

## **La presa in carico tra repressione ed abbandono. Breve storia delle istituzioni psichiatriche e del rapporto psichiatria psicoanalisi.**

**Adolfo Pazzagli**

Una storia delle istituzioni psichiatriche, anche breve e schematica, richiederebbe un intero corso. Qui invece essa è una specie di introduzione al problema dei rischi di degenerazione della cura, considerando che praticamente da sempre nel campo dei disturbi mentali si è oscillato fra un atteggiamento di controllo dei sintomi, che è un tipo di cura e quello della persona, che, se è il solo provvedimento messo in atto, è pura repressione – ed uno di comprensione della persona stessa la quale è proprio anche attraverso i suoi sintomi che sta anche chiedendo aiuto. Una visione “medico – meccanicistica” la prima ed una “umanistica” la seconda, per dirla con Holt (1975).

Nel campo psichiatrico in realtà le nostre concezioni della malattia psichiatrica hanno, ovviamente, risentito in modo fondamentale del fatto che anche coloro che se ne occupano, gli operatori, sono “umani”, esseri sociali, in relazione con altri esseri umani e quindi portatori di loro visioni del mondo psichico e della malattia, di timori e angosce legate all’ esistenza, di disturbi psichici e di angosce legate a tali disturbi.

“On the human nature of human nature” ha scritto Leon Eisenberg, sostenendo che mentre gli astri mostrano “sublime” indifferenza alle nostre teorie astronomiche, invece il nostro modo di comportarci con gli esseri umani risente delle nostre teorie sull’umanità ed i suoi problemi.

Così le istituzioni psichiatriche, schematizzando molto, forse troppo, nacquero per isolare i malati per ragioni che si collegano coi terrori dei sani che sentono possibile questo divenire folli restando umani; per ragioni di cura , di sicurezza ma anche per ragioni economiche, di rendimento lavorativo basso etc. L’idea della “cura” era mantenuta anche attraverso teorie ad hoc del disturbo, nel migliore dei casi delle razionalizzazioni: persone incapaci di vivere con gli altri venivano poste in luoghi ameni, alberati, tranquilli, dove si poteva pensare possibile una vita non conflittuale, “protetta”, non stressante ecc. Ma in sostanza a persone che avevano problemi seri, di varia origine, e disturbi gravi della comunicazione nei rapporti interumani e quindi anche nel chiedere aiuto, si limitavano i rapporti a poche persone, anche esse molto disturbate – gli altri ricoverati - attribuendo poi ad alcuni operatori funzioni di controllo, talora necessarie ma che, separate dalla comunicazione affettiva e dal rapporto coi soggetti facilitavano la tendenza alla pura repressione ed al sadismo (medici di sezione che come “vero” lavoro medico facevano, guarda caso, i dentisti e gli anestesisti; infermieri guardiani in realtà impegnati in molteplici altre attività extralavorative).

Per questo la legge di riforma psichiatrica (prima detta 180 poi 833) rappresentò, in Italia, un cambiamento radicale, teorico e pratico nel contempo, nel senso che le nostre teorie sull'uomo influenzano, come si è detto prima, il nostro modo di comportarci con gli umani. Il drastico rifiuto della segregazione aprì prospettive radicalmente nuove e pose nel contempo importanti problemi nel rapporto coi così detti folli, problemi che, con la segregazione, venivano sostanzialmente denegati. La legge fu quindi un'occasione per affrontare i problemi delle persone che soffrono di disturbi psichici ma non fu – e non avrebbe potuto esserlo - una soluzione di per sé.

Si pose in modo ineludibile anche per i folli il problema di come porsi nel contempo di fronte ai sintomi ed alla persona che di essi era portatrice, problema che Sigmund Freud aveva affrontato per i nevrotici a partire dagli “Studi sull'isteria”.

