

STEFANO BOLOGNINI*

Alleanze, collaborazioni e fertili divergenze tra psicoanalisi e psichiatria

Carla Cremonese intervista Stefano Bolognini

Buongiorno dr. Bolognini, siamo stati molto contenti che lei abbia accettato di partecipare con una intervista a questo numero del "Quaderno de gli argonauti", dedicato alle complesse relazioni tra psicoanalisi e psichiatria, consapevoli della sua profonda conoscenza della materia. È pertanto con piacere che le rivolgo alcune domande che possano introdurci nel tema, cercando di visualizzare i possibili terreni di collaborazione e le, talvolta, utili e creative, divergenze. Entrerei subito nel merito: perché psicoanalisi e psichiatria dovrebbero collaborare oggi? E come, realisticamente, lo possono fare?

Storicamente, guardando indietro nel tempo, si deve riconoscere che, probabilmente, ci sono state due tendenze antagoniste: una era la visione idealizzata della psicoanalisi come di una teoria scientifica superiore, in grado di trovare una nuova pratica psichiatrica basata sui suoi sofisticati concetti e sulla sua tecnica; l'altra era la speranza che la psichiatria sostanzialmente risolvesse il tema della malattia mentale con una modalità pragmatica, farmacologica, più rapida ed efficace. Fin dai suoi inizi, la psicoanalisi ha avuto una relazione ambivalente con la psichiatria, ma in particolare durante gli anni Cinquanta, Sessanta e Settanta, tutti i più importanti dipartimenti di psichiatria del Nord America e dell'America Latina avevano uno psicoanalista come direttore e le posizioni chiave erano occupate da analisti. In Europa, invece, lo scenario era maggiormente complesso, così come probabilmente lo era in Asia.

Ma la situazione attuale è molto diversa. Come può spiegare il cambiamento?

Negli ultimi decenni la psicoanalisi non è più la forza trainante della psichiatria, nonostante vi abbia ancora una certa rilevanza. Si possono considerare diversi fattori: si dovrebbe prendere atto di una certa aria di arroganza da parte di analisti del passato, che consideravano

* Psichiatra, psicoanalista SPI, presidente International Psychoanalytic Association.

che la nostra teoria e la nostra pratica potessero essere efficaci nella maggior parte dei casi; e poi il peso crescente delle scoperte nel campo della neurobiologia, sia nello studio che nel trattamento di malattie psichiatriche; l'avvento fugace e apparentemente attrattivo di terapie cognitivo-comportamentali, all'interno di una generale tendenza della cultura attuale a privilegiare sistemi di cura meno impegnativi e meno dolorosi per i problemi psichici. Molti psichiatri, proprio indirizzando i loro pazienti verso questo tipo di terapia, hanno manifestato la loro ambivalenza o opposizione verso la psicoanalisi.

Secondo lei, è ancora importante una relazione con la psichiatria?

Tra gli psicoanalisti, esiste ancora una certa tendenza residuale da parte di alcuni (una minoranza) a sminuire l'importanza della relazione con la psichiatria, e perfino con la medicina, considerando che, secondo loro, questi due campi sono in opposizione al modo analitico di pensare e vedere la mente. Ad ogni modo, i recenti e intensi scambi tra neuroscienziati (Kandel, Solms, Semenza, Gallese, Rizzolatti, Panksepp, Damasio e altri) hanno rilanciato l'interesse di molti psicoanalisti verso un terreno comune di ricerca tra queste aree scientifiche; a livello clinico, la collaborazione tra psicoanalisti e psichiatri si è intensificata nel settore dei Servizi di salute mentale.

D'altro canto, è calato drasticamente l'interesse a livello universitario. L'insegnamento della psicoanalisi nelle scuole di psichiatria è venuto gradualmente a diminuire anche se, allo stesso tempo, in varie parti, giovani psichiatri sono attratti in maniera crescente dalla psicoanalisi, gli operatori cercano supervisioni, e molti pazienti non accettano più trattamenti solo farmacologici, sentendo la necessità di una migliore comprensione delle proprie personali difficoltà.

Quindi, ritiene che ci sia ancora spazio per creare e formare alleanze e nuove collaborazioni con la psichiatria?

In effetti, si ha la sensazione forte che la relazione tra psicoanalisi e psichiatria debba essere riscoperta, esplorata, ristrutturata e rinforzata, sia a livello scientifico che istituzionale. Dopo aver esercitato in entrambi i campi, posso confermare come, storicamente, sia la visione che l'approccio integralista della psicoanalisi come quello della psichiatria si siano alternati per decenni, con una sottostante illusione di idealizzata onnipotenza, supportata dalle ambizioni narcisistiche delle due categorie professionali, in un'atmosfera di competizione e rivalità. Più realisticamente, una collaborazione sembra ora possibile e auspicabile, con reciproci vantaggi, attraverso il riconoscimento delle competenze specifiche e dei limiti di ciascuna disciplina.

