sull'organizzazione dei Servizi

Alessandro Antonucci

Lavorare all'interno dei Servizi di Salute Mentale significa, anche, divenire consapevoli di trovarsi in un luogo che spesso accompagna un paziente e la sua famiglia per così tanti anni che di per sé è un'intera esistenza. Significa vivere sulla e attraverso la propria pelle un contatto così intimo con il mondo interno ed esterno di un paziente che nessuna altra scienza medica ha nel suo bagaglio.

Rimango sempre più convinto che per riuscire a mantenere negli anni un accettabile equilibrio mentale, un operatore deve avere potuto individuare e mettere a fuoco al suo interno un assetto, che sia di lavoro e di autocura allo stesso tempo; la “via regia” a questo assetto è l’analisi personale che permette di avere a disposizione una ricca e vasta gamma di pensieri ed emozioni derivati dall’analisi della propria vita vissuta. Tutti i giorni mi accade di ritrovarmi con fatica a rimettere in discussione non solo modelli di cura o teorie di riferimento se non schemi organizzativi del CSM che coordino, quanto e soprattutto valori, convinzioni, giudizi etici, stili di vita e relazionali; tanto potenti e coinvolgenti sono gli stimoli e le sollecitazioni che derivano dai nostri pazienti.

A rendere questo quadro già delicatissimo ancora più complesso e a rischio di scopenso è la disastrosa carenza di risorse di personale dei DSM che determina un carico di lavoro pro operatore non tanto ai limiti della sostenibilità, quanto della pensabilità; diviene cioè quasi automatico “scivolare via” e ritrovarsi a lavorare con modalità difensive, oggettivanti in cui, come diceva Ogden, “non si è più almeno in due menti a poter pensare i pensieri più disturbanti di un individuo”. Il rischio reale è che l’operatore si ritrovi ad abbandonare difensivamente il campo psichico mettendosi in un assunto di base che qualcun altro (il gruppo, la società, il mondo) ci penserà ad aiutare e in quale modo quel determinato paziente.

La psicoanalisi è la teoria di riferimento che consente ad un operatore, anche in situazioni difficili, di disporsi a considerare i pensieri e le emozioni portate da un paziente non come oggetti “contendenti”, ma come stimoli nuovi a poter ancora pensare, per arrivare a chiedersi quali sono i pensieri così disturbanti (“l’impensabile”) che il paziente chiede di essere aiutato a pensare. Questo significa poter mantenere viva dentro di sé la possibilità di stupirsi e di meravigliarsi di opportunità trasformative che forse sembrava impossibile che si manifestassero all’interno della relazione terapeutica. In tal senso ritengo che la teoria psicoanalitica, quando è presente in un servizio, rappresenti il baluardo al suo discioglimento in un fare improduttivo e non pensato o al suo abbandonarsi di fronte a gravi crisi organizzative e strutturali. A tal proposito ricordiamoci che le condizioni logistiche e strutturali dei Servizi del Sud Italia è cosa ben diversa dalla situazione del Centro-Nord.

Un altro elemento di riflessione che mi sembra importante riguarda il tipo di patologia giovanile che sempre di più si rivolge ai Servizi. Si tratta di giovani che si caratterizzano per non avere “né arte e né parte”, per non avere un autentico contatto con i propri pensieri, desideri e tantomeno emozioni e che vivono in modo istintivo stati d’animo di depressione o eccitamento maniforme a cui non sanno dare alcun significato se non quello della sofferenza.

Vivono a letto, davanti alla televisione, aiutati da sostanze stupefacenti di varia tossicità, o si sostengono con atteggiamenti arroganti, sprezzanti di qualsiasi tipo di conseguenza, anche ai limiti della delinquenza conclamata. È mia maturata esperienza che in questi casi così difficili e complessi sul piano del funzionamento della mente l’unica chance terapeutica riguarda la possibilità di riattraversare insieme delle “terre” attraverso cui è obbligatorio passare affinché una cura e, una possibile guarigione siano possibili. Mi riferisco alle aree del coraggio di vivere, della creatività, della vitalità e dell’autenticità, nel senso di essere aderenti alla propria verità.

“Il cercare, nel senso più profondo del termine, può venire da un funzionario sconnesso, informe, da un giocare rudimentale, come se avesse luogo intanto in una zona neutra... che è anche il rapporto con il terapeuta.. E’ in questo stato non integrato della personalità che ciò che noi descriviamo come creativo può comparire. Ed è allora che questo, se rispecchiato, non osservato o cognitivamente capito, ma appunto rispecchiato, diventa parte di una personalità individuale organizzata; e questo alla fine fa sì che l’individuo si sia ritrovato e lo rende capace di postulare l’esistenza del sé” (Winnicott, 1971).

Affinché un percorso di questo tipo possa compiersi insieme al paziente non si può prescindere da quegli strumenti di lavoro che la tecnica e la cultura psicoanalitica hanno messo a disposizione di tantissimi operatori in tutto questo secolo, il transfert e il controtransfert ne possono essere autorizzati rappresentanti. Così, anche senza che un operatore dovesse divenire psicoanalista, ma spesso arricchito da un’analisi personale, la psicoanalisi ha potuto tracciare la rotta verso modelli di

cura efficaci e anche nuovi; a questo proposito penso all'immensa ricchezza terapeutica dei gruppi di psicoanalisi Multifamiliare che oggi sono in piedi in moltissimi Servizi.

Ma con pazienti che spesso "nella cultura dei Servizi" di denominano "gravi" può non essere sufficiente la relazione terapeutica che si instaura nella stanza dell'operatore. Piuttosto in questi casi potrebbe essere necessario accompagnare quell'utente anche in un percorso di gruppo, di psicoanalisi multifamiliare, o di tipo residenziale comunitario, e/o presso un centro diurno e/o di riabilitazione diffusa, senza attendersi che cambiato il luogo si cambi tout court il modello di intervento e di relazione terapeutica, anche se questo lavoro dovesse richiedere un impegno costante di qualche anno. A mio parere questa impostazione, che ha alla base modelli psicoanalitici, come la possibilità di costruire una coscienza simbolica condivisa, permette di ristrutturare il concetto di rete dei Servizi e del loro funzionamento come un'unica mente ampliata. L'idea è che il paziente nell'attraversare realmente contesti di vita e di cura differenti e nel costruire relazioni terapeutiche importanti con un gruppo vario di operatori, al cui interno rimane, come figura significativa, il suo primo terapeuta, possa confrontarsi con un assetto contenitore-contenuto che faciliti l'acquisizione progressiva di aree di consapevolezza e quindi di auto-cura. Intendo che nel caso di pazienti che presentano un disagio mentale grave il modello terapeutico che attualmente mi convince maggiormente prevede che l'intervento si svolga nei servizi pubblici che hanno a disposizione diverse strutture in cui permettere percorsi terapeutici che permettano l'espansione della coscienza nel campo del senso, del mito e della passione come descritto da Bion (1963) e poi ripreso con chiarezza da De Toffoli (2002).

Infine vorrei tornare su un aspetto che a lungo è stato dibattuto, la presenza del lettino nella stanza di uno "psicoanalista al Servizio", per riprendere il titolo di un libro molto ricco di riflessioni (Bonfiglio 1999). Non penso assolutamente che la psicoanalisi debba passare solo attraverso il lettino, ma spesso sottovalutiamo la forza trasformativa di un certo assetto di cui ci si priva nei Servizi forse con troppa facilità, con buona pace dei ritmi di lavoro forsennati e del carico di pazienti spesso asfissiante. Inoltre in un'epoca in cui si assiste allo smantellamento dei servizi sanitari pubblici nel loro complesso il lettino è per me, ma spero per tutti come la foto del presidente della repubblica: qui alberga il pensiero, qui è possibile cambiare.

9 luglio 2012

Abbiamo le forze

Antonello Correale

Mi sembra che la seconda parte del dibattito su psicoanalisi e servizi abbia mostrato una forza e una chiarezza molto importanti.

Gli psicoanalisti che lavorano nei servizi sono tanti, hanno idee, hanno esperienza e più ancora molto desiderio di testimoniare il loro lavoro e il modo con cui attraverso di loro la psicoanalisi si è mostrata nei servizi.

La ricchezza e passione di queste testimonianze mi fa pensare che esista in noi la possibilità, non solo di contrastare la deriva comportamentistica che sta minacciando i servizi, ma che sia possibile addirittura assumere un atteggiamento propositivo sul che fare.

Forse una certa attitudine "difensiva" deriva allora più da un senso di solitudine e di mancanza di collegamenti che da altro. E' probabile che se studiassimo forme di maggiore collegamento e connessione tra psicoanalisti che lavorano nei servizi, una certa attitudine di stanchezza e scoraggiamento verrebbe per lo meno fortemente alleviata.

Mi sento quindi fortemente incoraggiato a riproporre alcune possibilità operative, che, pur nascendo dal cuore di un atteggiamento psicoanalitico, possono avere importanti ripercussioni sul lavoro concreto e sulla organizzazione.

1) il transfert. La potenza di un rapporto personalizzato e continuativo tra un operatore e un paziente non deve mai essere sottovalutata. Il transfert non è soltanto presenza di un contenitore, termine che, se preso in modo troppo letterale, si presta a una visione eccessivamente spaziale e meccanica, ma un potente attivatore di affetti e speranze. Un uso corretto del transfert o dei transfert, quando vadano valutati su più di una figura, può far risparmiare ricoveri e comunità, oltre che offrire la possibilità di un immenso arricchimento culturale e scientifico. Purtroppo una certa percentuale di ricoveri e invii a strutture comunitarie deriva da un non attento uso del transfert tra pazienti e operatori.

2) i piccoli gruppi. Le patologie gravi, come borderline e doppie diagnosi, possono avvantaggiarsi di piccoli gruppi multiprofessionali di operatori con una comune formazione psicodinamica e coordinati da un coordinatore della stessa formazione.

Tali gruppi ad hoc devono a mio parere godere di ampia autonomia nei confronti del servizio di appartenenza, ma mantenere forme di collegamento, che è urgente cominciare a studiare. Questo tipo di attività ambulatoriale farebbe certamente diminuire il numero di ricoveri e invii in comunità e costituirebbe un'esperienza preziosissima per tutti.

3) la traduzione. Bisogna imparare a parlare di psicoanalisi a persone che non la conoscono, usando un linguaggio ricco e umano sul piano affettivo, esperienziale ed esistenziale. I servizi sono affamati di un linguaggio di questo tipo e si colgono segni crescenti di stanchezza e insofferenza per linguaggi troppo standardizzati e burocratici.

4) la Società deve offrire agli psicoanalisti che lavorano nei servizi spazi di collegamento e integrazione in forme che vanno studiate attentamente. Alcuni colleghi hanno molto opportunamente insistito sull'idea che casi gravi seguiti nei servizi possano essere discussi negli itinerari formativi interni alla Società.

Insomma abbiamo le forze! Dobbiamo solo acquistare più convinzione e attitudini propositive attraverso un maggior collegamento e confronto tra di noi.

10 luglio 2012

L'esperienza Basagliana a Trieste.

Ettore Jogan

Mi inserisco brevemente nel dibattito sul rapporto psichiatria-psicoanalisi portando la testimonianza della mia esperienza nei servizi psichiatrici di Trieste con Basaglia (dal 1973 al 1986), visto che è stato citato da alcuni come riformatore della psichiatria in Italia.

E' vero che il movimento di psichiatria alternativa da lui promosso ha portato ad una notevole democratizzazione della vita istituzionale negli ambienti psichiatrici dando voce e dignità a numerose persone che nei vecchi manicomi venivano distrutte come esseri umani e ridotte a semplici numeri privi di identità. E' stato molto acuto nell'evidenziare le complesse dinamiche a livello sociale che portavano all'esclusione, all'emarginazione e all'isolamento delle persone che in qualche modo rappresentavano un elemento di disturbo per un certo ordine sociale. Ha evidenziato pure i meccanismi di potere che erano chiamati a svolgere questo ruolo di controllo sociale, di cui noi psichiatri eravamo inconsapevolmente complici (definiti come "funzionari di consenso"). Ha proposto una continua analisi di questi meccanismi, un lavoro intenso su queste dinamiche e un rifiuto, da parte degli psichiatri, di questa delega del controllo sociale. Contemporaneamente si doveva lavorare per riabilitare e integrare i malati mentali nella micro- e macrosocietà (famiglia, posti di lavoro, ed altro). A quei tempi ero ancora in formazione come analista, per cui l'analisi sociale di Basaglia mi sembrava un buon completamento dell'analisi individuale che stavo apprendendo.