Vi è infatti prepotente anche nei pazienti psicotici gravi la necessità di dare un senso alla loro esperienza (Lucas, 2003), cioè anche alla confusione, al senso di vuoto, di oscuro, ai deliri, alle allucinazioni, a tutto ciò che di perturbante accade loro. Ciò coesiste, in modo conflittuale, con l'aspetto opposto, il tentativo di ignorare il tutto, di denegarlo. E' però compito degli operatori quello di allearsi col desiderio di capire, di dare senso, avendo prima ascoltato, condiviso non solo e non tanto i contenuti patologici quanto anche gli affetti, senza pre-giudizi. L'opposto – negare una parte della realtà, quella “patologica” – non può che contribuire a peggiorare il disturbo

Lo stesso Presidente Schreber mostrò una sorta di “necessità” di scrivere il suo memoriale, nel quale il racconto delle sue esperienze tende a dare a queste un senso, in modo così evidente che Freud lo usò per la comprensione di diversi fenomeni psicotici, anche se non per la loro cura. E' esperienza di tutti la frequenza con la quale gli psicotici anche gravi provano a dare senso, in modo solipsistico, autistico ma cercano anche aiuto attraverso questa operazione di dare senso, un lavoro nel quale, ad esempio, anche deliri possono aiutare, almeno rispetto alle angosce più gravi e minacciose (pseudopodi freudiani di fronte alla minaccia di perdita del rapporto con la realtà). Questa operazione del “dare senso” può essere migliorata e potenziata in una relazione che tenga conto del mondo interno, della storia e delle relazioni attuali e nella quale ciò che è accaduto e che accade possa essere rivissuto. Tutto ciò è un'impresa di marca psicoanalitica, ma di tipo particolare, in quanto può essere necessario un approccio “diverso” - fra virgolette - da quello descritto classicamente per i normal-nevrotici e che prevede che il paziente collabori con l'analista al di là delle sue resistenze, attraverso la possibilità – capacità, evidenziata per la prima volta da Sterba nel 1934, che il suo Io si scinda, in conseguenza del processo analitico, fra una parte che si oppone ed una che collabora alla terapia. Oggi, all'interno della psicoanalisi, disponiamo, in realtà, di teorie e di modalità formative che, schematicamente, tengono conto dell'esistenza e del ruolo degli oggetti

parziali e delle loro relazioni; tutto ciò può permettere di lavorare anche con gli psicotici, attraverso transfert e controtransfert basati sul giuoco proiettivo ed introiettivo degli oggetti parziali. Ma ciò è possibile solo in una parte degli psicotici gravi, esistendo limiti pratici all'accesso all'analisi e limitazioni legate a parametri di analizzabilità non solamente basati su una diagnosi nosografica.

Se però, come si è detto, la relazione con la persona psicotica è fondamentale, occorrerà allora tenere presenti possibilità di trattamento diverse ma che tengano conto di quanto abbiamo appreso dalla pratica psicoanalitica, attraverso le sue teorie e le sue modalità di formazione. Del resto fu S. Freud che teorizzò l'impossibilità di questi pazienti di stabilire una relazione affettiva significativa con gli altri, allorché definì le psicosi come "nevrosi narcisistiche": "Essi (i pazienti affetti da nevrosi narcisistiche) rifiutano il medico non con ostilità ma con indifferenza" (1915); ciò fu spiegato in termini economici (disinvestimento della libido dagli oggetti con investimento dell' Io) e genetico dinamici (regressione a fasi autoerotiche). Il fondamentale pessimismo freudiano – ma sempre espresso con la riserva di possibilità future più ottimistiche - sulla trattabilità attraverso la psicoanalisi dei pazienti schizofrenici fu da lui anche giustificato sulla base di una insufficienza dell' Io di questi pazienti a stabilire una alleanza con l' analista (1933). Occupandosi della complessa relazione che si stabilisce fra analista e paziente, Freud, nei suoi lavori sulla tecnica (1912), infatti, distinse due differenti atteggiamenti del paziente verso la cura: uno di cooperazione ed uno di opposizione legata alla resistenza; convinto della radice sessuale delle attività psichiche, accanto al transfert erotico ed a quello negativo (1912), identificò il c.d. transfert positivo sublimato, nel quale vide il motore della cura, sia analitica che di altro tipo. Si apriva così, attraverso questa distinzione freudiana, un dibattito importante nel movimento psicoanalitico sulla esistenza di una alleanza di lavoro (Greenson) o alleanza terapeutica e sulla sua natura. Come detto fu Sterba (1934) che parlò per primo della "scissione dell' Io" fra una parte che si allea con l' analista ed una parte che può opporsi al trattamento senza interromperlo.