Nel tempo si è modificata la relazione tra psicoanalisi e psichiatria, ma anche i pazienti sono cambiati? O, almeno, quelli che chiedono un trattamento di tipo psicoanalitico.

A livello mondiale stiamo assistendo ad un cambiamento nella patologia trattata da psicoanalisti e terapeuti psicoanalitici: al giorno d'oggi, piuttosto che gli storici pazienti nevrotici (i cosiddetti pazienti "Vienesi", che sono così rari attualmente), abbiamo a che fare sempre più spesso con disturbi borderline, narcisistici e della personalità, depressioni severe e psicosi, tanto che, durante alcuni trattamenti, l'appoggio farmacologico (a volte accompagnato da episodiche ospedalizzazioni) è spesso necessario, talora anche per lunghi periodi di tempo.

Vede quindi una collaborazione non solo possibile, ma anche utile, nella cura di questi pazienti?

In molti casi di pazienti gravi, l'analista deve cercare la collaborazione di uno psichiatra per gestire e contenere le ansie del paziente e dell'intera famiglia. È raro che le difficoltà di separazione primarie coinvolgano solamente il paziente: la famiglia spesso ha bisogno di un appoggio esterno, tale da consentire lo sviluppo del lavoro della coppia paziente-analista. Molte relazioni familiari simbiotiche non permettono il progresso di un paziente in trattamento quando questo produca cambiamenti nell'organizzazione inconscia della famiglia. In questi casi, lo psichiatra può agire come terzo analitico, in grado di proteggere il difficile processo promosso dalla psicoterapia.

A volte la presenza dello psichiatra nella scena familiare è importante non solamente per la sua funzione di regolazione e di separazione, che permette al paziente in analisi di andare avanti con il trattamento nonostante l'opposizione della famiglia simbiotica; ma lo è anche perché lo psichiatra può funzionare come oggetto alternativo, investito sia dal punto di vista affettivo che libidico, che può attrarre e legare una piccola, ma strategica, parte della libido dei membri della famiglia simbiotica. In breve, ricrea un nuovo oggetto che può risolvere e contenere una parte delle ansie di separazione di quelli che non sono direttamente sottoposti al trattamento.

Tra gli psicoanalisti, molti al giorno d'oggi sono psicologi, come vede la loro possibilità di rapportarsi ai pazienti gravi?

Nel passato si usava dire che psichiatri-psicoanalisti erano molto più familiarizzati con patologie severe, meno spaventati da quei sintomi e più preparati ad affrontarli; mentre psicologi-psicoanalisti erano in genere più formati a livello teorico, ma incapaci di affrontare i drammatici e severi *breakdowns* e le maggiori sindromi psicopatologiche.

Fortunatamente e opportunamente, la formazione psicoanalitica oggi deve includere un periodo di pratica in un servizio psichiatrico, con il fine di fornire ai futuri psicoanalisti esperienze dirette (ed una certa conoscenza) di malattie patologiche severe e delle loro fasi ed evoluzioni specifiche.

Inoltre, analisti contemporanei hanno migliorato la conoscenza relativa agli aspetti dinamici e ai meccanismi degli stati dissociativi, delle funzioni mentali allucinatorie, delle organizzazioni difensive deliranti e delle condizioni narcisistiche di deprivazione del Sé; la familiarità con stati mentali primitivi o alterati permette loro, al giorno d'oggi, di collaborare in maniera efficace con i team psichiatrici.

Cosa può dirci in merito all'esperienza della supervisione nei Servizi?

Ad un buon numero di psicoanalisti con esperienza è stato chiesto di operare da supervisori in settori dei Servizi di salute mentale in diversi paesi, anche se questo accade spesso in maniera non ufficiale e in conflitto con l'istituzione. È necessario chiarire che il loro lavoro non è mirato a pianificare il trattamento psicoanalitico dei pazienti, ma piuttosto a migliorare l'ambiente emotivo delle équipes psichiatriche, in genere esposte alla risonanza dell'impatto patologico e delle influenze che si generano nel campo dell'istituzione.

Questo è un argomento di particolare interesse per chi lavora nei servizi di salute mentale perché riguarda il complesso lavoro di gruppo nelle équipes psichiatriche.

Uno dei contributi più significativi degli psicoanalisti nel campo della salute mentale oggi è in relazione alla supervisione e alla elaborazione delle esperienze dei gruppi di lavoro psichiatrici.