Purtroppo l'integrazione fra l'approccio sociogenetico Basagliano alla malattia mentale e l'approccio psicodinamico analitico non fu possibile, nonostante alcuni nostri timidi tentativi al riguardo (fatti con il collega Fonda, pure lui allora in formazione analitica). Il movimento Basagliano si trasformò ben presto in un rigido sistema ideologico che non ammetteva altri approcci e altri contributi. Si combatteva aprioristicamente ogni pratica che operava con tecniche codificate. La pratica medica veniva combattuta perché si era resa complice del regime repressivo sui malati nei manicomi, la pratica psicoanalitica veniva attaccata come espressione dell'individualismo borghese che era funzionale forse nell'ambito della stessa classe di provenienza, ma priva di significato sociale più ampio. Pur ammettendo che certe riflessioni critiche sui vari approcci erano giustificate, mi era difficile accettare il radicalismo ideologico che il movimento Basagliano stava assumendo. Il disagio psichico veniva interpretato esclusivamente in termini di conflitti sociali (famiglia e società più ampia), negando l'esistenza del mondo interno e tutta la problematica intrapsichica che ciascun essere umano si porta appresso. Carloni in modo ironico si esprimeva a questo proposito affermando che stava emergendo una psicologia "di superficie" rispetto alla psicologia "del profondo".

Ad un certo punto, saturo della esperienza Basagliana, mi ritirai dai servizi pubblici come psichiatra e iniziai a collaborare (in qualità di consulente o supervisore psicoanalista) con vari servizi pubblici nella Regione Friuli Venezia Giulia e in Slovenia. Ho cercato di diffondere la cultura psicoanalitica in senso più ampio fra i colleghi e il personale paramedico dei vari servizi, appoggiandomi alla concezione di Gabbard della "psichiatria psicodinamica". In varie sedi ho avuto più possibilità di integrare i vari approcci che la mia formazione di psichiatra e di psicoanalista mi ha indicato: l'approccio medico biologico, l'approccio psicoanalitico e l'approccio sociologico. Il grosso impegno nell'affrontare le patologie gravi in psichiatria richiede approcci polivalenti che rappresentano un sostegno cognitivo e affettivo per l'operatore che deve confrontarsi quotidianamente con le situazioni esistenziali e problematiche psicopatologiche molto gravi e gli danno degli strumenti più ricchi per offrire risposte più articolate all'utente. Soltanto un aggiornamento e un arricchimento professionale continuo sviluppato in più direzioni può proteggere l'operatore dal fenomeno del burn-out e dare un senso costruttivo al suo lavoro. Facendo ancora riferimento alla mia esperienza che comprende il passaggio dalla psichiatria tradizionale di tipo medico, a quella alternativa Basagliana e poi all'approccio psicoanalitico, io privilegio oggi l'approccio analitico, pur non disdegnando gli altri, perché mi sembra tuttora il più esaustivo e il più ricco di strumenti umani e tecnici nell'avvicinare l'intimo vissuto delle persone, inclusi i pazienti psichiatrici gravi. Mi sembra necessario mantenere comunque un atteggiamento aperto e polivalente che assicura l'osservazione dei fenomeni da vari vertici e punti di vista e che tutela gli operatori a non chiudersi in un singolo sistema scientifico di appartenenza che è una trappola in agguato per tutti noi, se non abbiamo il continuo confronto con sistemi di riferimento diversificati. Dallo sviluppo del movimento Basagliano ho appreso una situazione paradossale: il movimento partiva da una contestazione globale di schemi convenzionali, pregiudizi, sistemi repressivi (sul manicomio di Trieste veniva ripetuta la scritta "la libertà è terapeutica") ecc. e poi, essendo diventato autoreferenziale, lo stesso movimento diventò rigidamente ideologico, intollerante ed esclusivo.

10 luglio 2012

Il setting interno degli psicoanalisti nei servizi

Stefano Bolognini

Ho seguito con particolare interesse questo dibattito, gestito con grande efficacia dal coordinatore Carnaroli e dai curatori Campoli e Correale.

Vi ho visto impegnati colleghi che conosco bene e dei quali apprezzo da anni la competenza e la sincera passione in questo campo; ed altri che conosco meno, con la sensazione confortante – e in parte anche sorprendente – che gli psicoanalisti impegnati a qualche titolo (come operatori stabili o come consulenti) nella psichiatria istituzionale siano a tutt’oggi più numerosi di quanto si creda comunemente.

Sono assolutamente d’accordo con i colleghi SPI che ritengono fondamentale il rapporto con la psichiatria e concordo con la visione propositiva che alcuni (Campoli e Correale per primi) hanno suggerito con convinzione.

Appartengo a quella fascia di analisti che dalla psichiatria sono partiti, che in essa si sono formati (io vi ho lavorato per sette anni in vari tipi di istituzioni: Ospedale Psichiatrico, Reparto di Diagnosi e cura, Centro Psicoterapico con Ospedale di Giorno, Ambulatorio territoriale) e che con essa hanno mantenuto un rapporto costante di supervisione alle *équipes*, nel caso mio per più di venticinque anni; una storia che mi accomuna a colleghi di ogni parte d’Italia.

Credo di poter dire, sempre come molti di noi, che sarei stato un analista profondamente diverso se non avessi maturato sul campo quelle esperienze nei servizi pubblici, se non avessi lavorato coi colleghi psichiatri, con gli psicologi e con tutto il personale infermieristico; se non avessi contattato quegli stati del Sé devastati e quei livelli regressivi e scardinati della vita mentale che solo in psichiatria possono essere realmente sperimentati e seguiti dal vero e da vicino.

Credo però di poter anche dire che la psichiatria di oggi, pur con tutte le sue difficoltà organizzative, culturali e politiche, non sarebbe quella che è, su larga parte del territorio nazionale, se non avesse a sua volta incontrato il pensiero psicoanalitico e soprattutto il modo di essere e di lavorare istituzionale degli psicoanalisti: anche negli ambiti più ostili e ideologicamente più contrari, così come nei Servizi più strutturati in senso integralisticamente farmacologico, una inevitabile osmosi culturale si è pur prodotta negli ultimi decenni, e mi sembra che qualcosa di implicitamente “post-analitico” sia comunque passato, con l’effetto di contribuire ad umanizzare le pratiche professionali e la visione delle cose, magari in modo non riconosciuto.

Ciò detto, non mi sento peraltro di minimizzare il disagio espresso da quanti lavorano oggi in psichiatria, o di qualificarlo come semplice pessimismo; e non posso non segnalare che al momento presente la politica dei tagli alla spesa sta penalizzando seriamente e in modo mirato proprio quel contributo specifico che da molti anni veniva richiesto dalla psichiatria agli psicoanalisti: la supervisione.

La supervisione è stata oggetto per decenni di un singolare regime di *understatement* istituzionale: richiesta e praticata in quasi tutte le aree psichiatriche italiane, è stata relativamente poco riconosciuta e pubblicizzata a livello politico, quasi costituisse un *affair* privato tra operatori e consulente esterno che in certi casi veniva concesso sottobanco, pur se ufficializzata da documenti e pagamenti; una specie di lusso concesso agli operatori come “un di più”, in fondo non necessario.

Quanto le supervisioni abbiano contribuito, in tutti questi anni, a rendere più vivibili gli ambienti psichiatrici, a tenere psichicamente vivi e sensibili gli operatori, a riaprire prospettive e ad abbassare i livelli di tensione e di incomprensibilità di tanti pazienti, questo lo sanno bene tutti coloro che si

sono seduti insieme in una stanza per parlare costruttivamente di lavoro clinico, con periodicità e con pazienza, risuonando insieme ai racconti e ai pensieri più o meno sostenibili o disorganizzati condivisi nei gruppi di lavoro.

La psicoanalisi, ovviamente, non ha mai preteso di lavorare nelle istituzioni coi lettini e con il *setting* tradizionale, come alcune voci polemiche grossolane e caricaturali hanno talvolta insinuato; ma ha lavorato (e molto) con il *setting* interno degli analisti, messo al servizio di chi con sincerità ne chiedeva il contributo.

In un regime nazionale di vacche magre come quello presente, nel quale si lesina sulle sale chirurgiche e sui medicinali di base, dobbiamo prepararci al rischio che anche le supervisioni alle *équipes* subiscano ulteriori tagli; né vorrei ridurre a questo dato storico attuale, beninteso, o alla sola supervisione, la descrizione dei problemi relativi alla connessione tra psicoanalisi e psichiatria, che sono ben più ampi e complessi.

Sono in ballo problemi e tensioni più sostanziali, quali la disponibilità sociale e dei tecnici a riconoscere, tollerare ed elaborare il dolore psichico; a rispettare con umanità le incapacità dei singoli e delle famiglie; ad assumersi la responsabilità di relazioni di cura a lungo termine e di interdipendenze molto spesso pesanti da sopportare nel tempo.

Però volevo mettere in evidenza questo capitolo specifico, che deve restare comunque nella nostra mente e nella nostra cultura societaria come una delle attività più importanti e preziose di raccordo tra queste due aree così inevitabilmente interconnesse.

10 luglio 2012

Linguaggio ordinario e fragilità mentale

Luigi Boccanegra

Mi limito a sottolineare un punto, perché lo ritrovo sullo sfondo di molti dei contributi che sono stati inviati in queste settimane, a proposito di “Psicoanalisi e Servizi”. Mi riferisco limitatamente a chi continua a mantenere il binomio “psicoanalisi-psichiatria” come punto di riferimento del proprio assetto professionale.

Anche nel suo intervento di ieri, Antonello Correale si sofferma sull'attenzione da riservare al linguaggio e alla traduzione. Credo si riferisca al ruolo del “linguaggio ordinario” (Wittgenstein, in Schulte, 2012) nelle pratiche specialistiche, cioè all'importanza di portare in superficie il “lessico di guardiola”, cioè il gioco linguistico che fa da sfondo alle pratiche, siano esse psicoanalitiche o psichiatriche, sottraendole ai rispettivi virtuosismi. Si tratta di un'evidenza che spesso non trova, soprattutto in noi stessi, il coraggio di essere considerata ed esplicitata adeguatamente, per cui lo ringrazio.

Mi riferisco all'evidenza clinica che parlando con alcuni colleghi certi pazienti diventino più comprensibili e che invece parlandone con altri ci si trovi ad essere d'accordo sul piano formale dei termini usati, ma non scatti niente sul piano intuitivo a proposito della linea C della Griglia (Bion, 1973), cioè sul piano del “pensare per immagini”(come lo definisce la bella monografia con questo titolo, curata da A. Ferruta, 2005).

Quello che caratterizza se vogliamo il DNA dei colleghi che, come me, cercano di mantenersi sul crinale tra le due discipline, è che da un lato si è esercitati a non escludere che un dirimpettaio possa essere un utile interlocutore, mentre dall'altra qualsiasi accenno fatto a questa risorsa, dai colleghi psicoanalisti viene considerato di derivazione ideologica, cioè populistico.

Questa differenza all'inizio dell'apprendistato di solito non c'è e si fa strada con gli anni, a seconda di come viene investito il linguaggio esclusivamente specialistico, dato che la necessità mette i

primi ad esplorare questa risorsa, mentre i secondi che sono un pò più al riparo, si trovano per esempio a non ascoltare più il linguaggio infermieristico, per cui è conseguente che pensino così.

Se invece i conduttori (psichiatri o psicologi o psicoanalisti) hanno avuto modo di lavorare clinicamente partendo dal “linguaggio ordinario” dei propri collaboratori o colleghi, la semiologia psicopatologica che esso comunemente contiene e che passa per lo più inosservata viene in primo piano e può essere valorizzata nei suoi caratteri discriminativi profondi.

Non solo, ma l'esercizio di partire ogni volta dal linguaggio ordinario permette di accorgersi meglio di come i fatti stessi osservati in seduta o durante una ricostruzione del caso clinico in gruppo, sia molto difficile non dico esprimerli ma anche solo ricordarli in un altro contesto, perché è raro che vengano in mente spontaneamente, se il lessico del contesto in cui ci troviamo è troppo diverso da quello in cui li abbiamo incrociati e registrati.

Provo a fare due esempi: quanti anni impiega ciascuno di noi a rispondere in modo che sembri più adeguato ad un nipote che chiede che tipo di lavoro facciamo?

Dopo tanti anni io mi ritrovo a dire, per esempio:

“studio gli stati d'animo delle persone, perché dagli stati d'animo nascono i pensieri”,

oppure: “sai, in certi momenti le persone si trovano ad essere più sole di quello che credevano”,

oppure ancora: “sai, per noi psicoanalisti, sono quasi egualmente importanti le persone e le cose che ci sono e quelle che non ci sono più, o che non ci sono ancora”.

Ho notato che la perplessità crescente che di solito si suscita in questi casi, è minore dell'incomprensione che deriva da qualsiasi altra risposta che faccia riferimento al nome di una data disciplina (psichiatria, psicoanalisi, psicologia, psicoterapia).

E così di un paziente conosciuto in Ospedale psichiatrico e che rivedo spesso per strada a Rialto: quanto tempo ho impiegato per salutarlo con spontaneità? Mi sorprende a verificare quale distanza c'era nel mio modo di guardarlo allora con interesse specialistico, e il fatto di riconoscerlo adesso come una persona che è ancora qua, dopo tanti anni, ancora fedele alla sua stereotipia, ma non solo a quella, anche se io non so ancora a che cosa. Ma una cosa sì è cambiata per me: questo non saperlo, ora non costituisce più motivo come allora di una distanza.

