

La Psicoterapia Psicoanalitica nelle Istituzioni e nel Privato

di Maria Teresa Stivanello

Padova 9 ottobre 2015

Buongiorno, ringraziamenti

oggi ci ritroviamo insieme per riflettere sul tema della psicoterapia psicoanalitica, molti di noi hanno una consuetudine e una conoscenza della teoria psicoanalitica e hanno vissuto il passaggio, sia nella loro formazione teorica e professionale che nell'attività clinica, dall'applicazione, che potremmo definire ortodossa della psicanalisi, all'utilizzo delle teoria psicoanalitica nella pratica clinica istituzionale e privata; e ciò ha contribuito allo sviluppo della psicoterapia psicoanalitica che meglio risponde alle diverse necessità cliniche dei pazienti e ai cambiamenti socio-economici attuali.

Per alcuni giovani studenti presenti forse la teoria psicoanalitica non è così familiare, fa parte della cultura generale sapere che Freud è il padre della psicanalisi, ma ciò non implica che ci sia una conoscenza del substrato teorico su cui si fonda la psicoanalisi.

Freud ci ha permesso di conoscere l'influenza che il mondo psichico inconscio ha sia nei nostri pensieri che nei nostri comportamenti, ha fornito una teoria dello sviluppo psicologico valida in maniera generale riconoscendo che l'emergere di difficoltà relazionali e patologie psichiche sono legate ad alterazioni di questo processo e non ad aspetti genetici e/o costituzionali (nel corso degli anni altri psicoanalisti hanno integrato le sue teorie, attualmente lo schema di riferimento sullo sviluppo psicoemozionale è molto più complesso e variegato e si è arricchito dell'apporto dei psicologi dell'Io, delle teorie sull'attaccamento, dell'interazione madre-bambino solo per citarne alcuni e negli ultimi anni anche degli studi di neuropsicofisiologia); Freud, inoltre, ha riconosciuto l'aspetto "dinamico" dell'equilibrio tra le istanze psichiche e quindi del nostro essere.

Gli aspetti fondamentali del trattamento psicoanalitico sono dunque indirizzati a riconoscere l'influenza che l'inconscio e le difese presenti hanno nello sviluppo dei sintomi e del dolore psichico.

Semplificando molto si può dire che la tecnica con cui Freud affronta questa sfida si basa sul trattamento psicoanalitico classico con un setting a più sedute settimanali, il paziente disteso sul lettino con l'indicazione di lasciarsi andare alle libere associazioni e il terapeuta alle sue spalle silenzioso e neutrale che ascolta, riconosce gli aspetti transferali e controtransferali e interviene solo per fornire interpretazioni legate alle dinamiche interne del paziente. Freud, in realtà, era molto più elastico di quanto teorizzava e, a quel tempo, le terapie analitiche duravano molto meno di adesso.

Io vorrei approfondire il tema della relazione terapeutica così come la cogliamo oggi nella nostra pratica quotidiana, non mi soffermo sull'importanza del setting, sulle sue sfaccettature e modulazioni, tema che verrà affrontato dalla dott.ssa Cargnel, né sulla formazione che permette al terapeuta di acquisire la capacità di riconoscere gli aspetti transferali e controtransferali presenti nella relazione (a questo ci pensano la dott.ssa Nicolini e la dott.ssa Nardo). Ricordo inoltre il dott. Capodieci e la dott. Gagliardi che ci parleranno dell'importanza della scrittura in psicoanalisi e la dott. Rosoni che ci offre una generosa relazione sulla sua esperienza formativa.

Il riconoscimento dell'importanza della relazione terapeutica in ambito psicoanalitico ha contribuito allo sviluppo di quella che potremmo definire una diversa tecnica di trattamento

psicoanalitico: la psicoterapia psicoanalitica.

Nella psicoterapia psicoanalitica rimangono invariati gli aspetti di riferimento teorici di base (analisi del transfert e del controtransfert, delle difese presenti, il lavoro sui sogni, ecc.), che costituiscono il riferimento formativo e l'assetto interno in cui si muove e orienta il terapeuta, ma vengono attuati degli adattamenti del setting (numero sedute e posizione vis a vis). Si valorizza, inoltre, l'atteggiamento del terapeuta che non è più percepito come una presenza passiva e neutra, ma, pur mantenendo neutralità e riservatezza, diventa con il suo essere persona co-attore nella terapia e contribuisce alla costruzione della relazione terapeutica.

