

Sul concetto psicoanalitico di "integrazione" nel trattamento dei disturbi psicotici

Alessandro Grispini

Il contributo che la psicoanalisi ha dato alla comprensione della psicopatologia e della relazione terapeutica con il paziente psicotico è un fatto indiscutibile, ma la fiducia della comunità scientifica riguardo al suo valore terapeutico nel trattamento di questi disturbi sta vivendo una lunga fase di stagnazione, se non di aperto dissenso. Il progressivo imporsi di una psichiatria biologica sempre più *mindless* e de-soggettivata sembra oscurare la popolarità e la fiducia terapeutica nella psicoanalisi; dall'altro canto, proprio perché incommensurabili, il modello biologico e le proposte psicoanalitiche non sono incompatibili, bensì suscettibili di integrazione (Martini, 1998,p.82). E' su questo terreno – quello dell'integrazione – che si gioca la partita del problematico incontro fra psichiatria e psicoanalisi.

In questa nota prenderò in esame una particolare accezione del concetto di integrazione: il trattamento integrato dei pazienti psicotici da parte di una équipe multiprofessionale. Come è noto, nella cosiddetta “cultura dei servizi” la bandiera dell'integrazione ha sempre avuto molto successo poiché si è sempre ritenuto che, per attuare interventi terapeutico-riabilitativi efficaci con pazienti schizofrenici, fosse necessario mettere in campo diverse competenze professionali, proprio in virtù della complessità dei bisogni che questi pazienti presentano. Le peculiari vicissitudini della psichiatria di comunità hanno posto sin dalle prime esperienze la necessità di fondare uno stile lavoro centrato sull'équipe integrata. Il modello di équipe nella psichiatria istituzionale, non solo quella italiana, può essere a ragione definito "*needed-adapted*": i pazienti psicotici presentano bisogni complessi (biologici, psichici, sistemici, sociali) e su ognuno di questi bisogni (manifesti) interviene una specifica figura professionale. Questa impostazione è coerente con il paradigma attualmente dominante – il modello bio-psico-sociale – che comincia tuttavia a mostrare tutti i suoi limiti concettuali e pratici (Ghaemi, 2009).

La mancanza di una cultura psicoanalitica nella corrente psichiatrica dominante ha ostacolato una autentica riflessione teorica e pratica sul concetto di integrazione. Il risultato è che la pratica dell'integrazione si risolve in una sovrapposizione di interventi, spesso in conflitto fra loro e senza un filo conduttore sufficientemente coerente.

In questa breve nota proporrò una riflessione teorica ed operativa del concetto di integrazione dal punto di vista psicoanalitico che possa avere un valore pragmatico e non retorico; ciò appare quanto mai necessario nella cultura dei servizi psichiatrici pubblici nei quali è facile sviluppare una letteratura psicoanaliticamente orientata, ma assai più arduo è tradurla in pratiche terapeutiche ¹.

Partendo dalla clinica è opportuno rammentare che non esiste una sola modalità di trattare psicoanaliticamente i pazienti schizofrenici. Il modello gerarchico dell'apparato psichico (Gedo e Goldberg, 1973), ripreso da Arrigoni Scortecci (1988), consente di definire almeno tre dimensioni prevalenti dell'organizzazione psichica che possono dare luogo a diversi modelli di intervento. Nei casi più gravi, in cui domina una condizione di grave indifferenziazione somato-psichica ed in cui l'apparato mentale funziona secondo il modello dell' "*arco riflesso*" (*Livello 1*), l'intervento va nella direzione della "pacificazione", cioè nella costruzione di un ambiente contenitivo che mira a ridurre l'impatto degli stimoli su una organizzazione latente in cui la mentalizzazione è gravemente compromessa. Sono questi i casi in cui può essere più opportuno un intervento in una comunità terapeutica.

