

Riflessioni sulla pratica della Psicoterapia Psicodinamica nei servizi psichiatrici

Author:

Paionni Alessandra affiliation: Dirigente Psichiatra, Unità Funzionale Salute Mentale Adulti – Zona Arezzo, Azienda USL 8 di Arezzo

email: alepaionni@virgilio.it

cell. 3391144044

Riassunto

In questo lavoro viene analizzato il contributo della psicoterapia psicodinamica nella pratica clinica dei Servizi Psichiatrici territoriali, anche alla luce dei contributi delle più recenti ricerche in ambito neurobiologico. I cambiamenti che hanno interessato l'organizzazione dei dipartimenti di salute mentale e soprattutto la nuova tipologia di pazienti, impongono una trasformazione maturativa dei nostri servizi che consideri la relazione l'elemento centrale di ogni intervento terapeutico. L'approccio Biopsicosociale sembra essere quello più adeguato al trattamento dei disturbi mentali. Vengono presentati due brevi resoconti clinici relativi ad esperienze di psicoterapia psicodinamica in un servizio psichiatrico.

Summary

This work analyzes the contribution of psychodynamic psychotherapy in clinical practice of community psychiatric services, also in the light of the contributions of the most recent neurobiological research. The changes that have affected the organization of the departments of mental health and especially the new type of patients require a ripening transformation of our services that consider the therapeutic relationship at the core of any therapeutic intervention. The "biopsychosocial" seems to be an approach more suited to the treatment of mental disorders. Two short clinical reports related to experiences of psychodynamic psychotherapy in a community psychiatric service are presented.

Introduzione

Vorrei innanzitutto fare alcune riflessioni sui cambiamenti a cui abbiamo assistito in questi anni che hanno interessato i servizi psichiatrici territoriali.

Come scrive Riefolo (2001), il campo istituzionale (Correale, 1991), campo originale in cui i vari modelli teorici assumono la funzione di registri interpretativi di una realtà complessa, viene sempre più a fondarsi sull'individuazione e sul rispetto dei limiti imposti sia dalla domanda del paziente, sia dalla definizione più specifica e "specialistica" dei servizi psichiatrici.

Se in epoca post-asilare il progetto che ha sostenuto l'organizzazione dei servizi si fondava sull'idea che il disagio e la sofferenza mentale si potessero affrontare facendosi carico soprattutto non di ciò che il disturbo mentale è, ma di tutto ciò che può derivare dalla realtà sociale in cui il paziente psichiatrico viene a trovarsi nel corso della propria vita, negli anni tale impostazione ha mostrato limiti significativi, rappresentando per gli operatori dei servizi una potente seduzione che propone una identità professionale dal profilo onnipotente, costituita prevalentemente sulla identificazione con il paziente e la proiezione all'esterno nella realtà sociale degli aspetti invalidanti della psicosi.

La connotazione "più specialistica" dei servizi psichiatrici che è avvenuta più recentemente necessita di basarsi, innanzitutto, sul riconoscimento nel paziente del prevalente disturbo psicologico, prima che del bisogno sociale. L'istituzione si pone, quindi, come interlocutore "affettivo" e non sostitutivo; in questa ottica, l'intervento prevede prima ancora dell'eventuale erogazione di un aiuto concreto, lo sforzo di accogliere la domanda e il bisogno del paziente in un "campo istituzionale" che, soprattutto, decodifichi e rispetti l'originalità della sua domanda.

In questo senso, è la relazione che diventa l'elemento sempre più centrale e trasformativo in ogni intervento terapeutico.

La relazione con il paziente assume la funzione comunicativa centrale sia nel processo diagnostico che in quello terapeutico. Va tenuto in conto, infatti, che anche lo psichiatra che prescrive un farmaco somministra in qualche modo se stesso. Quindi, tale consapevolezza qualifica anche il farmaco come agente relazionale.

Solo se il terapeuta organizza sempre meno la propria identità professionale sulla necessità di fornire "facilitazioni" sociali concrete, allora può venire gradualmente messo in risalto l'autentico bisogno dei pazienti, che molto spesso è rappresentato dall'esperienza di potere essere finalmente accolti e ascoltati nella propria soggettiva fragilità, vissuta non come un fallimento, ma come tentativo faticoso di identità e di esistenza. Come insegna la psichiatria dinamica, infatti, il sintomo non è solo espressione della sofferenza, ma anche una difesa, un tentativo di riparazione attivato dalla personalità dell'individuo sofferente. In ragione di questo i pazienti chiedono spesso l'accompagnamento attento più che la rassicurante passivazione e la autorizzazione a riconoscersi "sofferenti" e non malati.

