

Psichiatria e Psicoanalisi: i cosiddetti pazienti ‘incurabili’

Jacqueline Amati Mehler

Questa riflessione nasce dal bisogno di esplorare assieme le basi concettuali e metodologiche che condizionano l’approccio che sia la Psichiatria sia la Psicoanalisi intrattengono con la psicopatologia. Due discipline che, nel corso del tempo e nell’ambito di culture diverse, hanno intrattenuto rapporti che si declinano secondo un continuum che, da una più o meno velata diffidenza reciproca, si estende talvolta, fino a una sovrapposizione con la perdita dei confini e delle mutue competenze.

Tra le due si situa la cosiddetta psichiatria dinamica nell’ambito della quale si è svolta, negli USA, la mia formazione e la mia esperienza psichiatrica prima di venire ad abitare in Italia. Una psichiatria con una impostazione che aveva già superato il criterio che vigeva presso i pionieri di Chestnut Lodge o della Menninger Clinic, per i quali l’aspetto essenziale nel trattamento di un paziente psichiatrico era il suo rapporto con il proprio psicoterapeuta.

Era subentrato invece il criterio per cui il paziente, tanto più se ricoverato, interagiva anche con altri operatori che dovevano quindi coltivare per ciascun ruolo differenziato, la conoscenza dell’interazione interpersonale a diversi livelli con il paziente e tra gli operatori stessi.

L’addestramento e la pratica della psichiatria dinamica si svolgeva tutta in uno stesso ambito ospedaliero, e comportava del lavoro in reparti organizzati secondo certi criteri e altre molteplici attività clinico-teoriche le quali

- addentrandosi nella vicenda passata e presente di ciascun paziente a carico (si badi bene, non in psicoterapia ma a carico) sin dal momento delle prime consultazioni - ne affrontava e valutava la situazione specifica e il conseguente programma terapeutico, sia dal punto di vista farmacologico, occupazionale che di psicoterapia. Il tutto, quindi, in un contesto formativo che tendeva a sviluppare l’uso attento della funzione dell’ascolto e della parola - non per interpretare - ma per capire meglio il rapporto tra l’accadere intrapsichico e quello interpersonale a tutti i livelli. Una psichiatria dinamica che -- attratta dalla psicoanalisi come teoria del funzionamento mentale e convinta dell’importanza dell’inconscio, della matrice relazionale

nell'organizzazione della psiche e del suo potere esplicativo di tante sofferenze psicofisiche - aveva creato un campo di fertile collaborazione nell'ambito della cura del disagio mentale, nonché nella formazione di operatori più edotti del cosiddetto mondo sommerso della psiche. L'impatto con le dinamiche dell'accadere psichico nell'ambito contenente offerto dalle supervisioni istituzionali diversificate per ciascuna attività (rapporto con le famiglie, la scuola, il lavoro dei pazienti ecc.) mentre aiutava a capire e gestire le situazioni incitava a non oltrepassare soglie per le quali un operatore non analizzato o non abbastanza esperto nel suo campo specifico non era attrezzato.

L'anniversario ventennale della legge 180, ci ripropose già appassionate discussioni sulle cause del disturbo psichico, ma anche la confusione relativa ai campi di competenza tra i diversi operatori della salute mentale, tra le discipline e le professioni di Psicologo, Psicoterapeuta, Psichiatra e Psicoanalista.

La legge sulla psicoterapia, a mio parere, ha contribuito ad aumentare la confusione di confini e competenze. Oggi la situazione è, infatti, ancor più complicata, visto che vi si sono aggiunte una serie di parametri sociali e politico-legislativi per cui ciò che è diventato un "oggetto prezioso" da contendersi sembra essere il diritto di esercitare la Psicoterapia, divenuta - a torto- sinonimo della cura del malato mentale. E così, è con un certo sconforto, ma non senza speranze, che mi troverò - nel proporvi il mio punto di vista- a ripetere cose già dette.

Mentre pazienti adatti a fare una psicoanalisi vengono spesso e per lungo tempo manipolati da ogni genere di terapia, suscita non poca perplessità -per contro - vedere casi di pazienti che potrebbero ragionevolmente giovare di una buona cura farmacologica e di un ascolto attento, divenire bersaglio di facili interpretazioni psicoanalitiche, magari corrette secondo i testi o la teoria, che a loro però non si addicono o non possono giovare sia perché inopportune, sia perché non elaborabili fuori da un setting adeguato.

Dico questo in modo più o meno provocatorio perché la psicoanalisi mal intesa porta spesso, nell'ambito delle istituzioni, a pensare che ciò che conta più di tutto sia un'eventuale psicoterapia, considerando come superflue e quindi di pari passo

omesse tutta una serie di azioni importanti sia per il paziente che per la formazione degli operatori.