Ad un livello di organizzazione più elevato, il modello dei "*nuclei sparsi*" (*Livello 2*) l'obiettivo del trattamento è quello di tentare una rudimentale "riunificazione" di aree scisse per strutturare un comportamento finalizzato. L'interiorizzazione di frammenti di funzioni psichiche deficitarie è l'obiettivo primario della relazione terapeutica. *Per questi pazienti è fondamentale un lavoro di équipe integrata.*

Ad un livello ancor più organizzato (*Livello 3*), in cui il paziente è in grado di produrre costruzioni deliranti sufficientemente strutturate, è indicato un intervento psicoterapeutico psicoanaliticamente orientato in un contesto duale, con tutte le insidie e difficoltà legate allo sviluppo della relazione, come ad esempio lo sviluppo di transfert psicotici che inglobano l'analista o la presenza di fenomeni di appersonificazione e transittivismo ben descritti da Freeman (1988).

Da quanto precede, è possibile evidenziare due fondamentali declinazioni del concetto di "integrazione" fra psicoanalisi e psichiatria. La *prima*, ben nota e di ampia portata, riguarda il recupero della soggettività e di una diagnosi strutturale del funzionamento psichico al servizio della strategia terapeutica più adatta; la *seconda*, ha a che fare anche con una strategia operativa che sembra particolarmente adatta per un sottogruppo di pazienti.

¹ A proposito della problematica integrazione fra psichiatria e psicoanalisi si veda l'editoriale di Rossi Monti su *Psiche* (2013).

In ogni caso, e questo è uno dei principali contributi che la psicoanalisi può offrire alla psichiatria, la strategia terapeutica ottimale deve includere un livello diagnostico in cui trova spazio la comprensione della realtà interna e dei bisogni specifici latenti (Zapparoli, 1988) che ciascun paziente presenta sotto forma di derivati.

Restringendo la riflessione *sull' "integrazione come strategia di trattamento*, dobbiamo ammettere che essa, prima ancora di rappresentare un'opzione teorica, costituisce una necessità pratica. La maggior parte di pazienti psicotici (e con questo aggettivo mi riferisco ai cosiddetti disturbi schizofrenici, schizo-affettivi, disturbi del Cluster A e ai livelli più bassi delle organizzazioni borderline) che appartengono ai livelli 1 e 2 del modello di Gedo e Golberg (1973) possono essere trattati solo in un contesto istituzionale attraverso il coinvolgimento attivo di più figure professionali che funzionano come una micro équipe integrata.

In precedenti lavori (Grispini, De Angelis, 1996; Di Cesare, Grispini, Villa 1998), ho cercato di ripensare il significato più autentico del concetto di *"integrazione"* per descrivere un modello di intervento integrato in équipe informato ai principi psicoanalitici.

Fra le molteplici letture dei disturbi psicotici, quella che costituisce il fondamento del modello che propongo mette al primo posto la disintegrazione dell'esperienza interna e la mancanza di unità nella struttura basilare del Sé, una disintegrazione che ha un fondamento originario di natura somatopsichica il quale, interagendo con l'ambiente primario, si organizza nel tempo in una peculiare realtà interna ed oggettuale.

Muovendo da queste premesse, l'équipe psicoanaliticamente integrata si propone tre obiettivi: (a) favorire nel paziente psicotico la interiorizzazione di funzioni psichiche deficitarie attraverso la relazione con le varie figure dell'équipe, (b) innestare nuclei di attività mentale (proto-) simbolica (Benedetti, 1991), (c) promuovere una costante analisi delle relazioni transferali e controtransferali fra il paziente ed i curanti al fine di riunificare aree frammentate della sua esperienza interna.

In altri termini, la strategia terapeutica è centrata sulla parziale ricostruzione dell'apparato mentale oltre sulla decifrazione dei contenuti mentali.

La via metodologica per raggiungere questo scopo risiede nel promuovere un funzionamento integrato nell'équipe curante; in assenza di una autentica integrazione fra i membri dell'équipe, nessuna parziale integrazione del paziente è possibile. In via teorica il processo curativo prevede una prima fase in cui l'integrazione vicariante

offerta dall'équipe contrasta la non integrazione del paziente; in una seconda fase, può accadere che il paziente sia in grado di introiettare frammenti di questa funzione per poi costituire abbozzi stabili e personali di nuove funzioni psichiche.