Quanto detto è soprattutto importante alla luce del sostanziale cambiamento della tipologia della domanda che viene rivolta ai servizi psichiatrici territoriali. Oltre al consueto e consistente impegno terapeutico-riabilitativo e di sostegno sociale nei confronti dei pazienti schizofrenici e degli psicotici gravi, ci troviamo oggi alle prese con una molteplicità di patologie complesse che comportano stati di sofferenza psichica e altrettanto rilevanti disabilità. A queste profonde variazioni della domanda di trattamento, spesso accompagnate da un'implicita richiesta, a volte irrealistica e spropositata di intervento urgente e rapidamente risolutivo, non trova corrispondenza una trasformazione maturativa dei servizi territoriali, in grado di consentire la messa in atto di risposte differenziate e flessibili. Perché questo possa verificarsi occorre privilegiare un approccio alla sofferenza psichica orientato alla cura della persona sofferente e non solo dei suoi disturbi manifesti. Ciò è reso difficile anche dai programmi di organizzazione dei sistemi sanitari che tendono ad investire risorse e competenze nell'assistenza a breve termine (in particolare negli ospedali) e ad ignorare o a

delegare l'assistenza a lungo termine; come conseguenza di questo, viene creato un sistema parallelo, caratterizzato da risorse e competenze povere.

L'assistenza a lungo termine richiede, invece, modalità e strategie molto più complesse di quelle che sostengono il modello medico. Come scrive Saraceno (2004), la parola chiave dell'assistenza a lungo termine deve diventare "comprensione": ciò comporta l'abbandono di soluzioni semplicistiche a favore di una seria analisi della storia reale, naturale dei disturbi mentali gravi.

In questi ultimi anni si sta quindi definendo, a fatica, una nuova identità dello psichiatra, che è chiamato a tenere conto della sofferenza mentale del soggetto inteso come persona-mente-cervello e fortemente radicato nel contesto delle relazioni sociali significative. Come già sottolineato da Saraceno (2004) l'approccio più adeguato al trattamento dei disturbi mentali è quello basato sul "modello biopsicosociale" (BPS). L'approccio biopsicosociale prende forma come progetto terapeutico disegnato sulla personalità del paziente. E' provato che questo approccio riduce le resistenze ai trattamenti e i fattori di perpetuamento del disturbo stesso e che può condizionare la qualità dei trattamenti.

Le Neuroscienze supportano scientificamente il modello biopsicosociale e una nuova teoria e pratica medica e psichiatrica, e questo sulla base di alcune osservazioni:

- a) le relazioni modificano il cervello e quindi tutti i parametri biologici dell'organismo;
- b) i sistemi biochimici neurotrasmettitoriali (substrato strutturale e molecolare della malattia) interagiscono con quelli intrapsichici (personalità, fattori psicodinamici) e interpersonali (famiglia, valori e simboli guida socio-culturali).

Cosicché le sorgenti informative cerebrali e mentali sono modificate dalle stesse informazioni che esse elaborano.

A dieci anni dalle ricerche del Premio Nobel Kandel (1999) sulle connessioni sinaptiche permanentemente alterate e rinforzate attraverso la regolazione dell'espressione genica quando avviene l'apprendimento, gli studi sugli effetti cerebrali della psicoterapia, ne comprovano l'azione e l'efficacia. Linden (2006) ha pubblicato una meta-analisi di studi di neuroimmagine sugli effetti della psicoterapia e sul loro background metodologico. Per quanto riguarda l'efficacia clinica della psicoterapia dinamica a lungo termine, Leichsenring e Rabung (2008) hanno pubblicato la prima metanalisi di cinquanta anni di studi clinici in ambito psicoanalitico. Ne risulta l'evidenza che la psicoterapia psicodinamica a lungo termine non solo è efficace, ma è indicata in disturbi mentali complessi e presenta buoni indicatori di costo-efficacia. Queste importanti scoperte neurobiologiche necessitano di un'integrazione con le strategie cliniche di cura non farmacologica e vanno inserite nel contesto della complessa relazione terapeutica con il paziente.