Ho sentito parlare, talvolta come di operazioni sconvenienti e da evitare, il fare un'anamnesi, redigere una cartella clinica, o l'apprendere a fare accurate e attente valutazioni diagnostiche - che si possono e si dovrebbero invece fare. senza spaventarsi di questa parola poiché la parola 'diagnosi' non necessariamente rimanda ad una nosografia tradizionale e non dinamica che, dietro le etichette, nega la realtà psichica, soprattutto inconscia.

In passato gli psicoanalisti in genere si guardavano bene dal ricevere o analizzare pazienti molto disturbati o psicotici perché considerati soltanto come malati tributari di una psichiatria tradizionale; oggi che per molti di noi, sia analisti che psichiatri, questo è cambiato, non abbiamo a nostra disposizione sufficienti strutture idonee ad occuparsene . Alla pari di molti altri analisti, penso che oggi, senza introdurre parametri, il nostro metodo specifico possa comprendere patologie che la teoria classica considerava non analizzabili. Il lavoro clinico mostra anche come taluni pazienti psicotici siano più analizzabili di qualche paziente nevrotico, che potrebbe invece beneficiare meglio di una buona psicoterapia. Tuttavia, entrambi possono in qualche punto del loro processo terapeutico (ambulatoriale) necessitare del intervento o di un contributo istituzionale come dirò poi.

Cosa possiamo fare oggi, infatti, nei riguardi di pazienti che ci confrontano con livelli di organizzazione psichica più primitivi per i quali non è indicata soltanto una cura farmacologica o per i quali non sia sufficiente ricorrere a una psicoterapia ambulatoriale? Quei casi di patologie gravi che suscitano non poche angosce e reazioni controtrasferali nei terapeuti o negli operatori degli ambulatori? Mi torna alla mente una frase significativa di Narracci che, in un suo lavoro che affronta la mancanza di cure adeguate per questi casi, afferma che i DSM "...dovrebbero scegliere di occuparsi prioritariamente di situazioni psicopatologiche gravi, almeno per il settantacinque per cento della loro utenza e smetterla di usare i pazienti nevrotici come uno scudo per ripararsi dall'invasione psicotica."

Mi sembra che oggi allorché si inserisce nuovamente un potenziale intervento legislativo, sarebbe importante riuscire a trovare, con i nostri strumenti, proposte adatte al trattamento di quelle patologie o situazioni di cui le strutture attuali non riescono a farsi carico. Ciò comporta anche una strategia mirata a formare nuove leve di operatori secondo una diversa concezione della cura di quei pazienti che erano destinati ai manicomi e che oggi non hanno neppure una casa.

Dopo tutto questo, quanto vi dirò può sembrare paradossale venendo da uno psicoanalista, ma – come ho già fatto due decenni fa - non perdo la speranza che le "occasioni mancate" ci possano vedere impegnati al servizio di un recupero risanatore della psichiatria e soprattutto a favore di una organizzazione istituzionale che contempra tempi di degenza congrui e la consapevole gestione della psicosi parte integranti della formazione non solo di nuove leve di psichiatri.... ma anche di psicoanalisti.

Non vi sono oggi quasi teorie che non riconoscano in certi momenti della evoluzione patologica di un malato, o nel corso del suo processo terapeutico, una situazione che necessita di manovre di "contenimento", che, a mio avviso è un altro dei concetti che - assieme a quello dei compiti della psichiatria — ha subito una perversione molto tragica.

Un paziente si può trovare nella situazione che io semplicemente definirò come il momento in cui "non può stare solo" e non può essere autosufficiente, o perché troppo regredito, o perché delirante, o perché in preda a impulsi suicidi o omicidi. Queste sono situazioni nelle quali si rompe un equilibrio interno, per l'irruzione irrazionale di aspetti o impulsi infantili non controllabili dalla parte matura o meno malata della personalità.

L'istituzione psichiatrica dovrebbe appunto essere concepita come quella struttura che raggruppa persone in grado di offrire uno spazio, un luogo, un contenimento che può anche dover essere lungo, e una terapia adatta, laddove, essendo fallita l'interazione tra l'individuo (con il suo bagaglio psicologico innato), e il mondo esterno, si determina la malattia mentale.

A mio parere questo spazio non può e non deve essere un reparto, parte di un ospedale policlinico; questa visione che risponde ad argomentazioni tese a rendere il

paziente psichiatrico meno gravato dal sentirsi “disturbato” mi sembra risponda paradossalmente a una celata negazione della malattia psichica da parte degli stessi operatori o legislatori.