Il contributo, anche come persona reale (con la sua fisionomia, il suo stile relazionale, la sua esperienza di vita), del terapeuta nella costruzione della relazione terapeutica è particolarmente importante nel trattamento delle patologie gravi. Antonino Correale in molti suoi scritti approfondisce questo tema e descrive come la presenza continua del terapeuta permette al paziente di instaurare la relazione terapeutica più consona alla fase clinica che attraversa e alla patologia presente.

L'attenzione a questi aspetti, sul ruolo della presenza dell'analista, trova riferimenti teorici anche negli studi dei clinici che hanno seguito pazienti gravi istituzionalizzati con il trattamento analitico classico.

Talvolta la continuità della presenza si concretizza in un saluto e un sorriso, in un atteggiamento "attivo" verso il paziente.

Già Ferenczi nel 1920 parlando della "tecnica attiva" evidenzia che questa più che un innovazione è una diversa consapevolezza di ciò che è sempre avvenuto "... è il solo modo di prendere veramente coscienza del proprio agire (in un altro passaggio ricordava che anche la passività è un'attività,) e solo questa presa di coscienza consente un' applicazione metodica, critica e selettiva di un dato modo di agire "....." lasciamo che sia il paziente a decidersi ... se il paziente accoglie il nostro invito vuol dire che ha già acquisito nel corso del trattamento un grado piuttosto elevato di intuizione psicoanalitica."

In altri termini l'intervento dello psicoterapeuta psicoanalitico deve sempre cercare di tener presente gli aspetti inconsci del paziente per attivare i cambiamenti delle dinamiche soggettive, sempre diverse e peculiari per ognuno di noi, senza utilizzare tecniche suggestive o educative.

Prima di parlare del terapeuta come persona vorrei fare alcuni brevi cenni storici che ci permettono di seguire le strade evolutive che hanno contribuito a forgiare le basi della psicoterapia psicoanalitica, che attualmente molti di noi utilizzano nella loro pratica clinica quotidiana. I trattamenti terapeutici con la psicoterapia psicoanalitica rispondono sia alla diversa tipologia dei pazienti attuali sia alle mutate condizioni socio-economiche che rendono meno tollerabili i trattamenti psicoanalitici classici.

Nel 1973 G. Carloni e E. Molinari, nell'introduzione alle opere di Ferenczi, sottolineavano che: "Se da un lato il trattamento psicoanalitico si rivela infatti il migliore, forse il solo, certo il meno arbitrario fra gli strumenti atti a lenire la sofferenza psichica, il suo impegno, proprio per la sua durata, risulta riservato ad un numero troppo piccolo di pazienti, i quali inoltre non sono sempre i più bisognosi o i più profittevoli, bensì troppo sovente quelli economicamente meglio dotati".

Lo sviluppo della psicoterapia psicoanalitica è legato alla sfida, affrontata da alcuni psicanalisti, di rapportarsi e trattare pazienti con diagnosi di psicosi. Freud riteneva che questa patologia non fosse approcciabile con il metodo psicoanalitico, non riconosceva lo sviluppo del transfert negli psicotici e riteneva non ci fosse la capacità di rispettare il setting e l'alleanza terapeutica. Anche ai tempi di Freud si prediligeva la genesi organica di queste patologie. Senza pretendere di ripercorrere in maniera strutturale lo sviluppo successivo della psicoanalisi post freudiana mi soffermerò su alcuni autori che hanno contribuito a riconoscere la trattabilità con

il metodo analitico anche dei pazienti gravi e lo hanno applicato, inizialmente nei contesti istituzionali.

L'osservazione continuativa negli anni e l'analisi delle interazioni tra le varie professionalità ha rilevato delle problematicità e ha stimolato la sperimentazione di modalità d'approccio diverse.