Per conseguire una sufficiente integrazione nell'équipe mi sembrano essenziali tre momenti:

- (a) la comprensione psicoanalitica dei bisogni del paziente non solo di quelli manifesti, ma soprattutto di quelli latenti (la maggior parte degli interventi concreti attuati nelle équipe *needed adapted*, tipica della psichiatria istituzionale di miglior tradizione, si concentra invece su quelli manifesti);
- (b) la diagnosi accurata delle funzioni psichiche deficitarie (Greenspan, 1986) e del loro grado di "compensabilità" (Robbins, 1992);
- (c) un modello di lettura delle vicissitudini affettive, transferali e controtransferali all'interno delle relazioni fra membri dell'équipe ed il paziente (nonché una capacità di leggere psicoanaliticamente i riflessi che tutto ciò determina nelle relazioni fra i membri dell'équipe).

Si tratta di compiti complessi che comportano la necessità di un coordinamento/supervisione sul funzionamento dell'équipe in azione.

La questione della *valutazione delle funzioni psichiche* non va interpretata in termini di mera neuropsicologia, ma in senso relazionale. Le funzioni psichiche (autoregolazione, capacità di sintonizzarsi nella relazione primaria, investimento umano, differenziazione somato-psichica, ecc.) sono infatti costrutti che descrivono modi di essere del paziente nell'esperire se stesso ed il mondo che con cui si relaziona. La difficoltà, ad esempio, che alcuni pazienti mostrano nell'omeostasi e nella autoregolazione degli affetti diventa immediatamente un fatto relazionale poiché induce risposte specifiche messe in atto da parte dei curanti. L'analisi della funzione psichica maggiormente compromessa rientra così a pieno titolo nella comprensione psicodinamica di un aspetto della relazione e può suggerire opportune misure terapeutiche.

La questione metodologica legata all'*analisi delle vicissitudini affettive, transferali e controtransferali all'interno delle relazioni fra membri dell'équipe ed il paziente* costituisce il momento decisivo per raggiungere un grado adeguato di integrazione.

Come ha mostrato Correale (1991, 1999) l'équipe presenta livelli multipli di funzionamento. Alcuni sono operanti solo sul piano inconscio, altri suscettibili di divenire coscienti attraverso derivati e dunque analizzabili.

L'équipe costituisce l'area della messa in scena del mondo interno del paziente attraverso un insieme di *transfert multipli* che coinvolgono ciascuna delle figure curanti nonché il contesto organizzativo all'interno del quale si concretizza l'intervento. La possibilità di leggere psicoanaliticamente questi materiali può consentire una più profonda comprensione della realtà interna e dei bisogni inconsci del paziente. Questo metodo può consentire di calibrare gli interventi muovendo da quanto emerge dalla realtà interna del paziente e non soltanto dalla prospettiva soggettiva dei curanti.

Vorrei approfondire la questione dei differenti livelli di funzionamento nella équipe dei curanti.

Il *primo livello* riguarda i processi affettivi dell'équipe e può essere teorizzata ricorrendo al concetto blegeriano di "funzione sincretica", un deposito emozionale non pensabile e sostanzialmente inconoscibile, ma fortemente operante nel costruire un particolare stile di relazione fra i membri dell'équipe.

Il *secondo livello*, più mentalizzabile e suscettibile di analisi, riguarda la presenza di eventuali "assunti di base" che, se non adeguatamente analizzati ed interpretati, condizionano negativamente l'agire terapeutico ed il funzionamento dell'équipe.

Il *terzo livello* costituisce il dominio delle relazioni transferali e controtransferali che il paziente instaura con i curanti. I membri dell'équipe possono così impersonare differenti aspetti della realtà interna del paziente (particolari frammenti di relazioni oggettuali, richieste transferali da parte del paziente di vicariare specifiche funzioni mentali danneggiate o di sostenere abbozzi salutari del mondo interno). Questo livello è particolarmente delicato sul piano della tecnica poiché la comprensione non va rivolta esclusivamente al transfert del paziente, bensì in primo luogo ai (contro) transfert dei curanti che, a loro volta, sono condizionati dal tipo di paziente, dalle specifiche realtà interne dei curanti, dallo stile affettivo dell'équipe e dalla inevitabile presenza di assunti di base nel gruppo di lavoro.

In assenza di un adeguato lavoro di supervisione e/o coordinamento fra membri dell'équipe si producono inevitabilmente dei conflitti che mettono in scena le identificazioni patologiche ed i conflitti che abitano il paziente.