Certo, l'ospedale psichiatrico, così come era, non rispondeva al compito di una psichiatria intesa non come luogo di esclusione, ma come luogo al quale potersi affidare nei momenti di crisi, o per situazioni che richiedano cure e/o contenimento a lunga scadenza. Lo si è quindi abolito facendo un'operazione distruttiva anziché trasformativa.

Dall'abolizione di una perversione — l'ospedale psichiatrico inteso per segregare il folle — ne sono nate altre: 1) la malattia come inesistente se non come espressione sociale; 2) la paura di stabilire la differenza fra stati che necessitano di stare "dentro" (ricovero) - e quindi situazione medica acuta - e stati che consentono al paziente di stare "fuori"; 3) l'ideologia che mette a suo servizio un superamento delle diversità nella funzione degli operatori: i confini di identità e competenze appena si distinguono; e così la già confusa realtà interna di un paziente psicotico si fonde con una realtà esterna altrettanto confusa e poco stabile.

Ora, pur riconoscendo che ogni buon rapporto può essere terapeutico, una psicoterapia di derivazione psicoanalitica è tuttavia un tipo di rapporto particolare o diverso. Un considerevole numero di psichiatri è passato da una posizione nettamente ostile alla psicoanalisi ad una posizione radicalmente opposta, e cioè di scoperta della bontà della psicoanalisi ovunque applicabile.

A mio parere tutte e due queste posizioni escludono una psichiatria che possa svolgere il suo compito nei confronti della malattia mentale nonché un adeguato uso della psicoanalisi nel campo della salute mentale.

Sono convinta che uno psichiatra a contatto con pazienti soprattutto psicotici, deve avere due fondamentali strumenti a disposizione:

1) da una parte un ospedale psichiatrico, se è una questione di nomi — che a me appare tale - chiamiamolo pure diversamente, con personale appositamente formato;

2) dall'altra parte, tutte le conoscenze teoriche che gli rendano comprensibili le funzioni della psiche, tra cui indubbiamente quella psicoanalitica occupa un posto preponderante.

Ciò detto, occorre fare delle precisazioni e un tentativo di capire come si può agire nelle istituzioni e in che maniera gli psicoanalisti possono offrire la loro competenza nell'ambito della odierna situazione della sanità mentale.

Purtroppo soltanto una minoranza degli analisti lavora stabilmente all'interno delle diverse strutture. La maggior parte dei colleghi, invece, spinti dall'ansia di incidere a livello istituzionale rispondono con un intervento esterno di supervisione alla richiesta più pressante, che è quella della formazione di psicoterapeuti.

Le conoscenze di uno psicoanalista possono – nel contatto con gli infermieri, assistenti sociali, psicologi, studenti di medicina e di psichiatria - fornire molto di più che un modello interpretativo così facilmente imitabile e che paradossalmente spesso va a scapito del rapporto.

A mio parere la formazione di operatori non può e non deve coincidere con il diventare psicoterapeuti e penso che utilizzare la psicoanalisi e gli psicoanalisti in modo prevalente -per insegnare a fare della psicoterapia ad orientamento psicoanalitico sia una tattica che è perdente.

E' perdente per la psicoanalisi come disciplina, perché nella maggior parte dei casi ciò che viene insegnato come psicoterapia spesso è una forma riduttiva di psicoanalisi che viene utilizzata necessariamente poi, a livelli imitativi, o perlomeno in molti casi, in maniera non aderente all'identità profonda dell'operatore. Per di più coloro che ne fanno uso sono spesso inconsapevoli del pericolo sia regressivo che iatrogeno di interpretazioni inopportune anche se corrette e, inoltre, sono dimentichi della mancanza di strutture atte a raccogliere e contenere malati nonché operatori che possono avere –e non di rado succede- un crollo psichico nel corso della psicoterapia.

E'perdente anche per lo sviluppo della psichiatria in senso psicomodinamico poiché resta pur sempre non colmo lo spazio intermedio tra psichiatria tradizionale e una nuova psichiatria che, abbracciando la psicoanalisi soprattutto come una tecnica interpretativa, rischia di trascurare quanto possa essere inefficace se non è

accompagnata da un addestramento professionale che promuova il potenziale trasformativo e terapeutico dell'ambiente dentro e fuori dalle strutture.

Vorrei chiudere con una citazione di A Pazzagli che dice “ Lo specifico dell'attività psichiatrica sta nell' accoglimento dell'agire, rispondendo anche con azioni, ma continuamente tentando di ampliare l'area del comprendere in uno spazio che non deve mai essere né puro agire né puro accogliere”.