La mia impressione è che la convinzione che si acuisce con gli anni di considerare la fragilità mentale l'elemento che ci accomuna più profondamente come esseri umani, indipendentemente dal tipo di preparazione, permette di essere più tolleranti nei confronti di noi stessi, quando constatiamo di quante differenze abbiamo avuto bisogno durante il nostro apprendistato per difenderci e per definirci, e di come esse siano state importanti proprio perché ora siamo in grado di accorgerci di come alcune siano diventate inutili.

A proposito di linguaggio, anche A. G. Gargani, lo studioso di L. Wittgenstein che insegnò per molti anni a Pisa e che la SPI onorò con il Premio Musatti, quando incontrava degli psicoanalisti (Resnik, 2010), diceva che secondo le ricerche del filosofo austriaco “le idee sono relazioni tra persone”, confermando l'indicazione della Griglia (Bion, 1963), quando pone in successione, lungo l'asse verticale delle personificazioni della linea C, le preconcezioni della linea D.

Gargani riteneva infatti che il lessico analitico si presti a delle generalizzazioni, e quindi ad un uso non sufficientemente circostanziato del linguaggio. In questi casi citava Kafka, che ad un giovane scrittore cecoslovacco, che gli chiedeva dei consigli a proposito del linguaggio diceva: “noi possediamo l'uso del vocabolo, un uso formale della parola. Ma abbiamo perso la sensazione interna della parola”, sensazione che forse l'esperienza estetica sarebbe l'unica a riconsegnarci.

Ricordo che durante un incontro con i componenti della Commissione delle “Patologie Gravi” (condotta da A. Correale e L. Rinaldi), la psicoanalista milanese Mina Arrigoni, reagendo all'insistenza di un collega che, come un agente farmaceutico, ripeteva per l'ennesima volta il termine “oggetto-sé”, ripercorse in pochi istanti decenni di storia della psicoanalisi, non solo italiana. Disse che agli inizi della sua carriera sentiva parlare solo del binomio pulsione/difesa, poi solo di relazione oggettuale, poi di simbiosi e poi ad un certo punto sempre ed ovunque di oggetto transizionale, di identificazione proiettiva, di funzione alfa e ora, diceva, di oggetto-sé....provando

sempre la stessa sensazione spiacevole sulle sue gambe, come se le parole pronunciate fossero delle calze appiccicaticce.

Dall'altra parte, ricordo che all'ultimo Congresso Italiano di Psichiatria, organizzato dai colleghi psichiatri della Società Veneta di Psichiatria (Cappellari - Favaretto) alla Fondazione G. Cini, quando Correale esprime la sua convinzione che qualcuno dovesse fare da referente per il paziente al di là del lavoro di raccolta dei frammenti che l'intera equipe deve pur compiere, vi furono subito dei cattedratici che proposero di fare una "Scuola per Referenti".

Secondo me, quella di cui stiamo discutendo è anche una difficoltà strutturale e quindi non addebitabile solo alle difficoltà organizzative della SPI o dei Servizi psichiatrici, pubblici o privati che siano, è il segno piuttosto del crinale impossibile su cui ci siamo attestati e dell'incompiutezza che esso comporta, dato che per quanto si sia animati a comporre le dissonanze coltivando un comparativismo costruttivo, rimane sempre dell'incomparabile (Detienne, 2000) e (Ricoeur, 2001).

Lo so che definire la difficoltà di linguaggio in termini strutturali suona pessimistico, però anche conforta perché vuol dire che "ci troviamo nella stessa barca", e che solo il futuro ci permetterà di vedere le cose diversamente: non rimuovendo formalmente i paletti, ma perché la vita ci porterà a fare delle esperienze ulteriori alla luce delle quali, quelle differenze iniziali ci appariranno al tempo stesso sacrosante ed eccessive. Qualcos'altro che ancora non ci era accaduto ci permetterà di constatare che non era poi necessario sottolineare quelle date differenze che ci sembravano allora irrinunciabili, e al tempo stesso che non erano poi quelle date somiglianze che avremmo dovuto temere, perché ce n'erano altre ben più temibili se ce ne fossimo resi conto prima.

Non c'è modo di velocizzare questo percorso, si tratta di restare fedeli sul crinale (tra psichiatria e psicoanalisi) per più tempo di quello che forse si sperava, tenendo presente però che, se si incontra qualche compagno di banco, può risultare anche meno di quanto si temeva.

Ma il più delle volte scegliere il crinale non fa parte dei tragitti prestabiliti, sono ambiti di ricerca in cui la motivazione personale è più determinante rispetto a quanto avviene in altri settori più consoni ai riconoscimenti ufficiali. Per questo ha senso un libro come quello recente di Rossi Monti e Francesca Cangiotti (2012), sui "Maestri senza cattedra" (ed. Antigone, Torino).

Nel libro c'è un'intervista a Giovanni Gozzetti (citato da Cosima De Giorgi nel nostro dibattito), dove si ritrova quella sintonia unica che riescono a raggiungere profondità e semplicità quando sono coniugate insieme, nella clinica e nella vita.

10 luglio 2012

A proposito di Basaglia

Mario Perini e Fabrizio Gambini

Cari colleghi,

spero che il mio non sia sentito come un gesto arbitrario o un uovo fuori dal cesto, ma vorrei condividere con voi, nell'ultimo giorno del dibattito su "Psicoanalisi e servizi", lo scritto, a tratti toccante, di un amico psichiatra di Torino, che dirige un SPDC e che è anche un analista dell'Associazione Lacaniana Italiana, intorno a Basaglia e alla psichiatria contemporanea.

Cordialmente
Mario Perini

Fabrizio Gambini

Ciò che ci ha lasciato Franco Basaglia

Inutile girarci attorno. Anche se Franco Basaglia non era solo e le sue idee affondavano le loro radici in un humus comune che, ovviamente, era quello del tempo, non si può negare che la sua funzione sia stata quella di una boa: la psichiatria italiana prima di Basaglia e la psichiatria italiana dopo Basaglia. A mio modo, attorno a quella boa, anch'io ho fatto un giro. A Napoli, nel 1975, ho messo per la prima volta piede in un Ospedale Psichiatrico, da studente in Medicina, cercando e trovando lì il mio maestro, che non era Franco Basaglia bensì Sergio Piro, anche lui parte integrante di quel movimento che si è chiamato Psichiatria Democratica. Da allora la psichiatria è sempre rimasta al centro della mia attività di lavoro e di ricerca.

Oggi pongo la questione di cosa quei tempi ci abbiano lasciato. Non la pongo in modo astratto o celebrativo o critico, bensì come parte di un tentativo di trovare parole per parlare d'un presente che risulta in larga misura inafferrabile ai più, talmente sovradeterminato da schiacciare chiunque con il peso del suo prodursi indipendentemente dalla rappresentazione che se ne fa chi lo affronta. Penso sia comune alla stragrande maggioranza degli operatori del settore l'impressione di lavorare all'interno di un sistema le cui regole e il cui funzionamento sono stabiliti in un altrove che è di tutt'altro che facile collocazione. Certo l'Amministrazione funziona in uno scollamento dai Servizi che è impressionante e lì, a livello amministrativo, certamente qualcosa viene deciso, ma l'Amministrazione amministra secondo regole economiche e paletti che dipendono dall'Assessorato e anche lì, ovviamente, qualcosa si decide, ma c'è poi un Ministero che si fa interprete della situazione globale del Paese, la quale, a sua volta, certamente non consente grandi progetti di spesa; di questo si tiene il giusto conto, ma d'altronde è in fondo l'Europa che ci chiede un rigore del quale per un po' ci era forse sembrato di poter fare a meno e, se andate a chiedere all'Europa, vi sentirete dire che ciò che viene imposto non è imposto dalla parola o dall'idea di qualcuno, bensì dall'Economia. Allora, se vi riesce, andatevela a prendere con l'Economia quando, con un vostro paziente, non riuscite a fare nient'altro che offrirgli un colloquio ogni tre settimane o un ricovero in Casa di Cura. Il risultato è che un atto sanitario appare come forzato ad essere ciò che si trova ad essere e lo spazio dell'iniziativa personale degli operatori, o quello progettuale di un'équipe, o di un Dipartimento di Salute Mentale si trova ad essere ridotto al lumicino.

La cosa per me più inquietante è che questa situazione si trova a non essere poi così insopportabile ai più. Ce ne sono, di operatori, che scalpitano, si lamentano, cambiano posto di lavoro o cercano di farlo, ma ce ne sono che tirano dignitosamente la carretta aspettando di timbrare il cartellino per tornare a programmare le vacanze low-cost. Quelli che mancano sono operatori che si impegnano coerentemente, quotidianamente, sensatamente e, soprattutto, collettivamente, per tentare di modificare questo stato di cose. Ogni parola spesa fuori dai binari sembra rilevare di una forma personale di ingenuità se non francamente di una caratteropatìa.

È qui che mi è tornata in mente la lezione di Franco Basaglia. L'occasione è stata la presentazione recente di un bel libro (Leoni, 2011) e vorrei riprendere in questa sede, per articularli meglio, con la durezza e il rigore del linguaggio scritto, i concetti che mi è capitato di esporre.

Una prima nozione che ho trattenuto dal rapporto col pensiero complesso di Basaglia è stata l'idea che un contesto concreto, una congiuntura, l'articolazione di fatto dei grandi movimenti strutturali e della sovrastruttura attraverso la quale si manifestano e si mascherano, determina assieme, con un unico movimento, l'oggetto della psichiatria (diciamo, per capirsi, la forma concreta, che la follia assume) e il sapere di chi è supposto curarla o prendersene cura. Lo psichiatra e il suo paziente sono entrambi prodotti ignari della situazione che li esprime nella concretezza del loro incontrarsi. Chiunque abbia lavorato in un Ospedale Psichiatrico si rende conto di quanto questo sia stato profondamente vero e come l'istituzione determinasse curati e curanti nella loro reciproca interazione. È stata una riflessione di questo tipo che ha spinto Franz Fanon a rifiutare il suo ruolo di psichiatra nell'Algeria coloniale. In una situazione come quella dell'Algeria di allora, egli ha ritenuto di non potersi occupare della follia senza distaccarsi dalla funzione di curatore della follia in quanto determinata, come la forma stessa della follia, dalla politica coloniale della Francia. Ed è stata una riflessione di questo tipo che ha spinto Franco Basaglia a sostenere che non c'è psichiatria

nel manicomio e che l'incontro con la follia era, per noi tutti, da rimandarsi ad un momento in cui una follia "liberata" potesse esprimersi per essere finalmente conosciuta. In un suo libro, che ho molto amato, Sergio Piro parlava di tecniche della liberazione e la liberazione era di tutti, ovvero, per quanto mi riguarda, prima di tutto dello psichiatra.

Da allora molta acqua è passata sotto i ponti e quella posizione, che mi appariva chiara nei miei vent'anni, oggi mi appare in sé torbida e portatrice di un vizio di fondo. Il problema, diciamo così, è che, quando non è letteratura, la follia è necessariamente un'articolazione concreta che, per il fatto stesso di articolarsi nelle forme proprie di quel momento e di quella situazione, nasconde ciò che sarebbe l'eventuale essenza della follia. Ciò nonostante esiste un'essenza della follia e quando, come ci è successo di fare a fin di bene, neghiamo quest'essenza in nome della falsità della sua apparenza, neghiamo ai folli ogni possibilità di esercizio della libertà. In altre parole, avendo considerato la follia come il prodotto dell'istituzione, ci siamo trovati a fare i conti col fatto che cambiando l'istituzione, è cambiata la follia senza che però potessimo anche solo avvicinarsi al suo nucleo che è Altro e dunque in grado di riprodursi in forme nuove originate dallo stesso movimento sociale che determina le forme attuali della Psichiatria. A qualcuno può sembrare complicato, ma non lo è, è solo poco usuale da dire e da ascoltare. Basta esemplificare, credo, per rendersene conto. Di ricordi ce ne sono così tanti che è difficile sceglierne uno, allora ne costruisco uno che è la somma di molti e di molte pazienti con cui mi è successo di lavorare. Al suo ingresso in Ospedale psichiatrico era giovane, folle e irriducibile. Quando l'ho conosciuto aveva già una certa età e ormai sembrava spento, chiuso, sospettoso, delirante, mutacico e capace però di grandi, e apparentemente improvvisi, scoppi di aggressività. Nel lavoro fatto per il superamento dell'Ospedale Psichiatrico ha trovato il suo posto, ha scoperto una socialità fondata sulla presenza di un obiettivo comune a lui e ad altri, pazienti e operatori. Qualcosa nella proposta di questa nuova socialità ha sciolto il suo riserbo e lo ha spinto ad esserne protagonista. Lentamente, nel corso degli anni, fuori dall'Ospedale, ormai superato, il suo ruolo di protagonista è diventato però quello di testimonial, una specie di dolorosa mascotte di un tempo passato. Al posto di una scollatura o di una minigonna, per pubblicizzare il marchio di fabbrica di una psichiatria che già non c'era più, egli esibiva il proprio passato. Nel nuovo mondo, nel dopo Basaglia, nella psichiatria dei DSM, i suoi momenti di ritiro sono tornati ad essere depressione, i suoi incontenibili slanci vitali sono di nuovo diventati mania. E di questo è morto, di solitudine, della disperazione di non trovare niente attorno a sé se non uno sguardo "clinico" che, costruito dal mondo in cui viveva, tentava, di nuovo, di farlo rientrare nella categoria concettuale per lui preordinata.