Per decenni in molti paesi gli analisti hanno collaborato con équipes psichiatriche, esplorando in maniera intensiva e condividendo le loro esperienze dirette, il contatto con i pazienti e con le loro patologie, così come con il contesto che caratterizza le consultazioni, le ospedalizzazioni e i trattamenti.

L'obiettivo primario di questo lavoro è "dare un senso a ciò che sembra senza senso" nell'interazione giornaliera con i pazienti, quando possibile, e di migliorare la vivibilità dell'ambiente istituzionale interpsichico.

Non c'è il rischio che la supervisione alimenti la fantasia di psicoanalizzare il paziente in istituzione?

Vale la pena ripetere che questa pratica non implica assolutamente di psicoanalizzare un paziente in istituzione; al contrario, significa usa-

re la visione psicoanalitica di mente, gruppo, persona e relazioni per aiutare gli operatori a lavorare in maniera radicalmente diversa dalla forma psichica del “non lavorare” attraverso la quale molti individui e gruppi tendono inconsciamente a difendersi dall’ansia (in particolare per non entrare in contatto con le proprie emozioni).

È interessante notare che in molti paesi queste supervisioni sono amministrativamente registrate e pagate regolarmente dal Sistema sanitario nazionale, ma esse spesso sembrano essere non ufficiali o perfino quasi segrete, più o meno come se il team che ha richiesto la supervisione dovesse comportarsi come un paziente privato e avesse bisogno di un certo livello di confidenzialità.

In ogni caso, non ho esitazioni nell’affermare che questo lavoro profondo, continuo ed esteso (anche se non così visibile) nelle équipes, portato avanti per decenni con estrema dedizione da analisti e psichiatri in mutua collaborazione, ha contribuito a produrre cambiamenti considerevoli in psichiatria.

Ci sono stati cambiamenti interni tra medici, psicologi e assistenti sociali e in tutto il personale infermieristico, che ora sono in grado in molti casi, di pensare, sentire, comunicare ed interagire tra loro e con i loro pazienti, elaborando fantasie e situazioni emotive che prima erano impensabili (o per lo meno non menzionabili), in un processo di graduale umanizzazione e familiarità con il mondo interno e i suoi sentieri più perturbanti.

Quindi, come potrebbe sintetizzare il contributo che la psicoanalisi può dare al lavoro delle équipes psichiatriche?

In sostanza, il contributo della psicoanalisi al lavoro di gruppo in un ambiente istituzionale oggi non ha né uno stile da Super-Io (= questo è il modo in cui dovrebbe o non dovrebbe essere fatto) e neanche uno stile da oracolo narcisista (= il guru analista). Al contrario, questo contributo è creativo e a volte riparatore, culturale e paziente, basato sulla costruzione condivisa del senso e della scoperta dell’esperienza, il germinare fruttifero del pensiero in una situazione inizialmente ostile, e la trasformazione dell’impensabile nell’almeno “parzialmente pensabile e comunicabile”.

Vorrei soprattutto dire che ci siamo mossi progressivamente dalla supervisione alla intervizione (visione condivisa). Io vedo questo lavoro progressivo (*work in progress*) come un passo avanti nella lotta contro l’alienazione del pensiero e delle emozioni nelle istituzioni: la nostra aspettativa è che queste esperienze condivise possano aiutare i giovani che lavorano nel settore della salute mentale a capire che c’è una psichiatria che si combina con la psicoanalisi senza imitarla, ma anche senza temerla; e viceversa.

Ritornando sulla parte clinica e sulla collaborazione possibile tra psicoanalisti e psichiatri di fronte a pazienti gravi, immagino che possano facilmente crearsi dei malintesi e delle difficoltà nel condurre quelle che potremmo chiamare co-terapie.

Vorrei qui ricordare con alcune note dei problemi clinici specifici che si possono incontrare quando alcuni pazienti vengono trattati in maniera diversa e separatamente da due professionisti che non sono in mutua comunicazione. Ad esempio, alcuni casi di sottostimata depressione severa o di *breakdown* psicotico, in cui l'analista non coglie quanto d'aiuto o francamente necessario possa essere il supporto farmacologico; o, al contrario, casi di naturale e doloroso lutto per la perdita di qualcuno in cui lo psichiatra può essere troppo precipitosa nel prescrivere farmaci, mentre potrebbe essere in atto un fisiologico, necessario interno processo di lutto. In tali situazioni, una reciproca consultazione tra i due professionisti sarebbe incredibilmente d'aiuto e i due potrebbero integrare le loro rispettive visioni a beneficio del paziente.