Deve inoltre essere tenuto molto fermo il principio tecnico che la relazione transfert-controtransfert possiede anche una dimensione simmetrica. Per tale ragione se è indiscutibile che la natura delle reazioni transferali del paziente induce specifiche reazioni controtransferali, è altrettanto vero che i (contro)transfert dei curanti, che si concretizzano attraverso gli interventi terapeutici, condizionano le risposte del paziente.

Esiste, infine, un *quarto livello* del funzionamento del gruppo curante che riguarda la comparsa di abbozzi di identità creativa ed evolutiva per il paziente. A volte è egli stesso che può comunicarlo nel transfert, altre volte scaturisce da fantasie di qualcuno dei curanti. Anche questo aspetto è molto delicato da maneggiare sul piano tecnico poiché questi abbozzi di identità, specie se li produce il paziente, si manifestano attraverso formazioni sintomatiche che non sempre è facile ridefinire in termini evolutivi.

Per riassumere, l'intervento integrato in équipe rappresenta una delle possibili modalità attraverso la quale si costruisce una collaborazione fattiva fra psicoanalisi e psichiatria. Esso è indicato nel trattamento dei pazienti psicotici che presentano livelli deficitari multipli e che organizzano il loro mondo interno su nuclei di identità non organizzati. Lo scopo del trattamento mira a favorire nel paziente una parziale "riunificazione" dei nuclei sparsi e la interiorizzazione di funzioni psichiche deficitarie attraverso la relazione con le varie figure dell'équipe. La costruzione di una relazione contenitiva e non spaventosa può favorire l'*innesto* di nuclei di attività mentale (proto-) simbolica nel paziente. In questo risiede l'intima natura psicoanalitica dell'intervento.

Lo strumento tecnico per tentare di raggiungere questi obiettivi è fondato sulla costante analisi delle relazioni transferali e controtransferali fra il paziente ed i curanti.

Questo livello di analisi consente, con l'aiuto di una supervisione, la comprensione dinamica dei bisogni latenti e ciò fornisce una bussola per proporre interventi più orientati al paziente e meno ai bisogni inconsci dei curanti.

Riferimenti bibliografici

Arrigoni Scortecci M. (1988), La tecnica del trattamento degli stati psicotici, in Semi A.A. (a cura di), *Trattato di psicoanalisi*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1988.

Benedetti G. (1991), *Paziente e terapeuta nell'esperienza psicotica*, Bollati Boringhieri, Torino.

Correale A. (1991), *Il campo istituzionale*, Borla, Roma.

Correale A. (1999), Il lavoro di équipe, in: Berti Ceroni G. e Correale A. (a cura di), *Psicoanalisi e Psichiatria*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1999.

Di Cesare G., Grispini A., Villa G. (1998), *Psicosi e violenza. Le ambiguità della cura psichiatrica*, Carocci Editore, Roma.

Freeman T. (1988), *The Psychoanalyst in Psychiatry*, Karnac Books, London.

Ghaemi S.N. (2009), The rise and fall of biopsychosocial model, *Br.J. of Psychiatry.*, 195: 3-4, 2009)

Gedo J., Goldberg A. (1973), *I modelli della mente*, tr. it., Astrolabio, Roma, 1975.

Greenspan S.I. (1986), Approccio evolutivo alla psicopatologia: prospettive emerse dal lavoro clinico, in: Feinsilver D.B. (a cura di), *Un modello comprensivo dei disturbi schizofrenici*, tr.it., Raffaello Cortina Editore, Milano, 1990).

Grispini A., De Angelis I. (1996), Valenze psicoterapeutiche dell'équipe nel trattamento dei pazienti schizofrenici, *Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale*, vol.14, n.3, 323-337.

Martini G. (1998), *Ermeneutica e narrazione*, Bollati Boringhieri, Torino.

Robbins M. (1992), Psychoanalytic and biological approaches to mental illness: Schizophrenia, *J. Am. Psychoanal. Ass.*, vol. 40,n.2, 425-454.

Rossi Monti M. (2013), Editoriale, *Psiche*, 1/13.

Zapparoli C.G. (1988), *La psichiatria oggi*, Bollati Boringhieri, Milano.