A mio modo di vedere, questo è potuto succedere perché oggi abbiamo il dominio pressoché assoluto di una psichiatria evidence based, una psichiatria universitaria che tenta con sempre maggiore convinzione ed efficacia, di stringere il suo oggetto nelle maglie di un DSM ormai alla sua quinta edizione, e poi, da qualche altra parte, abbiamo oggetti, ovvero folli, individui concreti che vagano nei territori multiformi della marginalità sociale per i quali non c'è parola che li definisca, tossicofilia, tossicomania, alcolismo, delinquenza, caratteropatie, Disturbi di Personalità, psicosi fuori crisi, cadute soggettive di ogni possibile rappresentazione del desiderio, adolescenza infinita, ovvero adolescenza che non trova il suo limite, difficoltà nel riconoscimento della differenza sessuale; in una parola tutte le forme variegata di quella che si lascia ormai identificare come una nuova economia psichica. (Melman, 2009).

Guardate da vicino un Servizio di psichiatria, vi succederà di vederne dove il lunedì mattina si ricevono i nevrotici, il martedì si fanno i primi colloqui e il gruppo degli psicotici si tiene il mercoledì pomeriggio. Siccome la fantasia umana è inesauribile, ce ne sono anche che operano diversamente: i nevrotici dell'ambulatorio o A e nel B i Disturbi dell'alimentazione, oppure osservate la regolamentazione della distribuzione dei farmaci, effettuata nei giorni dispari dalle 9,30 alle 12,45 e per la quale, comportando un tempo d'attesa, sono previste delle sedie, da usarsi solo da parte di chi attende il proprio turno davanti all'infermeria. Uno psicotico che arrivi di martedì rischia di vedersi sbattere la porta in faccia e se si scalda, magari finisce ricoverato, in quanto "in crisi"; lo stesso accade ad un nevrotico se ha un caratteraccio e si trova di fatto spinto ai margini del

servizio che sarebbe supposto prendersene cura. Ultimamente se ne è aggiunta una nuova: se pensate ad un ricovero in Casa di Cura, può capitare che vi si chieda in via preliminare un impegno scritto a elaborare un progetto che consenta la dimissione entro quaranta giorni. Anche questo è un meccanismo che crea esclusione, al punto che avere la residenza in Casa Comunale, e dunque essere portatore del diritto ad essere seguito da un servizio, è, in qualche modo, già una forma di privilegio. In sostanza, siamo di fronte ad un sistema che crea il proprio oggetto e che esclude gli oggetti che non si lasciano formare dal sistema stesso. Provate a verificare i criteri di inclusione di pazienti in uno studio sul funzionamento di un farmaco: adesione alla cura, sintomatologia, supporto familiare e continuità nel rapporto con la struttura curante definiscono un campione che certo non è rappresentativo della popolazione che affluisce ai servizi, ma che ben rappresenta la popolazione che i servizi aspirano a servire. Siccome però gli esseri umani conservano una loro strutturale resistenza a lasciarsi definire dalle parole con le quali vengono indicati e conosciuti, succede che ve ne sono molti che, nonostante le aspirazioni del servizio supposto doverli seguire, rifuggono dal lasciarsi definire da quello stesso servizio, venendo di fatto esclusi dal diritto alla cura oppure, e in un certo senso direi che è peggio, si assiste a tragici tentativi di conduzione forzata del paziente all'interno di condotte gestibili da parte del servizio.

Trovandomi a dirigere un SPDC mi capita qualche volta di cogliere, nella complessità e sovradeterminazione delle ragioni di un ricovero, degli accenti che hanno questa valenza. Il problema centrale della Follia è che non è affatto politically correct e sostanzialmente se ne frega che i nostri sforzi, quando presenti, siano fatti a fin di bene. Diceva Racamier, e sapeva quel che diceva, di non fidarsi mai di uno psicotico che non lascia capire di odiare il fatto di amarvi. Si tratta dunque di sostenere la presenza dell'odio come la presenza dell'amore e di non cedere mai alla tentazione di ricondurre un paziente a schemi comportamentali che non lascino trasparire l'avversione che egli ha per il sistema di cura. In psichiatria, un sistema di cura degno di questo nome, tollera e facilita l'espressione dell'avversione che genera, se ne nutre per migliorarsi, per mettersi in discussione, per modificarsi costantemente, per piegarsi all'espressione che il sintomo assume. Questo oggi non succede, o succede troppo, troppo poco. Al contrario direi che i sistemi vanno irrigidendosi e suddividendosi per saperi separati, tutti ormai incapaci di far fronte ad una complessità che non sia stata masticata dall'offerta e ridotta in una forma digeribile per il servizio supposto fornire una risposta. Penso che questo meriti una riflessione approfondita da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale e da parte dei Dipartimenti per le Dipendenze in quanto, per entrambi, il fatto che siano separati sembra oggi configgere con la maggioranza delle situazioni cliniche che entrambi si trovano ad affrontare.

Ho conosciuto psicotici capaci di far scomparire la loro psicosi dietro la dipendenza da eroina e poi, in un altro momento, capaci di superare senza colpo ferire la "dipendenza" per trovarsi ad essere totalmente significati dalla loro produzione delirante. Non si tratta né di dubbi diagnostici né tantomeno di doppia diagnosi, si tratta piuttosto della mancanza della possibilità di capire da parte degli operatori di entrambi i servizi, accecati come talvolta capita loro di essere dalle categorie concettuali di cui usufruiscono per leggere i fenomeni che curano.

Questo è per me il ritorno a Basaglia, ovvero il ritorno a qualcuno che è stato capace di pensare le sue stesse idee come un limite alla comprensione della cosa e, conseguentemente, criticarle anche duramente e concretamente per trovare un modo nuovo di affrontare problemi vecchi come il mondo.

10 luglio 2012

La linea gialla. Seduta di supervisione in un centro di salute mentale.

Carlo Pasino.

Personaggi presenti:

1. psichiatra A, la più anziana e con la memoria del servizio,
2. l'infermiera A,
3. la capo sala,
4. l'educatore,
5. la OSS,
6. assenti temporaneamente la psichiatra B e un'infermiera B che entrano in scena più avanti, perché si son dovute recare in pronto soccorso per un probabile TSO,
7. il coro, termine coniato per definire il parlare a bassa voce tra vicini o comunque non avere intenzione di rivolgere le proprie comunicazioni a tutto il gruppo,
8. l'analista o supervisore.

Il gruppo di operatori in supervisione fa parte di un Centro di Salute Mentale e di un reparto di psichiatria in una piccola città. Li vedo insieme ogni 15 gg. poiché storicamente gli operatori sono in servizio sia in una struttura che nell'altra. Il mio ruolo è quello di supervisore e, in questo caso, si parlerà di pazienti che sono stati ricoverati in reparto in seguito a crisi psicotica.

L'Educatore: *l'ho fatto diventare matto, come si dice: "psichiatrizzare le persone", perché forse non c'erano gli estremi per mandarlo in comunità. Un matto non sa di essere matto e noi lo rendiamo consapevole, lo convinciamo.*

Il Coro: *peggiorarlo per salvarlo!*

Gli operatori parlano tra di loro, in coppia, il gruppo sembra scisso, schiacciato da un senso di colpa per ora non verbalizzabile.

OSS: *Luca mi ricorda il personaggio del genio nel film "Beautiful Mind", dove si rifiuta di prendere le pastiglie, di farsi curare, mette in pericolo di vita il bambino, finché non lo ricoverano. Ma le sue scoperte avvengono quando lui è matto, prima di assumere i farmaci¹⁶.*

La Capo Sala: *non esageriamo, Luca non è un genio anche se ha ottenuto la maturità scientifica con un buona votazione, ed ha frequentato l'università prima di ammalarsi e di finire da noi.*

La Psichiatra A: *forse quello che ci preoccupa è che Luca non assomiglia a un classico paziente psichiatrico, la psicosi non ha ancora deformato il suo atteggiamento e il suo comportamento a tal punto da renderlo diverso.*

L'Analista: *è uno come noi.*

OSS: *pertanto anche noi possiamo fare la fine di Luca, basta che (interrotta dal brusio del Coro).*

Capo Sala: *non esageriamo, Luca delira e noi, per forza, per difenderlo dalla sua malattia dobbiamo intervenire; questo è il nostro compito.*

Infermiera A: *tra un po' arriveranno quelli del CSM di T. (csm confinante territorialmente) e ci ricovereranno tutti (T. è la sede del dipartimento di psichiatria).*

OSS: *come in quell'ultimo film con Leonardo Di Caprio, come si chiama?*

Coro: *ma che film sarà? Ma perché sempre un film? E basta c...*

¹⁶ *A Beautiful Mind* è un film del 2001 diretto da Ron Howard, dedicato alla vita del matematico e premio Nobel John Forbes Nash jr., interpretato da Russell Crowe. Il film è ispirato all'omonima biografia di Sylvia Nasar. La sua principale scoperta avviene quando è ancora dottorando in matematica, prima di scoprire che i suoi personaggi sono frutto di allucinazioni, per cui viene sottoposto a numerose sedute di shock insulinico e ad una massiccia dose di farmaci.

Analista: *forse intende Shutter Island, dove Leonardo Di Caprio come ispettore di polizia, viene invitato a delle indagini in un manicomio criminale, solo che, con l'andar del tempo, scopre di essere un internato pure lui in quanto autore degli omicidi della sua famiglia, una colpa inaccettabile che lo porta a delirare.*

La Psichiatra A: *noi siamo come in metropolitana o su un binario alla stazione ferroviaria: guai a superare la riga gialla quando sta per arrivare un treno, il rischio è di essere investiti.*

OSS: *bella roba. Se noi dobbiamo occuparci di Loro, chi si occupa di noi quando stiamo per superare la "linea gialla"?*

Il Coro silenziosamente si rivolge verso l'Analista e lui abbozza un sorriso di restituzione.

La Capo Sala: *abbiamo lui (rivolto all'analista sempre più a disagio per il fardello di responsabilità a cui il gruppo di supervisione lo sottopone).*

La Psichiatra A, come per aiutare l'Analista a far fronte a questa richiesta di aiuto un po' troppo onnipotente, interviene dicendo: *fino a che punto un medico può ascoltare una persona? Gli compete, per il suo ruolo professionale, far diagnosi, curare e/o intervenire con il ricovero, tutto questo non gli permette di approfondire l'ascolto. La riga gialla non è superabile per le sue stesse competenze che deve espletare.*

OSS: *ma dottore (rivolto all'analista), non ci vorrebbero dei sensori che fanno funzionare un allarme sonoro quando uno supera la linea gialla?*

Coro: *si, i sensori li installiamo nella tua testa, ma suoneranno sempre. Ma dai piantala. Smettila di dire stupidaggini.*

L'Analista cerca di riprendere quello che per lui può essere il punto essenziale di questo incontro di supervisione, pertanto riprende l'intervento dell'OSS e, in questo modo, si pone in opposizione al vocio di protesta del Coro: *mi pare che la collega abbia aperto un argomento di discussione interessante sui sensori che dovrebbero essere in noi quando entriamo in contatto con una sofferenza soverchiante, cosa ne pensate?*

L'Educatore: *non so cosa possiate pensare voi, ma mi sembra che la conversazione porti al paziente che c'è dentro di noi.*

Rientrano la Psichiatra B e l'Infermiera B assenti perché, come già anticipato, impegnate in una visita al reparto di psichiatria, di una paziente ricoverata il giorno prima.