Alla luce di tutti questi studi oggi viene da più parti sottolineato che non c'è psichiatria che trascenda la validità dei principi psicoterapici: la psicoterapia dovrebbe essere considerata una scienza base della psichiatria. Gran parte del lavoro clinico in psichiatria dipende dal curare la relazione col paziente e con la sua famiglia. Persino le interviste diagnostiche possono essere profondamente influenzate dalla mancanza di attenzione all'alleanza con il paziente. Allo stesso modo, transfert, controtransfert, difesa, resistenza, identificazione empatica, etc. influiscono anche sulle interazioni e relazioni cliniche non specificatamente psicoterapeutiche.

Da alcuni anni la diffusione degli interventi psicoterapeutici e il proliferare dei modelli teorici ha sollevato un'ampia discussione sulla validità e sui fattori terapeutici di tali modelli. Dalla sintesi dell'ampio dibattito su questo tema che ha effettuato Stern (1995) emerge che in realtà l'efficacia di una terapia dipende più che altro dagli aspetti non specifici comuni a tutte le terapie. Gli elementi più significativi in questo senso sono rappresentati dalla natura della cornice terapeutica e dalla relazione con il paziente, anziché dalla tecnica terapeutica adeguata o dal tipo e gravità della psicopatologia. Stern evidenzia inoltre che la validità di un modello terapeutico sta, in particolare, nella capacità di adattarsi e di rispettare il contesto concreto in cui viene applicato.

Inoltre l'autore sottolinea come la validità intrinseca di ogni intervento psicoterapeutico sia correlata soprattutto alla possibilità di considerazione positiva di tutte le caratteristiche contingenti che descrivono la posizione del paziente.

A riguardo degli interventi psicoterapeutici effettuati nei servizi psichiatrici va innanzitutto sottolineato che il contesto territoriale pubblico ha una sua propria originalità irripetibile rispetto ad ogni altro contesto.

A questo proposito Riefolo (2001) parla di "campo di coerenza" che viene ad essere individuato dalla coppia terapeuta-paziente attraverso soprattutto tre elementi:

- a) la capacità e il modello teorico adottato dal terapeuta;
- b) le compatibilità e le risorse del servizio territoriale pubblico;
- c) la disponibilità del paziente a modificare livelli di organizzazione egosintonica della propria economia interna.

In questa concettualizzazione, tutta una serie di caratteristiche del servizio territoriale pubblico, che per definizione possono essere considerate un limite al corretto-ideale svolgimento del processo terapeutico, debbono invece essere illustrate al paziente come introduzione nel setting di elementi di realtà a dimostrazione della disponibilità autentica del terapeuta a cogliere e usare unicamente la realtà per la costruzione di un setting originale, coerente, autentico. La teoria di riferimento per questo tipo di impostazione è quella delle relazioni oggettuali da Fairbairn (1952) a Winnicott (1971), in cui qualunque oggetto è importante nella misura in cui permette e garantisce il mantenimento di un'autentica relazione affettiva, ovvero il cui rispecchiamento permetta una sufficiente e duratura coesione del Sé. I limiti del servizio quindi possono essere considerati gli elementi autentici che positivamente presentati al paziente e positivamente accolti dal terapeuta, permettono lo svolgersi del processo terapeutico come esperienza originale che consente l'instaurarsi di un clima di fiducia di base su cui si fonda il "prendersi cura di" prima che il curare.

Casi Clinici

Vorrei presentare due brevi resoconti di esperienze di psicoterapia psicodinamica per riflettere sull'applicazione di questi principi teorici nella pratica clinica.

Laura è adesso una donna di quaranta anni. E' seguita dal nostro servizio da circa quindici anni. La sua vita tumultuosa corrisponde perfettamente alle descrizioni psicopatologiche del disturbo borderline di personalità: una specie di continua ininterrotta sensazione soggettiva di essere instabile, di essere sospesa, di avere bisogno di qualcosa che non c'è mai, di cercare qualcosa che non si trova e dover alimentare continuamente la vita con fatti, stimoli, iniziative, idee, esperienze che non riescono mai a dare un senso di pienezza e di riempimento. Negli anni si susseguono ricoveri ospedalieri in seguito ad acting-out e tentativi di suicidio, oltre alla somministrazione