Credo indispensabile citare l'esperienza di Chestnut Lodge che per circa cinquant'anni (1950-2001) fu un laboratorio clinico e di ricerca psicoanalitica nella prassi psichiatrica istituzionale. Il contributo di quell'esperienza lo ritroviamo negli scritti di autori, fondamentali per la formazione di molti di noi, Searles, Fromm-Reichmann, Sullivan, Pao, Feinsilver che hanno posto le basi per la comprensione dei processi psichici delle psicosi e per il loro trattamento, nonché hanno contribuito a mettere a fuoco l'importanza delle dinamiche istituzionali.

Il riconoscimento e la comprensione dell'influenza delle dinamiche istituzionali nella cura dei pazienti è alla base del lavoro d'equipe e del trattamento comunitario; nell'esperienza italiana diventa un riferimento teorico e clinico particolarmente significativo nel periodo pre e post legge 180 (da molti riconosciuta come legge Basaglia), in cui la deospedalizzazione richiedeva nuove sfide cliniche e in molti riconoscevano la psicoanalisi come via maestra per la cura del disagio mentale.

Un altro contributo clinico importante che vorrei citare è quello della psicoanalisi francese e in particolare l'esperienza di G.P. Racamier che nel 1955 dà un suo contributo specifico sul trattamento psicoanalitico delle psicosi. In quello scritto mette già a fuoco alcuni aspetti che elaborerà successivamente sia attraverso l'esperienza della comunità terapeutica della Velotte, modello di riferimento per molte strutture italiane, sia nella costituzione di nuovi concetti teorici, che vediamo all'opera nelle patologie gravi, quali l'antidipo, la seduzione narcisistica, la paradossalità, il lutto espulso con la sua influenza transgenerazionale.

Racamier riconosce che il trattamento psicoanalitico dei pazienti gravi deve essere preceduto da una fase che si può definire "preanalitica" in cui costruire le basi della relazione terapeutica.

Evidenzia, inoltre, che la difficoltà maggior che si incontra nel trattamento dei pazienti psicotici è legata agli aspetti controtransferali attivati dal paziente che generano angoscia e paura. L'incapacità del paziente di modulare e riconoscere i suoi affetti fa sì che sia difficile trovare la giusta distanza, anche emotiva, e richiede al terapeuta un cambiamento di atteggiamento che lo faccia diventare "ambasciatore della realtà" per il paziente.

Cito le sue parole: "la centralità rigidamente analitica diviene insieme inutile e dannosa. L'analista deve proporre al paziente una realtà assai viva e benevola, una realtà che lui possa "toccare con mano": una presenza. E' questa presenza a fornire allo psicotico quel minimo di sicurezza di cui ha bisogno." E ancora: "all'estrema ambivalenza dello psicotico l'analista non deve aggiungere non solo la minima controambivalenza, ma neanche la minima ambiguità di condotta..... il fantasma sarà dominato solo se confrontato con la pura e semplice realtà. La sincerità appare come una delle esigenze naturali e fondamentali della psicoterapia analitica delle psicosi..... ciò nonostante non bisogna allontanarsi da una neutralità di base che significa capacità di percepire oggettivamente (senza soffrire e lasciarsene coinvolgere) tutti gli aspetti di una relazione interpersonale".

Tralascio gli altri importanti contributi presenti in questo scritto per soffermarmi su quello che ritengo utile al fine dell'argomento che stiamo affrontando oggi: " Il trattamento dell'Io e l'attività analitica" in cui Racamier fa presente che con lo psicotico è necessario rafforzare l' Io e ricostruire le difese per permettere un ridimensionamento degli aspetti inconsci straripanti e un recupero della realtà esterna. Attraverso interventi di chiarificazione e di rassicurazione si aiuto

lo psicotico a mantenere la distanza tra il suo Es e il suo Io.

Queste indicazioni diventano particolarmente interessanti e utili quando nella nostra attività clinica ci confrontiamo con quei pazienti che, pur non presentando una franca patologia psicotica, sono caratterizzati da aspetti di fragilità dell'Io che va prioritariamente rafforzato e sostenuto per poi eventualmente essere "analizzato".