La Psichiatra B. appena giunta: *ieri ho fatto un trattamento sanitario, la signora F., "è stata messa in sicurezza".*

Le parole "messa in sicurezza" mi fanno trasalire e vedendo la mia risposta emotiva facciale la Psichiatra B mi spiega: *è arrivato il genero ieri alle ore 16 al CSM, mi ha pregato di andare subito a casa loro per andare a vedere la sig.ra F.. Vado a domicilio con l'infermiera, ma per sicurezza chiamo i carabinieri e... bene che ho fatto, perché prima di farsi ammanettare picchia il figlio, tira un cazzotto al carabiniere e cerca di aggredire il medico del pronto soccorso appena i carabinieri le tolgono le manette. La ricoveriamo e la conteniamo "in terza". E' rabbiosa. La settimana scorsa avevamo fatto una domiciliare, ma F. con noi era tranquilla e non voleva farsi ricoverare, non c'erano i presupposti per un TSO. La signora è straniera, dell'ex Jugoslavia.*

OSS: *avete fatto poi un TSO?*

La Psichiatra B.: *stranamente no, in pronto soccorso, dopo la prima fiala e con la presenza dei carabinieri, si è calmata, così ha firmato il ricovero. E' stato poi quando si è aperta la porta del reparto che ha cominciato a tirare pugni e calci.*

La Capo Sala: *è lì che mi sono quasi slogata un polso, le siamo stati addosso in quattro per bloccarla, finiti a terra per poterla contenere. Oggi l'ho vista più tranquilla, l'hanno slegata e ha mangiato, ma quando l'ho vista mi è venuto in mente la scena di ieri, lei mi ha giusto dato uno sguardo, l'ho salutata, ma ha fatto finta di niente. Son cose che rimangono "quelle".*

Il Coro è come se facesse un minuto di silenzio, poi l'altra psichiatra, la A. che è anche la più anziana, ricorda: *non è stato il primo ricovero. Ricordo molti anni fa, allora insegnava matematica, è laureata, i genitori di Lei non volevano crederci che stava così male, il suo delirio sembrava a loro così verosimile, la coprivano finché, come in quest'ultima volta, è stato necessario ricoverarla.*

Durante il ricovero i genitori han voluto sapere di cosa soffriva la figlia, di un male che ai loro occhi era impossibile dimostrare. Alla fine hanno accettato la verità: la loro figlia delirava.

L'Analista: oggi avete presentato due esempi di persone per cui è stato necessario un intervento psichiatrico molto duro come può essere un ricovero in reparto. Sono due persone che hanno condotto apparentemente un' esistenza normale fino alla crisi psicotica. Due persone intelligenti, che sono riuscite a studiare, ma che han superato, senza accorgersene, la linea gialla. Ora credo che Voi più o meno inconsapevolmente, mi chiediate di mettervi al riparo da questo pericolo o da questa disattenzione. Un po' come la peste che ha fatto tante vittime nei secoli scorsi e non discriminava nessuno, chi ne usciva poteva solo dirsi fortunato. Così ho pensato che voi mi stiate chiedendo un vaccino, dei sensori per quando si corre pericolo, come se la crisi psicotica, nei soggetti che riteniamo più simili a noi, sia un po' come la peste di memoria manzoniana.

10 luglio 2012

“Ciò da cui non mi separerei” e ...una proposta.

Luigi Rinaldi

Sollecitato a partecipare a questo dibattito non ho potuto farlo prima, e solo in questi ultimi giorni, ho potuto leggere i vari interventi. Mi limito adesso a pochissime considerazioni per testimoniare innanzitutto l'apprezzamento verso la maggior parte degli interventi e la condivisione dei relativi contenuti e poi per fare una proposta.

Premetto che nel prendere anche io all'ultimo minuto “il treno dei servizi psichiatrici che - secondo l'efficace metafora di Anna Ferruta - “gli psicoanalisti non possono perdere”, metterei nella valigia “ciò da cui non mi separerei” (titolo di un capitolo di un libro di Ogden – Ogden, 2005) vale a dire questo bel dibattito: ideale, aggiornata ed efficace continuazione dello SPI-PANEL del 2000, su psichiatria e psicoanalisi curato da Maria Ponsi e Rossi Monti e coordinato da Cono A. Barnà, Pino Vetrone e da me stesso, continuazione, a mio parere, a sua volta dei lavori prodotti tra il 1990 e il 2003 dalla Commissione Nazionale SPI culminati nella produzione di tre libri (Correale e Rinaldi (1997), Berti Ceroni e Correale (1999), Rinaldi (2003). L'attuale dibattito aggiorna i contributi appena citati offrendo una vivace ed interessante panoramica dei lavori prodotti dagli psicoanalisti nell'ultima decade.

Vorrei partire dalla citazione di Perini del dibattito pubblicato dal *British Medical Journal* tra due cognitivisti (Salkovskis e Wolpert) e due psicoanalisti (Fonagy e Lemma). Scrivono Fonagy e Lemma (2012) che “nel Regno Unito c'è stata una riduzione senza precedenti dei servizi di terapia psicoanalitica..... e che il motivo di quest'attacco risiede nel fatto che la psicoanalisi e le psicoterapie psicodinamiche non sono riuscite a promuovere al loro interno una cultura della valutazione sistematica e che i loro risultati sono difficili da misurare e da dimostrare”.

Laddove, invece, secondo gli Autori l'approccio psicoanalitico può offrire all'economia di un moderno sistema sanitario tre preziosi e specifici contributi.

1) dare agli operatori della salute mentale un importante supporto che può permettere loro di continuare a fornire servizi di elevata qualità nonostante le pressioni interpersonali a cui sono inevitabilmente esposti lavorando con pazienti disturbati e disturbanti;

2) “il modello psicoanalitico è unico nel proporre una teoria dello sviluppo (delle relazioni di attaccamento) che è ormai solidamente confermata dall'evidenza. Esso ci consente pertanto di comprendere la relazione tra esperienze precoci, eredità genetica e psicopatologia dell'adulto. Questa cornice evolutiva mette un'enfasi sugli interventi precoci e si è rivelata cruciale nell'ispirare politiche positive della salute mentale...” (ibid.)

3) il pensiero psicoanalitico “continua a fornire le basi per un ampio ventaglio di interventi applicativi”.

“Paradossalmente la stessa ricerca clinica ha dimostrato come altri approcci – ad esempio le terapie cognitivo-comportamentali – abbiano incorporato nelle loro tecniche elementi teorici e clinici propri dell’approccio psicoanalitico, il che sembra avere “significativamente elevato l’efficacia complessiva di questi metodi” (Fonagy e Lemma, 2012).

Gli psicoanalisti italiani sono ben consapevoli di questo triplice prezioso ordine di contributi, grazie al lavoro d’équipe ed alla possibilità da esso fornita di predisporre nello stesso tempo una rete terapeutica per i pazienti ed una rete protettiva per gli Operatori, grazie all’attenzione alla formazione continua, alle supervisioni, alle dinamiche transfero-controtransferali, alla cura del contenitore istituzionale, alla creazione di un setting specifico individuale, di gruppo, istituzionale ecc.

Ma....Corbellini docet, sebbene noi siamo convinti di tutto questo e cerchiamo di spogliarlo da valutazioni troppo ottimistiche o, al contrario, troppo pessimiste, non possiamo più rifuggire dalla necessità di validazioni empiriche (come anche Campoli suggerisce nel suo intervento del 25 giugno) altrimenti l’ostracismo nei confronti della psicoanalisi tout court crescerà e quest’ultima sarà sempre più esclusa dai programmi ministeriali di tutela della Salute e dal confronto scientifico con le discipline mediche e della ricerca di base.

Sappiamo che l’esercizio della psicoanalisi è sostanzialmente un percorso etico ma anche l’economia può esserlo, se si pensa che le risorse non sono infinite e bisogna effettuare tagli dolorosi alla spesa pubblica ed individuale per allocare le risorse disponibili, là dove sono più necessarie. È un terreno quello dell’etica su cui psicoanalisi ed economia possono convergere. Come si fa, perciò, a non ritenere giusta l’attenzione ai costi/benefici di un trattamento, agli indicatori di efficacia/efficienza ecc? Il problema, piuttosto, è la valutazione più esaustiva possibile di questi items.

Forse non è impossibile mostrare che alla lunga un Servizio, o delle attività che si nutrono della linfa vitale della psicoanalisi, possano fornire risultati più apprezzabili di altri in termini di costi/benefici, tenendo presente come indicatori di risultato anche il burnout degli operatori, il loro indice di soddisfazione, il fenomeno del revolving door, la spesa (enorme) dei ricoveri in ambiente ospedaliero o nelle cliniche private in tutti quei casi in cui esiste solamente una gestione farmacologica o cognitivo-comportamentale del disagio psichico.

La SPI potrebbe farsi carico di organizzare un gruppo di ricerca nazionale, di cui potrebbero far parte gli psicoanalisti che hanno un ruolo dirigenziale nei Servizi psichiatrici, col precipuo compito di organizzare con i metodi della ricerca empirica uno studio multicentrico a livello nazionale di valutazione dei risultati delle terapie ad ispirazione psicoanalitica effettuate nei Servizi psichiatrici.

Come esempio di una non demonizzazione dell’incontro tra esigenze cliniche e una gestione “manageriale” che si occupi di utilizzare fino in fondo le risorse umane e professionali presenti all’interno di un Servizio di Salute Mentale voglio raccontare di un corso di management a cui fui obbligato a partecipare dall’ASL a cui appartenevo quando dirigevo un Servizio di Salute mentale. Scoprii il concetto anglosassone di case manager e case management. Cercai di applicarlo nel mio Servizio facendolo dialogare con i concetti di presa in carico (in uso nei Servizi territoriali) e di “cura” nel senso winnicottiano dell’incontro dell’affidabilità (da parte dell’Operatore) e del bisogno di dipendenza del malato.

Il case manager può essere qualsiasi operatore dell’équipe a cui viene assegnata la responsabilità di coordinare gli interventi a carico di un utente del Servizio con relativa definizione degli obiettivi, individuazione delle competenze ecc.

Si trattò di un confronto utile che portò all’attivazione di competenze terapeutiche che trovavano le loro radici, più che in competenze tecniche presenti in ruoli codificati (psicologo, psichiatra), in qualità emotive di persone come gli infermieri o le assistenti sociali dotate di particolari capacità empatiche e che, dall’assunzione di questo nuovo ruolo, si sentivano più facilmente autorizzate ad

esercitarle. Si tratta di una gestione che ha molti punti in comune con la tecnica del piccolo gruppo operativo di cui parla Correale e con la capacità dell'analista di intervenire sull'intero scenario del Servizio cercando di prendere spunti dall'esistente e introducendo elementi minimi, continui e discreti di capacità a pensare utilizzando vertici insoliti e leggeri e sforzandosi, come dice Riefolo, "di rendere continuamente setting le situazioni concrete".

10 luglio 2012

Intervento conclusivo

Giorgio Campoli

Ringrazio tutti gli intervenuti, e anche chi ha partecipato solo con la lettura.

Ringrazio Bolognini che con il suo intervento sancisce la presenza del tema a noi caro all'interno del pensiero e dei progetti della S.P.I. Sono grato a Mastella per aver colmato il vuoto lasciato sui servizi per l'età evolutiva ed a De Mari per averci parlato dell'istituzione carceraria che, anche se recentemente è entrata a far parte per gli aspetti sanitari del Servizio Nazionale, costituisce pur sempre un importante avamposto della nostra ampia terra di confine. Comprendo per esperienza la propensione perdente di Mastella, ma questa, per restare al suo campo di interesse, non può certamente aver riguardato la generatività complessiva della psicoanalisi dei bambini e degli adolescenti.

In effetti anche io mi sono sentito a casa mia (De Giorgi) una casa saldamente collegata alla nostra casa S.P.I.

Per restare ai contributi successivi al 25 giugno - non dimentico certamente quelli precedenti - nomino le testimonianze sulle nostre origini di Quattrocchi, Cerletti, Zuppi, Carnaroli, De Giorgi, Zennaro (la sua eccezionale esperienza mi ha ricordato l'insegnamento di due miei maestri fenomenologi, Bruno Callieri e Ferruccio Giacanelli), De Zordo, Jogan. Esse rimarcano, fra l'altro, l'ampiezza e la ricchezza delle nostre origini, che va molto al di là della pur ricca bibliografia puntualmente raccolta da Carnaroli attraverso tutti gli interventi; per restare agli italiani penso a De Martis, Fornari, Gaddini, Magherini, Diego Napolitani, Fabrizio Napolitani, Tagliacozzo, Zapparoli, lo stesso Benedetti.

E menziono - perdonatemi l'estrema sintesi e le inevitabili dimenticanze, facilitate dal succedersi degli interventi in questi ultimi giorni - anche le testimonianze sui rischi attuali, per i servizi nel loro complesso e nella particolarità delle loro unità operative: lo sfioramento della soglia minima consentita delle risorse (Berti Ceroni ricordato da Cerletti); l'inasprimento delle regole e la strisciante disumanità (Zontini); l'indifferenza se non l'ostilità dei colleghi non psicoanalisti (La Torre); i funzionamenti in assunto di base (Antonucci); la linea gialla (Pasino).

A proposito di disumanità, Dörner (già citato da me) segnala che ogni intervento psichiatrico comporta aspetti emancipatori ed aspetti repressivi, e che la prevalenza dei primi o dei secondi molto dipende dalle linee di tendenza che percorrono la società nei differenti periodi storici. Ergo...