Nella nostra pratica attuale, molto più che in passato, stiamo lavorando con pazienti che sono molto diversi tra loro. Ad esempio, abbiamo a che fare con quei pazienti che sarebbero stati definiti psicotici dagli analisti ma non dagli psichiatri; questi, spesso, sono pazienti che utilizzano ampiamente meccanismi di difesa psicotici e un funzionamento mentale di tipo psicotico, ma che mantengono, esteriormente, un comportamento socialmente accettabile che è tutto sommato compatibile con una apparenza di normalità.

In altri casi abbiamo a che fare con pazienti che, a detta di tutti, sono in evidente necessità di assistenza psichiatrica e di attenzione a più livelli, e in altri casi con quelli che sono stati inizialmente classificati come psicotici dagli psichiatri, che al contrario sono in grado, a volte, di raggiungere un tranquillo e strutturato nevroticismo dopo anni di coraggioso e tenace lavoro analitico. In altre parole, le persone, nelle quali l'Io è funzionante possono passare, in tempi diversi, attraverso significativi ed evidenti cambiamenti.

Vorrei porle ora una domanda su un argomento che, pur facendo parte delle competenze dell'istituzione psichiatrica, è sempre molto difficile da affrontare: il contenimento.

Rispondo volentieri a questa domanda. Sul tema del contenimento dovrebbero essere esaminati alcuni storici pregiudizi collegati a questo concetto, dato che a volte ostacolano il funzionamento basilare del lavoro istituzionale. Contenere è una responsabilità primaria dell'istituzione, quando ciò è necessario; in tali casi questa funzione

non dovrebbe generare sentimenti di colpa in chi si prende cura del paziente.

Io penso che il mondo della psichiatria possa ricevere un aiuto dagli psicoanalisti per valutare con maggior profondità, in una forma appropriata, responsabile e senza colpevolizzazione sociale, la necessaria funzione del contenimento dei pazienti gravemente malati, quando questi diventano un potenziale pericolo per se stessi e per gli altri, quando sono estremamente regrediti o quando sembrano sull'orlo di un grave scompenso.

Naturalmente, la qualità del contenimento è di vitale importanza: una buona contenzione facilita il recupero di funzioni mentali adeguate e non si limita al contenimento fisico; quest'ultimo non dovrebbe venire demonizzato nei casi in cui si renda realmente necessario. In questo senso può essere utile incoraggiare una riflessione culturale sul fatto che in alcuni casi sia sbagliato "chiudere dentro" certi pazienti, come succedeva nel passato nelle nostre istituzioni; ma in altri casi è ugualmente sbagliato "chiuderli fuori", rimanendo sordi alla necessità primaria di contenimento.

Un'ultima cosa: negli ultimi anni nei Servizi di salute mentale si sta rafforzando la pratica della continuità degli operatori nell'assistenza, soprattutto quando si tratta di pazienti giovani. Coma considera il tema della costanza d'oggetto in ambito istituzionale?

In merito al tema della costanza dell'oggetto, il bisogno primario di trovare e riconoscere l'oggetto e chi accudisce, e la relazione del paziente con questo, implica un'attenzione speciale da parte del Servizio di salute mentale al fine di fornire ai pazienti altamente disturbati e gravemente regrediti un servizio di continuità nell'assistenza da parte degli stessi operatori (necessità spesso negata o trascurata nell'organizzazione istituzionale).

Negli anni Ottanta e Novanta, particolarmente, il mito politico dell'intercambiabilità degli operatori di salute mentale si affermò in diversi paesi, basato sull'idea che non ci dovesse essere alcun vincolo speciale tra paziente e operatori, tale da creare dipendenza.

L'esperienza psicoanalitica valorizza, invece, l'idea opposta: la relazione personale, che genera familiarità, è un potenziale fattore di riparazione interna della rottura traumatica precedente, che si sviluppa attraverso la stabilità della relazione.

Ma quest'ultima nota dovrebbe essere discussa principalmente con gli amministratori dei Servizi di salute mentale, piuttosto che con gli psichiatri che frequentemente si dispiacciono, in accordo con noi, della grave mancanza di continuità nell'organizzazione del loro lavoro,

causata da decisioni politiche che niente hanno a che vedere con ben ponderate scelte tecniche.

Credo che potremmo, per il momento, fermarci qui. Ci ha fornito una chiara e contestualizzata visione del complesso rapporto tra psicoanalisi e psichiatria, che, spero, ci porterà sempre di più verso alleanze e fertili collaborazioni.

Grazie dr. Bolognini.

Stefano Bolognini
stefano.bolognini@spiweb.it