L'esperienza del lavoro clinico in ambito istituzione ci pone di fronte a una variabilità di condizioni che non rendono possibile né indicato un approccio psicoanalitico classico. Le sfide che ci troviamo di fronte sono determinate dalla complessità dei casi clinici, che spesso determinano una scarsa propensione alla cura, e dalla necessità di integrare il nostro intervento con quello dei colleghi e degli operatori con cui collaboriamo. In questo contesto diventano particolarmente utili gli aspetti teorici legati al trattamento delle patologie gravi e alle dinamiche istituzionali.

Lavorando in un servizio ho potuto scoprire come sia possibile costruire un'alleanza terapeutica modulando l'attenzione e la presenza con un determinato paziente; la costanza di un saluto e di un breve cenno di interesse nei suoi confronti contribuisce a sciogliere le paure e le diffidenze e può dare accesso ad una conoscenza più approfondita attraverso successivi colloqui clinici strutturati. Però questo processo può avvenire se si riesce a creare un clima emotivo sereno e se il contesto istituzionale è in grado di tollerare l'attesa dei risultati, supportando terapeuta e paziente attraverso la funzione strutturante che il gruppo esercita al di là delle parole.

In questo ambito la formazione psicoanalitica ci permette di riconoscere l'influenza che la patologia del paziente, attraverso proiezioni e identificazioni proiettive, ha sul gruppo e ci dà la possibilità di trovare uno spazio, innanzitutto mentale, per iniziare la psicoterapia.

Costruire un setting in questo caso avrà prioritariamente la funzione di strutturare, attraverso la sua stabilità, un ritmo spazio-temporale che permette al paziente di sentirsi riconosciuto e quindi di ritrovarsi. Sperimentare la presenza costante del terapeuta e iniziare a fidarsi sono ulteriori aspetti che contribuiscono a porre le basi per una relazione terapeutica.

Questa stabilità, inoltre, permette al terapeuta di iniziare a conoscere il paziente nelle sue interazioni più intime ed emotive, lo aiuta a farsi un quadro più complesso del suo funzionamento psichico e a riconoscerne i bisogni. L'esperienza e la formazione personale indicherà al terapeuta cosa sia possibile interpretare, in genere poco, e cosa invece sia da ricostruire e da chiarificare accompagnando il paziente verso un nuovo equilibrio più compatibile con le sue risorse e peculiarità.

Mentre stavo pensando come focalizzare l'influenza che queste riflessioni sulle esperienze istituzionali possono avere nel nostro lavoro clinico quotidiano negli ambulatori privati mi sono trovata a gestire una situazione che penso possa essere significativa. Un collega psichiatra mi chiede se posso seguire in psicoterapia un ragazzo, trattato farmacologicamente anche con blande dosi di neurolettici, che presenta aspetti di ritiro con crisi di ansia anticipatoria. Dò la mia disponibilità e aspetto, dopo alcuni giorni ricevo la telefonata dal paziente, che chiamerò Ugo, è un po' incerto, ma consapevole e adeguato fissiamo l'appuntamento, il giorno dell'appuntamento mi chiama la mattina imbarazzato, mi dice di avere la febbre, lo rassicuro e concordiamo una nuova visita. L'appuntamento previsto è preceduto da una telefonata della mamma che si informa sul percorso per raggiungere il mio studio e sulla mia parcella. Poi una telefonata persa, richiamo non risponde nessuno, all'ora stabilita non arriva nessuno. Rifletto sul da farsi e invito voi a pensare cosa avreste fatto.

Indipendentemente dall'evoluzione futura mi sembra che questo breve riferimento ci permetta di cogliere alcuni aspetti, entrati silenziosamente nella nostra pratica psicoterapica, che ci consentono di trattare le complesse situazioni cliniche attuali. L'invio e quindi il confronto con un collega con cui è possibile confrontarci e ricostruire un riferimento gruppalmente, la presenza

di una famiglia che può svolgere il ruolo di istituzione che sostiene e accompagna, la tecnologia che consente una presenza discreta e non intrusiva.

Il mio pensiero su questo ragazzo, che ho percepito fragile e impaurito, ha creato un posto per lui nella mia testa che potrà essere un seme da cui forse potrà nascere una relazione.

Finisco con una citazione di Kuiper (1962): "Qui il nostro primo scopo non è la soluzione del conflitto- questo avverrà più tardi- ma la creazione di un clima di crescita come una serra per una piccola pianta che ha bisogno di umidità, calore e luce".