Per quanto riguarda il biologismo ed il cognitivismo, l'ostilità o l'indifferenza dei colleghi, credo che dobbiamo proporci forti delle nostre teorie e dei nostri strumenti fra i quali includo l'atteggiamento psicoanalitico, R. Schafer (1983), e la nostra specifica capacità di entrare in relazione con l'altro e con il suo mondo interno attraverso la continua messa in gioco delle nostre relazioni interne. Non dimentichiamo, tra l'altro, che non pochi membri di scuole di psicoterapia 'concorrenti' studiano attentamente i testi psicoanalitici e spesso ci richiedono l'analisi.

E se comunque ci troveremo in una condizione di isolamento potremo sempre contare su quei fragili (nel senso di limitati) elementi (La Torre) atti ad estendere la rete delle qualificate macchie di leopardo dei servizi in Italia (Zuppi).

Nel corso del dibattito abbiamo evidenziato ulteriori punti critici eterogenei tra di loro: la rilevanza del linguaggio ordinario nelle pratiche specialistiche (Correale, Boccanegra, io stesso); le macchie cieche della psicoanalisi (Perini); gli squilibri territoriali (Zuppi) (abbiamo ricevuto contributi da 11 regioni, dei quali quattro soli provenienti dal Sud; il che ci interroga sullo stato dei servizi e sulla penetranza della stessa S.P.I. nel territorio nazionale).

Poiché non credo ci si possa dividere tra romantici passatisti e crudi realisti, tutti (o quasi), da Argese a Rinaldi, ci siamo interrogati implicitamente ed esplicitamente (Boccaro, Stuflesser) sugli “irrinunciabili” (Cerletti) dei nuovi modelli di servizio di uno stato solidale, ma anche sulle nuove possibilità di collaborazione tra SPI, Centri (10 centri sono stati rappresentati nel nostro dibattito, ma Ramella ha convocato anche Pavia) e Servizi (Ferruta), fino ad affrontare la questione del training (Lombardi).

In questi due mesi abbiamo sottoposto all’ascolto e sperimentato un’amplissima gamma di affetti discreti e vitali. Abbiamo fatto riferimento a numerosi concetti psicoanalitici, fra gli ultimi: l’azione (Quattrocchi, Boccaro); il legame psiche – soma – pulsione (De Giorgi).

Quello praticato dagli psicoanalisti nei servizi è spesso stato vissuto come una sorta di territorio di confine, ‘ai limiti’ di entrambi i territori ‘ufficiali’. Sebbene sapessimo che i territori di confine (antenne? pelle?) sono parte integrante del territorio, con in più funzioni specifiche di passaggio, comunicazione, trasformazione, mi sembra che gli interventi di Ferruta, Lombardi, Bolognini aggiungano una importante validazione al nostro impegno. Il problema è ora di “trovare risorse per continuare a percorrere territori che riguardano profondamente il pensiero psicoanalitico” e contenitori teorici, ambientali ed organizzativi forti e complessi (Ferruta).

Potremmo mettere a punto, in accordo con l’Esecutivo, forme più stabili di collaborazione e di incontri dedicati, in collegamento anche con i colleghi intervenuti nel *Dibattito SPIWEB su Psicoanalisi delle psicosi* (2011), che possano meglio contrastare le derive verso l’isolamento, sostengano invece la speranza (Margherita), rendano intenso il dialogo con tutti gli altri nostri colleghi. Potremmo prevedere gruppi di studio nei Centri, collaborazioni fra i Centri ed i servizi (credo sia difficilmente percorribile la via delle convenzioni formalizzate).

Concludo, infine, ripromettendomi di approfondire le vostre interessanti proposte, con il semplice e breve elenco - in aggiunta a quanto proposto da Correale - di alcune linee future di studio, di ricerca e di collaborazione.

Il setting

L’approfondimento della discussione clinico-teorica

La supervisione: oggetto, tecniche, obiettivi

La valutazione empirica

Vi ringrazio ancora e vi auguro una felice estate.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (1998). *I fattori terapeutici nelle Strutture Intermedie*. In *Annali di Neurologia e Psichiatria*. 2, 1998, 17-104, Azienda ospedaliera di Perugia.
- AA. VV. (2011). *Dibattito SPIWEB su Psicoanalisi delle psicosi*. (dal 15/9 al 15/12 2011). www.spiweb.it/index.php?option=com_content&view=article&id=1767:dibattito-sulla-psicoanalisi-delle-psicosi-a-cura-di-f-carnaroli-e-g-giustino&catid=256&Itemid=437
- ABRAHAM N. & TOROK M. (1987). *La scorza e il nocciolo*. Borla, Roma, 1993.
- ARMSTRONG, D. (1997). The 'organization-in-the-mind': reflections on the relation of psychoanalysis to work with institutions. *Free Associations*, vol.7, 41: 1-14, 1997. Anche e in *Organization in the Mind: Psychoanalysis, Group Relations and Organizational Consultancy*. London, Karnac, 2005.
- BARALE, F. (2003). L'inconscio ai tempi dell'aziendalizzazione. L'istituzione e la memoria. In Rinaldi L. (a cura di) (2003). *Stati caotici della mente*. Raffaello Cortina, Milano.
- BARANGER M. & BARANGER W. (1961-62) *La situazione analitica come campo dinamico*. In: Baranger M. & Baranger W. (1969). *La situazione psicoanalitica come campo bipersonale*. Raffaello Cortina, Milano, 2011.
- BARNÁ A. C., CORLITO G. (2011) *Emergenze borderline*. Franco Angeli, Roma.
- BASAGLIA, F. (1965). Corpo, sguardo e silenzio – L'enigma della soggettività in psichiatria. In Basaglia F. (1981). *Scritti*. Vol. I. Einaudi, Torino.
- BASAGLIA, F. (1974) "Introduzione generale ed esposizione riassuntiva dei vari gruppi di lavori, corso di aggiornamento per operatori psichiatrici". Trieste
- BASTIANINI, T. (2004). Comprendere (il nostro comprendere) per "contaminazioni". *Psiche*, 2004, 2. Il Saggiatore, Milano.
- BAULEO, A. (1974-1977). *Ideologia, gruppo e famiglia. Controistituzione e gruppi*. Feltrinelli, Milano, 1978.
- BAULEO, A. (1999). *Psicoanalisi e gruppaltà*. Borla, Roma, 2000.
- BAULEO, A. & DE BRASI M. (1990). *Clinica gruppale, clinica istituzionale*. Il Poligrafo, Padova, 1994.
- BEEBE, B. & LACHMANN F. M. (2002). *Infant research e trattamento degli adulti*. Raffaello Cortina, Milano, 2003.
- BENEDETTI, G. & Al. (1979). *Dalla non esistenza all'incontro terapeutico*. Feltrinelli, Milano.
- BENEDETTI, G. (1980). *Alienazione e personazione nella psicoterapia della malattia mentale*. Einaudi, Torino.
- BENEDETTI, G. (1992). *La psicoterapia come sfida esistenziale*. Raffaello Cortina, Milano, 1997.
- BENEDETTI G. (1994). *Todeslandschaften der Seele*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen-Zürich, 1994.
- BERMAN, A. (2008). *L'age de la traduction (un commentaire sur W. Benjamin)*. Presses Univ. Vincennes.
- BERNE, E. (1961). *Analisi transazionale. Un sistema di psichiatria sociale e individuale*. Astrolabio, Roma, 1971.
- BERNE, E. (1964). *A che gioco giochiamo*. Bompiani, Milano, 1967.
- BERNE, E. (1972). "Ciao!"... e poi? *La psicologia del destino umano*. Bompiani, Milano, 1979.
- BERTI CERONI, G. & PALTRINIERI, E. (1996). *L'ambulatorio psichiatrico pubblico. Ruolo, attività, problemi*. Carocci, Roma.
- BERTI CERONI, G. & CORREALE, A. (1999). *Psicoanalisi e Psichiatria*. Raffaello Cortina, Milano.
- BERTI CERONI, G. (2011). *Confini, muri e bordi*. Paolo Emilio Persiani editore, Bologna, 2011.
- BINSWANGER, L. (1955). *Per un'antropologia fenomenologica*. Feltrinelli, Milano, 1970.
- BINSWANGER, L. (1956a). *Tre forme di esistenza mancata*. Il Saggiatore, Milano, 1964.
- BINSWANGER, L. (1956b). *Ricordi di Sigmund Freud*. Astrolabio, Roma, 1971.

- BION, W. R. (1961). *Esperienze nei gruppi*. Armando, Roma, 1971.
- BION, W. R. (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma, 1972.
- BION, W.R.(1963). *Gli elementi della psicoanalisi*. Armando, Roma, 1973.
- BION, W.R. (1970). *Attenzione e Interpretazione*, Armando, Roma 1973.
- BION, W. R. (1976). Intervista. In *Il cambiamento catastrofico*, Loescher, Torino, 1981.
- BLEGER, J. (1966). *Psicoigiene e psicologia istituzionale*. Meridiana, Molfetta, 2011.
- BLEGER, J. (1967). Psicoanalisi del setting psicoanalitico. In: Genovese, C. (a cura di) (1988). *Setting e processo psicoanalitico*. Cortina, Milano. Anche in Bleger, J. (1967). *Simbiosi e ambiguità*. Armando, Roma, 2010.
- BOCCARA P., DE SANCTIS R., RIEFOLO G. (2005). Lo psicoanalista e le sue istituzioni. La posizione dell'analista nei servizi pubblici e nella stanza di analisi, *Riv. di Psicoanalisi*, LI, 1, 69-86.
- BOCCARA P., GADDINI A., RIEFOLO G. (2009). Authenticity and the Analytic Process. *American Journal of Psychoanalysis*. 69:348-362.
- BOCCARA P., FACCENDA N., GADDINI A., RIEFOLO G. (2012). Il breakdown psicotico come particolare stato del Sé. *Rivista di Psicoanalisi*, LVIII, 1, 7-28.
- BOLLAS, C. (1987). *L'ombra dell'oggetto*. Borla, Roma, 1989.
- BOLLAS, C. (1992). *Essere un carattere*, Borla, Roma, 1995.
- BOLOGNINI, S. (2011). Prefazione. In Barnà C. A., Corlito G. (2011). *Emergenze borderline*. Franco Angeli, Milano.
- BONFIGLIO, B. (1999). *Uno psicoanalista al "Servizio"*. Borla, Roma.
- BORGOGNO, F. (2011). *La signorina che faceva hara-kiri e altri scritti*. Bollati Boringhieri, Torino.
- BOSS, M. (1957). *Psicoanalisi e analitica esistenziale*. Astrolabio, Roma, 1973.
- BROMBERG, P. M. (2006). *Destare il sognatore*. Raffaello Cortina, Milano, 2009.
- CAHN, R. (2002). *La fine del divano?* Borla, 2004.
- CAMPOLI, G. (1998). Le funzioni delle strutture intermedie fra figura e sfondo. *Annali di Neurologia e Psichiatria*, n.2-1998.
- CARGNELLO, D. (1966). *Alterità e Alienità*. Feltrinelli, Milano, 1966.
- CARLINO, R. (2011) *Distance Psychoanalysis: The theory and practice of using communication technology in the clinic*. London: Karnac.
- CARNAROLI, F. (1995). Il "Gruppo Operativo" come strumento di formazione nei gruppi di lavoro in campo sanitario. Basi teoriche e teoria della tecnica. *Contrappunto*, n.16.
- CERLETTI, A. (1996). Presentazione a Racamier, "Conoscenza e psicoterapia della relazione schizofrenica". *Ann.Neurol.Psichiat.* fasc.2, 1996.
- CHIANESE D., CERLETTI A., SCOTTI F. (1995). Un'esperienza di psichiatria a Perugia (1967-1995). *Psiche* 1995 voll.2-3.
- CIVITARESE, G. (2008). *L'intima stanza. Teoria e tecnica del campo analitico*. Borla, Roma.
- COMELLI, F. (2009). *Curare istituzioni che curano. Visibilità del campo istituzionale fra etnopsicopatologia contemporanea, cultura sociale e gruppo*. Mimesis, Milano.
- CONDRAU, G. (1965). *Die Daseinsanalyse von Medard Boss und ihre Bedeutung für die Psychiatrie*. Verlag Hans Huber, Bern und Stuttgart, 1965.
- CONDRAU, G. (Herausgeber) (1973) *Medard Boss zum siebzigsten Geburtstag*, Verlag Hans Huber Bern Stuttgart Wien, 1973
- CONDRAU, G. (1992). *Sigmund Freud und Martin Heidegger*, Universitätsverlag Freiburg CH, Verlag Hans Huber Bern Stuttgart Toronto, 1992
- CONFORTO, C. (1997). *Un tentativo di formazione di gruppo con infermieri*. Il Vaso di Pandora, Vol. V, n° 3.
- CONFORTO, C. (2005). Il "rumore" della tecnica come impedimento al dispiegamento della "técne". *Gli Argonauti*, n° 107.
- CORREALE, A. (1991). *Il campo istituzionale*. Borla, Roma.