Senza entrare nei particolari del dibattito né sulle diverse definizioni e posizioni, si può dire che l' alleanza di lavoro si stabilisce sulla base di un' esperienza precedente nella quale un individuo ha potuto lavorare e collaborare con un altro. Il prototipo di tale situazione è visto nella relazione del bambino con la madre (Winnicott), col caregiver (nelle teorie sull'attaccamento,) col seno per i kleiniani; si tratta, come dice Etchegoyen (1986), di una esperienza del passato che viene utilizzata per orientarsi nel presente e non di qualche cosa del passato che si ripete irrazionalmente disturbando la valutazione del presente. Questa esperienza, comunque teorizzata, è stata gravemente carente per gli psicotici e questa carenza ha messo in moto circoli viziosi di peggioramento della fiducia nel rapporto con gli altri. Alla fine di una dinamica complessa durante lo sviluppo, al

momento dello scompenso psicotico e poi nella sua eventuale cronicizzazione non si può che considerare, anche al di fuori del processo analitico, questa caratteristica delle psicosi come una perturbazione grave dell'interazione fra il paziente ed i suoi curanti. Altrimenti si perde la possibilità di rapporto col paziente e le sue parti malate, rinunciando a possibilità di cura che non siano quelle "meccanicistiche" del tentativo di cancellare i sintomi, prevalentemente quelli "positivi" o "produttivi", guarda caso! Così passività, connessa ad una patologia che risale alle prime fasi dello sviluppo, apatia, considerate come sintomi negativi, ma anche, talora in modo eclatante, deliri ed allucinazioni trasmettono all'operatore vissuti del paziente ma anche, quasi sempre, una richiesta di aiuto a cambiare; se questa non fosse presente non vi sarebbe nulla da fare per il Servizio ed i suoi operatori e, di solito, non vi sarebbe neppure un intervento del Servizio, al quale il caso non giungerebbe. Il paziente allora trasmette senso di peso, difficoltà a procedere, opposizione al movimento ma anche, e contemporaneamente, la richiesta di essere aiutato a cambiare. Certo non è facile cogliere il significato ambivalente delle comunicazioni dei pazienti psicotici.

Questa impostazione sembra utile per comprendere ciò che comporta il termine "**presa in carico**" da parte dei Servizi per la salute mentale. Questo concetto, che si è sviluppato nel servizio pubblico, ha un'evidente radice nell'obbligo dei servizi di non selezionare i pazienti, di accogliere tutti. Questo tipo di accoglimento si avvale allora di una sorta di contratto pubblico istituzionale che è, di fatto, burocratico, impersonale. Corrisponde al "carico di lavoro" degli operatori, che è quantità misurabile per indagini statistiche.

Esso però è anche collegabile, in chiave di psicologia e di psicopatologia psicoanalitiche, con la percezione, nel campo del transfert - controtransfert, che la apatia e passività del paziente, che la possibilità dell'esistenza di violenza improvvisa, apparentemente immotivata ma che può produrre fratture nel procedere insieme sono comunicazioni dell'esistenza di un transfert con particolari caratteristiche d'instabilità, distruttività, necessità di accoglimento fortissima ma fragile (Pazzagli e Hautmann, 1989). Queste caratteristiche possono portare o al rifiuto del paziente (ad esempio attraverso la teorizzazione di intrattabilità o la prassi di abbandono o segregazione) oppure alla ricerca di modalità di intervento nella quali la fragilità dell'alleanza terapeutica sia sostituita da un atteggiamento diverso, di responsabilità del trattamento anche al di fuori, o prima, dell'alleanza terapeutica. Da qui il farsi attivamente carico dei bisogni di cura del paziente, la presa in carico, della quale stiamo parlando.

Perché ciò possa accadere occorre accettare il senso di peso che la "presa in carico" comporta, la fatica a farsi carico delle più gravi forme di follia, la frustrante considerazione che la cura in questi casi non può consistere solo nel "ribaltare" la pratica emarginante e repressiva in una

magicamente liberatoria ma che occorre accettare la necessità di controllo e di spinta sul “carico” per mettere in moto un processo di cambiamento; la rinuncia a ciò può significare cinico abbandono, magari anche attraverso l’idealizzazione del paziente. Occorre allora muoversi fra lo Scilla dell’ abbandono ed il Cariddi della pura repressione, tenendo conto delle caratteristiche psicopatologiche della malattia sulla quale si vuole intervenire e del soggetto che, con essa, ha costruito una modalità di esistenza.

In questa ottica la “presa in carico” non può che essere vista come una prima fase, necessaria ma di per sé insufficiente se è la sola possibile; è invece necessario che essa ci sia con pazienti gravi, multiproblematici, “regrediti” ma che sia considerata come una fase di un progetto che passi dalla “presa in carico” alla cura.