- CORREALE, A. (1993). La supervisione nei Servizi Pubblici. In: Asiolo F., Ballerini A., Berti Ceroni G. (a cura di) *Psichiatria nella comunità. Cultura e pratica*. Bollati Boringhieri, Torino.
- CORREALE, A. & RINALDI, L. (a cura di) (1997). *Quale psicoanalisi per le psicosi?* Raffaello Cortina, Milano.
- CORREALE, A. (2010). Psicoanalisi e filosofia: un incontro necessario. *Rivista di psicoanalisi*, 2 - 2010.
- CORREALE, A. (2010b). Il consiglio di amministrazione e la lucertola (inedito). Relazione presentata al Congresso della SPI di Taormina.
- CORREALE, A. (2012). La valle dei transfert dispersi.
www.psychiatryonline.it/ital/editit87.htm
- DETIENNE, M. (2000). *Comparer l'incomparable*. du Seuil.
- DE TOFFOLI, C. (2002). Orizzonti della Coscienza nella cura Psicoanalitica. *Rivista di Psicoanalisi*.
- DE TOFFOLI, C. (2009). Il corpo vivente dell'esperienza psicoanalitica. Relazione al Convegno *Prospettive psicoanalitiche mente corpo*. Roma, 21-22 novembre 2009, Centro di Psicoanalisi Romano.
- DONATELLI, P. G. (2012). *La vita umana in prima persona*. Laterza.
- DÖRNER, K. (1969). *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*. Laterza, Roma-Bari, 1975.
- EAGLE, M. N. (2011). Psychoanalysis and the enlightenment vision: an overview. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 59,1099-1118.
- ERLICH, H.S. (2003). Il lavoro di frontiera e l'uso dell'analista. In *Riv. Psicoan.*, 2,2003
- FEINSILVER, D.B.(1998). Situazioni limite ed azione terapeutica: il terapeuta come persona di fronte alla morte. *Interazioni*, 20, 93, 2003
- FERRO, A. (2002). *Fattori di malattia, fattori di guarigione*. Raffaello Cortina, Milano
- FERRO, A. (2006). Da una psicoanalisi dei contenuti e delle memorie a una psicoanalisi per gli apparati per sognare, sentire, pensare: transfert, transfer, trasferimenti, *Riv. di Psicoanal.*, LII, 2: 401-478.
- FERRO, A.(2007). *Evitare le emozioni, vivere le emozioni*, Cortina, Milano.
- FERRUTA, A. (a cura di) (2005). *Pensare per immagini*. Borla
- FONAGY, P. & LEMMA A. (2012). Does psychoanalysis have a valuable place in modern mental health services? YES. *British Medical Journal*: 344 e 1211.
<http://www.bmj.com/content/344/bmj.e1211?tab=responses>
- FORESTI G., ROSSI MONTI M. (2010) *Esercizi di visioning*. Borla, Roma.
- FORESTI, G. – FUBINI, F. - PERINI, M. (2011) “Supervisione e consulenza psicoanalitiche: promuovere il contenimento e il sostegno nelle istituzioni”. *Funzione gamma.*, n° 27, ottobre 2011.
- FORESTI, G. (2011). La nascita della Comunità Terapeutica e lo spirito del Purgatorio. *Terapia della Comunità*, n° 11, 2011.
- FORNARI, F. (1977). *Il Minotauro. Psicoanalisi dell'ideologia*. Rizzoli, Milano.
- FORNARI F., FRONTORI L., RIVA CRUGNOLA C. (1985). *Psicoanalisi in ospedale. Nascita e affetti nell'istituzione*. Raffaello Cortina, Milano.
- FREUD, S. (1909). Cinque conferenze sulla psicoanalisi. OSF, vol. VI, pag. 169. Boringhieri, Torino, 1975.
- FREUD, S. (1910). Psicoanalisi “selvaggia”. OSF, vol. VI.
- FREUD, S. (1914). Ricordare, ripetere e rielaborare. OSF, vol. VII.
- FREUD, S. (1915). *Pulsioni e loro destini*. OSF, vol. VIII.
- FREUD, S. (1915-17). *Introduzione alla Psicoanalisi*. OSF, VIII
- FREUD, S. (1922). Due voci di enciclopedia: “Psicoanalisi” e “Teoria della libido”. OSF, vol. IX.
- FREUD, S. (1926). *Il problema dell'analisi condotta da non medici. Conversazione con un interlocutore imparziale*. O.S.F. 10.
- FREUD, S. (1929). *Il disagio della civiltà*. OSF,10, Bollati Boringhieri, Torino.

- FREUD, S. & BINSWANGER L. (1992). *Briefwechsel, 1908-1938*. Herausgeber Gerhard Fichtner, Fischer Verlag, Frankfurt.
- GADDINI, E. (1984), Se e come sono cambiati i nostri pazienti fino ai nostri giorni. In Gaddini E. *Scritti*, Cortina, Milano, 1989.
- GARGANI, A.G. (2006). Wittgenstein: il cammino più lungo. In Borutti, S. & Perissinotto, L. (a cura di) (2006). *Il terreno del linguaggio*. Carocci
- GATTI, B. (1971). Lo psicoanalista nelle istituzioni psichiatriche: crisi di identità o modificazione del ruolo?: (Resoconto di una esperienza triennale). *Rivista di Psicoanalisi* 17: 43-66.
- GOZZETTI, G. (2012). Intervista sulla psicopatologia fenomenologica. In (a cura di) Rossi Monti M. & Cangiotti F. (2012). *Maestri senza cattedra*. Antigone, Torino
- GRAZIANI, G. (2012). Psicoanalisi del delirio. Seminario al Centro Psicoanalitico di Firenze, 31 Maggio 2012
- GREENBERG, J. (2012). Alterità e analisi dell'azione. *Serata intercentri*, Roma 18 aprile 2012.
- GREENSON, R. R. (1965). Alleanza di lavoro e nevrosi di traslazione. In Greenson, R. R. (1978). *Esplorazioni psicoanalitiche*. Boringhieri, Torino, 1984.
- HADOT, P. (2002). *Esercizi spirituali e filosofia antica*. Einaudi, Torino, 2005.
- HANLY, C. (2012). Effective Outreach Today. www.ipa.org.uk/en/Newsletters/President.aspx
- HARRIS, T. A. (1969). *Io sono OK, tu sei OK*. Rizzoli, Milano, 1974.
- HEIDEGGER, M. (1927). *Essere e Tempo*. Longanesi, Milano, 1970.
- HEIDEGGER, M. (1979). *Eraclito*. Mursia, Milano, 1993.
- HEIDEGGER, M. (1987). *Seminari di Zollikon*. Guida, Napoli, 2000.
- HOFFMAN, I.Z. (1998). *Rituale e spontaneità in psicoanalisi*. Astrolabio, Roma, 2000.
- IZZO, E.M. & LUCCHI, M. (1991). Il significato del lavoro nella milieu therapy della schizofrenia. *Prospettive Psicoanalitiche nel lavoro Istituzionale*. Pensiero Scientifico, 9, 2,1991.
- JAQUES, E. (1970). *Lavoro, creatività e giustizia sociale*. Boringhieri, Torino, 1978.
- KAËS, R. (1988). Realtà psichica e sofferenza. In AA.VV. *L'istituzione e le Istituzioni* Borla, Roma
- KAËS, R. & al (1988). *L'istituzione e le istituzioni*. Borla, Roma, 1991.
- KAËS, R. (1993), *Il gruppo e il soggetto del gruppo*. Borla, Roma 1994.
- KAËS, R. (2005). Il disagio del mondo moderno e la sofferenza del nostro tempo. *Riv. Psiche*, 2.
- KAËS, R. (2007). *Un singolare plurale*. Borla, Roma, 2007.
- LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.-B. (1967). *Enciclopedia della Psicoanalisi*. Laterza, Bari, 1968.
- LA SCALA, M. (2012). *L'offerta del limite*, relazione presentata al Centro Veneto di Psicoanalisi nelle *Giornate di Studio Psicoanalisi e Psichiatria: un confronto*.
- LEDOUX, J. (1996). *Il cervello emotivo*. Baldini & Castoldi, Milano, 1998.
- LEMMA, A. (2010). *Under the Skin: A psychoanalytic Study of Body Modification*. London, Routledge.
- LEMMA, A. & PATRICK, M. (eds.) (2010). *Off the couch. Contemporary Psychoanalytic Application*. Routledge.
- LEONI, F. (a cura di) (2011). *Franco Basaglia. Un laboratorio italiano*. Bruno Mondadori, Milano.
- LÉVINAS, E. (1946). *Dall'esistenza all'esistente*. Marietti, Genova, 1986.
- LÉVINAS, E. (1949). *Scoprire l'esistenza con Husserl e Heidegger*. Raffaello Cortina, Milano, 1998.
- LIBERMAN, D. (1972). *Linguistica, Interazione comunicativa y processo psicoanalitico*. Buenos Aires, Galerna.
- MAGHERINI, G. (1976). Evoluzione dei bisogni e ruolo della psicoanalisi nelle istituzioni psichiatriche. *Psicoanalisi e istituzioni*, Atti del Convegno internazionale tenuto all'Università di Milano, 30 ott- 1 nov. 1976, a cura di Franco Fornari.

- MAGHERINI, G.(1979). Analisi di codice nella formazione di operatori socio sanitari della Provincia di Firenze. *Atti del XVIII congresso della Società Italiana di Psicologia*, Acireale.(1-4/11/79)
- MAGHERINI, G. (1980). Risposta psicoterapeutica e formazione degli operatori socio-sanitari di territorio. Una esperienza di analisi di codice. *Atti del XXXIV Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria*, Catania, 24-29 aprile 1980.
- MAGHERINI, G. (1981). Considerazioni su alcune esperienze di servizio territoriale in un centro urbano. *Formazione Psichiatrica*, 4, 1981.
- MAGHERINI, G. & PAZZAGLI, A. (1982). Il “Gruppo operativo” e la “osservazione partecipe” come strumento diagnostico e terapeutico. *N.I.S. – Neurologia Psichiatria Scienze Umane*. Atti del XXXV Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria, Cagliari, 21 ott. – 1 novembre 1982.
- MAGHERINI, G. & CASOLI, M. (1986). Istituzioni terapeutiche e formazione del personale. L’esperienza di un Servizio di Salute Mentale di Firenze. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. CX, fasc. IV.
- MAIN, T. (1975). Alcuni aspetti psicodinamici dei gruppi allargati. In: Kreeger, L. (a cura di) (1975). *Il gruppo allargato*. Armando, Roma, 1978. Poi in Main, T. (1989). *La comunità terapeutica e altri saggi psicoanalitici*. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1992.
- MARGHERITA, G. (1993). Confusioni e dolori in un’istituzione psichiatrica per uno psicoanalista alla ricerca di luoghi, oggetti e concetti per costruire un setting. *Psiche*, 1, 71, 1993.
- MARGHERITA, G., MANCINI, E., NEMOIANNI, E., PARLATO, M., ROSSANO, M., SANTUCCI, F., VECCHI, L. (2009). Esistono istituzioni sufficientemente buone da essere capaci di rêverie? Prevenzione ed elaborazione gruppale del mobbing e del burn-out. *Atti del convegno “Psicopatologia del lavoro dimensioni cliniche psicologiche e sociali”*. Edizioni Istituto Italiano per gli Studi Filosofici, Napoli 4, 5 Dic., 2009.
- MARGHERITA, G., ROTONDI, S., VERDE, F., BRAUCCI, O., DI BIASE, R., LOFFREDO, S., PONE, F. (2010). Institution as a chaotic setting. International convention "Mind force matrix of human evolution". Università di Siena, ott. 2010.
- MARGHERITA, G. (2011). The Eye of the Fly: Psychoanalytic Gestalten and Chaotic Attractors in Large Groups and Institutions. *Chaos and Complexity Letters*, volume 4, issue 3.
- MARGHERITA, G. (2012). *L’Insieme Multistrato. Gruppi, Masse, Istituzioni tra Caos e Psicoanalisi*. Armando, Roma.
- MARTINI, G. (1998). *Ermeneutica e Narrazione. Un percorso tra Psichiatria e Psicoanalisi*. Bollati Boringhieri, Torino.
- MARTINI, G. (2005). *La sfida dell’irrapresentabile. La prospettiva ermeneutica nella psicoanalisi clinica*. Franco Angeli, Milano.
- MARTINI, G. (2011). *La psicosi e la rappresentazione*. Borla, Roma.
- MELMAN, C. (2009). *La nouvelle économie psychique*. Erès, Paris.
- MELTZER, D. (1979). Seminario sulle Psicosi (Perugia 27-28.X.1978). *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, 2,23-88,1979.
- MELTZER, D. (1981). Del Simbolo (Perugia 25-26.X.1980). *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, 5,127-185,1981.
- MELTZER, D. (1982). Implicazioni psicosomatiche nel pensiero di Bion. (Perugia 7-8.XI.1981). *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, 7,199-254,1982.
- MELTZER, D. (1986). Bugia e allucinazione (Perugia 6-7.XI.1982). *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, 13,139-196,1986.
- MILNER, M. (1955). Il ruolo dell’illusione nella formazione del simbolo. In Klein M., Heimann P., Money-Kyrle R. (1955). *Nuove vie della psicoanalisi*. Il Saggiatore, Milano, 1966.
- MODELL, A.H. (1990). *Per una teoria del trattamento psicoanalitico*. Raffaello Cortina, Milano, 1994.

- MOLINARI NEGRINI, S. (2010). *Tra curiosità e rispetto: l'etica di uno psicoanalista*, intervento alla *Giornata di studio su Glauco Carloni* al Centro Psicoanalitico di Bologna.
- MONARI, M. & RESELE, F. L. (2010). Diffusione della psicoanalisi a "bassa frequenza". Dati statistici e riflessioni nello scenario psicoanalitico italiano e internazionale. *Rivista di Psicoanalisi*. LVI, 2: 457-478.
- MONARI, M. (2012). Elementi di continuità tra psichiatria e psicoanalisi. In Luigi Caparrotta e Paola Cuniberti (a cura di) (2012). *Psicoanalisi in trincea*. Franco Angeli, Milano.
- MUSIL, R. (1930-33; ed. critica 1978). *L'uomo senza qualità*. Einaudi, Torino, 1996.
- NERI, C. (2008). Authenticity as an Aim of Psychoanalysis. *Am. J. Psychoanal.*, 68:325-349.
- NISSIM MOMIGLIANO, L. (1988). Il setting: tema con variazioni. *Riv di Psicoanal.* XXXIV, 3, 605 – 683.
- NOCENTINI C., RUCIRETA P. (1998). Strutture intermedie e funzione terapeutica. *Annali di Neurologia e Psichiatria*, n.2-1998
- OBHOLZER, A. (2007). Le organizzazioni e l'inconscio. In: Perini M. *L'organizzazione nascosta*. Franco Angeli, Roma.
- OGDEN, T. H. (1989). Il primo incontro analitico, in Ogden T. (1989). *Il limite primigenio dell'esperienza*. Astrolabio, Roma, 1992.
- OGDEN, T. H. (2001). Restituire la mente al corpo. In Ogden T. (2001). *Conversazioni al confine del sogno*. Astrolabio, Roma, 2003.
- OGDEN, T. H. (2004). On holding and containing, being and dreaming. *International Journal of Psycho-Analysis*, 85:1349-1364. Trad. it. Ogden T. H., *Holding* e contenimento, essere e sognare. In Ferro A. e coll. (a cura di). *L'annata psicoanalitica internazionale*. N.2/2006. Borla, Roma, 2006.
- OGDEN, T. H. (2005). *L'arte della psicoanalisi. Sognare sogni non sognati*. Raffaello Cortina, Milano, 2008.
- OGDEN, T. H. (2009). *Riscoprire la psicoanalisi*. CIS Ed.
- PANKSEPP, J. (1998). *Affective Neuroscience*. Oxford University Press.
- PASCHE, F. (1988): L'imgo-zero. Une relation de non-dialogue. In Pasche, F. (1988). *Le sens de la psychanalyse*. PUF, Paris.
- PERINI, M. (2007). *L'organizzazione nascosta. Dinamiche inconscie e zone d'ombra nelle moderne organizzazioni*. Franco Angeli, Milano.
- PERUZZO, G. (2008). Etica, economia e diritto. *Seminario interdisciplinare*. Genova.
- PETRELLA, F. (2010). *Glauco Carloni. Lo psicoanalista e lo psichiatra*, intervento alla *Giornata di studio su Glauco Carloni* al Centro Psicoanalitico di Bologna.
- PICHON-RIVIERE, E. (1971). *Il processo gruppale*. Libreria Editrice Lauretana, Loreto, 1985.
- PIERRI, M. (1994). In tema di psicoterapia e riabilitazione familiare delle psicosi. La funzione paterna nell'incontro con la realtà: fuga evasione e nascita. *Prospettive Psicoanal. nel lavoro Istituzionale*, vol.12, 3:209-225
- PIERRI, M. (a cura di) (1999). *Genitori e figli nel tempo. Per un disegno guida nella psicoterapia delle psicosi*, Pátron, Bologna,
- PIERRI, M. (2008). Consigli sulla tecnica della psicoterapia ad indirizzo psicoanalitico in istituzione: alla psicoanalisi attraverso la psichiatria. In: La Scala M., Costantini M. V.. *Il lavoro psicoanalitico sul limite*. 141-155. Milano, Franco Angeli.
- PONSI, M. (2001). La costruzione dell'alleanza terapeutica: l'influenza dell'analista sul processo collaborativo. In *Contrappunto*, 28 Giugno 2001. Rivista della AFPP, Scuola di specializzazione di psicoterapia psicoanalitica, Firenze. Poi in Anastasopoulos D.; Papanicolau E. (a cura di) (2008). *Lo psicoterapeuta psicoanalitico al lavoro: i fattori personali che incidono sul processo psicoanalitico*. Clueb, Bologna.
- PONSI, M. (2002). Paradigma relazionale e alleanza terapeutica. In Lingiardi, V. (2002). *L'alleanza terapeutica. Teoria, clinica, ricerca*. Raffaello Cortina, Milano.
- PONSI, M. (2012). Portare alla coscienza l'inconscio?. *Psiche*, n° 1 2012: *Un problema di coscienza*. www.psiche-spi.it/Psiche/indice3.html

- PONTALIS, J.-B. (2000). *Finestre*. Edizioni e/o, Roma, 2001.
- QUATTROCCHI, V. (2006). Il Dipartimento Salute Mentale di Empoli ASL11. *Congresso del Coordinamento Psichiatri Toscani. IL MODELLO TOSCANO PER LA SALUTE MENTALE*. Siena 26 maggio 2006.
- RACAMIER, P. C. (1970). Verso una istituzionalizzazione della socioterapia, ossia della cura istituzionale degli psicotici. *Minerva Psichiatrica e Psicologica*, 5:1-14.
- RACAMIER, P.C. (1972). *Lo psicoanalista senza divano*. Raffaello Cortina, Milano, 1982.
- RACAMIER, P.C. (1992). *Il genio delle origini*. Raffaello Cortina, Milano, 1993.
- RACAMIER, P.C. (1995). *Incesto e incestuale*. Franco Angeli, Milano, 2003.
- RACAMIER, P.C. (1996). Conoscenza e psicoterapia della relazione schizofrenica. (trad. P. Rucireta). *Ann.Neurol.Psichiatr.* 90,1996.
- RACAMIER P.-C. (1998). Una comunità di cura psicoterapeutica. Riflessioni a partire da un'esperienza di vent'anni. In A. Ferruta, G. Foresti, E. Pedriali, M. Vigorelli (a cura di) (1998). *La Comunità Terapeutica. Tra mito e realtà*. Raffaello Cortina, Milano, 1998.
- RESNIK, S. (2010) (a cura di). E. Levis *L'inconscio tra disagio e civiltà*, Cafoscarina, Venezia.
- RICOEUR, P. (1998). *Ricordare, Dimenticare, Perdonare*. Il Mulino, Bologna, 2004.
- RICOEUR, P. (2001). *La traduzione, una sfida etica*. Morcelliana, Brescia.
- RINALDI L. (2003) (a cura di) *Stati caotici delle mente. Psicosi, disturbi borderline, disturbi psicosomatici, dipendenze*. Raffaello Cortina, Milano.
- RIOLO, F. (2010). Trasformazione in allucinosi. *Riv. Psicoanal.* LVI, 3, 635-649.
- ROSENFELD, H. (1987). *Comunicazione e interpretazione*. Bollati Boringhieri, Torino, 1989.
- ROSSI MONTI M., BLASI A. (2012). Terza intervista sull'impatto della ricerca empirica e delle neuroscienze sulla psicoanalisi. In SPIWEB:
www.spiweb.it/index.php?option=com_content&view=article&id=1940:terza-intervista-sull'impatto-della-ricerca-empirica-e-delle-neuroscienze-sulla-psicoanalisi&catid=358:contributi-per-la-ricerca-in-psicoanalisi&Itemid=441
- ROSSI MONTI, M. & CANGIOTTI, F. (2012). *Maestri senza cattedra*. Antigone, Torino.
- SANDER, L. (2007). *Sistemi viventi. L'emergere della persona attraverso l'evoluzione della consapevolezza*. Raffaello Cortina, Milano.
- SASSOLAS, M. (1997). *Terapia delle psicosi. La funzione curante in psichiatria*. Borla, Roma, 2001.
- SCHAFER, R. (1983). *L'atteggiamento analitico*. Feltrinelli, Milano, 1984.
- SCHORE, A. N. (1994). *Affect Regulation an the Origin of the Self. The Neurobiology of Emotional Development*. Lawrence Erlbaum.
- SCHORE, A. N. (2003a). *I disturbi del Sé. La disregolazione degli affetti*. Astrolabio, Roma, 2010.
- SCHORE, A. N. (2003b). *La regolazione degli affetti e la riparazione del Sé*. Astrolabio, Roma, 2008.
- SCHULTE, J. (2011). Lettura degli inediti di L.Wittgenstein (Ricerche filosofiche). Seminario veneziano, organizzato da L. Perissinotto, Univ. Cà Foscari, Venezia
- SCOTTI, F. & CIOTTI, F. (1985). Follia a due: un caso clinico (un dibattito con D.Meltzer e M.Harris) (Perugia, 5-6.XI.1983). *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, 12,16-38,1985.
- SCOTTI, F. (a cura di) (1987). *Metodologia di valutazione di un servizio psichiatrico. Quaderni di psicoterapia infantile*, vol. 15, 10-212, Borla, Roma.
- SCOTTI, F. & CERLETTI, A. (1997). Organizzazione del servizio di salute mentale e narcisismo del paziente. In: *Disturbi di personalità e terapeutica istituzionale. Giornate Psichiatriche di Folgaria 1997. Psicoterapia e Istituzioni IV*,2,133-144,1997.
- SEARLES, H.F. (1965). Integrazione e differenziazione nella schizofrenia. In: *Scritti sulla schizofrenia*. Boringhieri, Torino, 1974.
- SIEGEL, D. (2007). *Mindfulness e cervello*. Raffaello Cortina, Milano, 2009.
- SPADONI, A. (2005). Lettera al Direttore. *Rivista di Psicoanalisi* 51: 1345-1354.
- TRONICK, E. (2008). *La regolazione emotiva nello sviluppo e nel processo terapeutico*. Raffaello Cortina, Milano.

- TWEMLOW, S.W. – PARENS, H. (2006) “Might Freud's legacy lie beyond the couch?”. *Psychoanalytic Psychology*, Vol 23(2), 2006, 430-451.
- WHEELIS, A. (1956). The Vocational Hazards of Psycho-Analysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37: 171-184
- WINNICOTT, D.W. (1954). Gli aspetti metapsicologici e clinici della regressione nell'ambito della situazione analitica. In Winnicott D.W.(1958). *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze, 1975.
- WINNICOTT, D.W. (1956). La preoccupazione materna primaria. In Winnicott D.W. (1958). *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze, 1975.
- WINNICOTT, D.W. (1958). *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze, 1975.
- WINNICOTT, D.W. (1960). La teoria del rapporto infante-genitori. In Winnicott D.W.(1965). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando, Roma, 1970.
- WINNICOTT, D.W. (1962). I fini del trattamento psicoanalitico. In Winnicott D. W. (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando, 1970, Roma.
- WINNICOTT, D. W. (1964). L'importanza del setting nelle situazioni regressive in psicoanalisi. In Winnicott, D. W. (1989). *Esplorazioni psicoanalitiche*. Raffaello Cortina, Milano, 1995.
- WINNICOTT, D. W. (1970). La cura. In Winnicott, D. W. (1986). *Dal luogo delle origini*. Cortina, Milano, 1990.
- WINNICOTT, D. W. (1971). L'uso di un oggetto e l'entrare in rapporto attraverso identificazioni. In Winnicott (1971). *Gioco e realtà*. Armando, Roma.
- WINNICOTT, D. W. (1971). *Gioco e realtà*. Armando, Roma.
- WINNICOTT, D.W. (1989). *Esplorazioni psicoanalitiche*. Raffaello Cortina, Milano, 1995.
- ZENNARO, C. (1994a) Sigmund Freud, Ludwig Binswanger, Briefwechsel,1908-1938. *Rivista di Psicoanalisi*, 1994, 1, 143-150.
- ZENNARO, C. (1994b). Gaetano Benedetti 'Psychotherapie als existentielle Herausforderung'. *Rivista di Psicoanalisi*. 1994, 3, 567-569.
- ZUCCHINI, G. (2008). Setting psicoanalitico e istituzione psichiatrica. *Quaderni degli Argonauti* 15, 43-50.