Come si è cercato di dire, questa è una operazione complessa, a rischio di abusi, rifiuti ed errori ma ha una sua precisa base psicologica in carenze del paziente nelle "relazioni oggettuali precoci", nella "fiducia primaria", nelle modalità di attaccamento o come si teorizzi comunque la relazione precoce tra piccolo bambino e chi si prende cura di lui e l’iscrizione nella memoria e nella vita mentale di tale esperienza. Una carenza grave in queste fasi (per caratteristiche del bambino, del caregiver, per carenze e distorsioni nella loro relazione) porterà a carenze nello sviluppo della comunicazione, nell’esistenza stessa di affetti sincronizzabili con quelli degli altri ed a reazioni di rabbia, disperazione, chiusura di fronte ai fallimenti comunicativi. Per questo la "presa in carico" è necessaria per interrompere il circolo vizioso "fallimento - rifiuto - fallimento", offre possibilità almeno di sopravvivenza affettiva e fisica e, nei migliori dei casi, anche opportunità di mutamenti positivi; si tratta, in breve, di un prendersi cura di soggetti che hanno gravi difficoltà nell’ affidarsi e nell’ accettare la possibilità stessa di una buona relazione, trofica e mutativa.

Occorre però avere sempre presente che non si può separare la persona dai suoi sintomi, un fenomeno che sovente avviene talora in servizi impegnati sul piano terapeutico e riabilitativo, ma con un atteggiamento schematicamente descrivibile come "ti voglio bene, ti capisco, ti aiuto volentieri ma, visto che è così, per favore lascia perdere quelle brutte allucinazioni, quei brutti deliri che ti rendono matto e dei quali, ora che ci sono io, non hai più bisogno!". I sintomi invece - anche e, forse, soprattutto quelli produttivi, positivi - "parlano" della storia, degli eventi infantili traumatici, di reazioni psicologiche di rabbia e di disperazione, della fuga dalla realtà (Pazzagli, 1998). L’ ignorarli od il lasciarli alla sola azione "litica" o distanziante dei farmaci, porta inevitabilmente ad una sorta di amputazione della storia che può, in casi estremi, essere uno scopo minimale della terapia ma che deve allora accettare di accompagnarsi ad un grave difetto.

Nella storia di un servizio per la Salute Mentale, molti pazienti sono presi "in carico",

alcuni come rappresentanti emblematici, "alti utilizzatori" "consumatori" voraci delle risorse umane e materiali, in una rincorsa inane a riempire "vuoti" per "bisogni inappagabili" (Pazzagli e Rossi). Ma ciò non è, naturalmente, vero per tutti, anche rimanendo nel novero dei pazienti gravi, con alto carico di dipendenza: alcuni sono "in cura", non solo "in carico". Si può allora supporre che, in questi casi, all'interno del gruppo di lavoro sia intervenuto un passaggio dal dovere istituzionale di risposta (non selezione), che implica una diffusione di responsabilità - carico ed una conoscenza superficiale ed indistinta, ad un rapporto personalizzato; qualcuno del gruppo è stato capace di investire sul paziente, di avviare una relazione di cura.

Una relazione terapeutica personalizzata, privata, si può avviare quindi sulla base di una diagnosi, spesso non espressa e neppure consapevole, di disponibilità alla relazione di aiuto, nel senso dell'aiutare da parte dell'operatore, del rendere possibile l'aiuto da parte del paziente. Il riconoscimento diagnostico, diagnosi di pertinenza, si completa con una diagnosi di appartenenza, con una affiliazione che implica un'attribuzione all'altro di valore in quanto ammalato ed una prospettiva di possibilità di cambiamento. Anche quando ciò accade, l'attivazione di una relazione duale privilegiata, terapeutica, può non essere sufficiente per la complessità dei problemi, personali, familiari, sociali del paziente. Ciò che accade "nelle altre ventitre ore" può nullificare i progressi terapeutici o renderne impossibile l'attuazione. E' spesso allora necessario l'apporto di un gruppo curante e si avvia una delicata seconda fase, dalla quale dipende il mantenimento di un assetto terapeutico. Perché ciò avvenga è necessario che siano presenti le condizioni che rendono possibile che il gruppo degli operatori funzioni come un gruppo di lavoro e che il compito della cura prevalga quindi sulle spinte divergenti. L'argomento è complesso ed implica la considerazione dei fattori che permettono la costruzione ed il mantenimento di un gruppo di lavoro; trascende quindi dagli scopi di questa trattazione. Ci sembra tuttavia da sottolineare come, se il compito riesce, si attivi una dinamica "trofica" fra il terapeuta, che ha avviato una relazione terapeutica, ed il resto del gruppo istituzionale. I possibili significati e stati emozionali del paziente possono essere allora accolti da un gruppo curante che diviene capace di contenere, ascoltare, osservare ciò che altrimenti sarebbe rimasto opaco e travisato dai "pregiudizi" degli operatori. Il gruppo accetta allora e rispetta che i più personali e remoti significati della relazione siano "oggetto" della terapia; la coppia terapeutica accetta di situarsi in un contesto nel quale molti atti delle relazioni che sono al di fuori del loro incontro ha una precisa valenza terapeutica e riabilitativa. E' quindi necessaria la costruzione di un "ambiente" che cerchi di integrare quelle scissioni che tendono a riprodursi in relazione all'organizzazione mentale del paziente grave; con esse e su di esse si deve cercare di "operare", avendone consapevolezza e non "agire" senza pensare od esserne agiti, come accade quando si attivano dilemmatiche scissioni fra

una terapia buona ed una presa in carico cattiva o, viceversa e contemporaneamente, fra interventi ambientali riabilitativi concreti ed efficaci ed una psicoterapia parolaia ed inutile. La prassi indicata da Garcia Badaracco sembra un buon esempio di un modo complesso, corretto, efficace di procedere.

In conclusione spero di aver mostrato che sia prendere in carico che, ovviamente, prendere in cura implicano comunque un contenimento, un holding di un altro che è dipendente, che ha carenze gravi nella capacità di instaurare una alleanza terapeutica. Tuttavia la disposizione psicologica e l'assetto della relazione differiscono nelle due condizioni. La presa in carico riguarda l'attuale, il tempo presente o, più esattamente, una sorta di dimensione atemporale della mente, priva di prospettive e progetti di cambiamento ma anche grandiosamente onnipotente nella paralisi del pensiero e dell'operare. Allora il bisogno espresso dal paziente è concreto, le risposte degli operatori devono muoversi nell'ambito di una materialità che è necessaria alla sopravvivenza ma che ha di per sé poco a che vedere con gli aspetti simbolici e con le "azioni parlanti": si pensi all'inserimento lavorativo, alla collocazione abitativa, al controllo ambulatoriale. Il problema è quanto queste operazioni possano acquistare di valore simbolico o rimangano esclusivamente sul piano del concreto, in quella separazione fra realtà dura e mondo delirante che è una delle caratteristiche importanti del mondo psicotico. In questo senso, allora, la stabilità della dipendenza e la stabilità della passività del paziente possono essere il risultato di una omeostasi al di là della quale c'è il rischio concreto dell'abbandono ma che può essa stessa essere rappresentante dell'abbandono delle possibilità di cambiamento. Come si è detto, la "presa in carico" ha significato solo in funzione di una messa in moto del carico. In questo senso la presa in carico deve acquistare ed incrementare un valore di presa in cura.

Per riassumere:

- la presa in carico di un paziente dipendente e multiproblematico ha senso se tende a trasformarsi in cura, se il controllo è finalizzato al cambiamento;
- ciò può avvenire a patto che si instauri almeno una relazione specifica, individuata all'interno del gruppo di lavoro psichiatrico, altrimenti la gestione è di tipo impersonale, solo istituzionale.
- La presa in cura comporta una previsione temporale di durata della relazione terapeutica e di durata del "tenere in mente" il paziente da parte del terapeuta;
- ciò implica anche una aspettativa di esperienza trasformativa circoscrivibile, nello spazio e nel tempo, altrimenti diviene puro assistenzialismo, di durata più o meno lunga ma in un ambiente paralizzato dalla atemporalità e dall'infinito.
- La previsione di possibili cambiamenti implica ipotesi di esito sull'andamento dei

sintomi e delle disabilità e ciò comporta una definizione degli obiettivi e di un tempo limitato (avente un limite) per cercare di conseguirli;

- Tale previsione limitata deve riguardare anche l'andamento della relazione col paziente. E' quindi necessario focalizzare come obiettivo l'andamento della relazione, il decorso definito, i ritmi, la sequenza delle fasi, la cessazione ad un punto definito.