di numerosi psicofarmaci anche in varie associazioni, e numerosi interventi domiciliari. Da circa sei anni il principale intervento terapeutico è invece una psicoterapia psicodinamica ad una seduta a settimana, in assenza di interventi psicofarmacologici. Nel lavoro con la paziente è stata importante la concettualizzazione di Correale (2006) che afferma che il borderline soffre di non riuscire a fare esperienza della vita, cioè trasformare la vita in una costruzione interiore, che permanga dentro di lui e dia agli eventi un senso un po' più stabile. Tale difficoltà è collegata alla incapacità del borderline di fare in modo continuativo il passaggio da eventi esterni che lo stimolano a eventi interni, che sono figure, rappresentazioni, immagini, che possono costituire un patrimonio interiore comunicabile alle persone care. Questa caratteristica è estremamente importante in quanto il trasformare l'elemento esterno in rappresentabilità conferisce un senso di stabilità interiore alle cose. La possibilità di interiorizzare un evento in una esperienza è legata sia al fare quella esperienza, sia al poterla raccontare. E' necessaria quindi la presenza di qualcuno, che rappresenti una figura tranquillizzante, a cui poter "raccontare" quello che è accaduto, per trasformare l'esteriorità in interiorità, ciò che è caotico in qualcosa che è intimo e personale. La presa in carico a lungo termine di un paziente borderline implica, senza dubbio, una buona capacità di sopportazione; ma la sola sopportazione delle vicissitudini del rapporto non basta. La necessità prevalente del paziente borderline è spesso quella di trovare un ascolto mediante il quale mitigare il senso di solitudine: avere la sensazione che c'è un altro che recepisce e coglie il suo messaggio. Dall'analisi della letteratura scientifica e filosofica e dall'evidenza della complessità del trattamento di questo disturbo, deriva che l'aspetto più importante del trattamento consiste, più che in tecniche specifiche, nell'attivazione di un atteggiamento globale del terapeuta che investe i fondamenti basilari della relazione. Tali fondamenti basilari sono stati individuati nella curiosità, autenticità, empatia e naturalezza (Alonzi et al, 2000). E' chiaro ormai che nel trattamento a lungo termine del paziente borderline sono indispensabili competenze psicoterapeutiche; con tali pazienti non è possibile l'evitamento difensivo della relazione terapeutica. Come hanno scritto Fonagy e Target (2000) parafrasando la celebre frase di Winnicott, non esiste una cosa come la persona borderline: esiste sempre e solo una coppia. Lo sviluppo delle competenze necessarie al trattamento di un paziente borderline richiede non soltanto delle conoscenze teoriche che facciano da sfondo alla relazione, ma anche un assetto interno capace di reggere all'impatto anche violento della relazione ed in grado di recuperare un punto di equilibrio anche quando la relazione viene portata in prossimità del punto di ebollizione e di rottura. Senza l'abitudine ad un lavoro di continua metariflessione sulla propria esperienza interiore che consenta di metabolizzarla, è molto arduo il lavoro a lungo termine con il paziente borderline. Questa funzione di carattere meta-riflessivo, funzione che è proprio uno degli aspetti maggiormente carenti del funzionamento mentale borderline, si giova della possibilità che chi si impegna a fondo su questo piano, abbia fatto una esperienza di carattere psicoterapeutico o psicoanalitico dal lato del paziente.

Enrico ha oggi cinquanta anni e una lunga storia di cura con il Servizio psichiatrico iniziata circa venticinque anni fa. Ha una diagnosi di schizofrenia paranoide e negli anni sono stati effettuati numerosi ricoveri ospedalieri in trattamento sanitario obbligatorio, oltre che vari tentativi di interventi riabilitativi tutti falliti. La sua esperienza soggettiva quando lo incontro sei anni fa era caratterizzata da un sentimento di estrema persecutorietà nei confronti del Servizio e da una pressoché totale assenza di consapevolezza di malattia che comportò la necessità dell'ennesimo ricovero in trattamento sanitario obbligatorio. Tuttavia sin dai nostri primi colloqui emerse la possibilità e il bisogno di una relazione di comprensione. Oltre all'intervento farmacoterapeutico intraprendemmo quindi un percorso psicoterapeutico di tipo psicodinamico a cadenza settimanale. Nei primi anni il focus principale della terapia è stata la costruzione di un'alleanza terapeutica: Enrico percepiva i rapporti interpersonali come pregni di pericolo e quindi era necessario fornire una relazione umana che fosse coerente, affidabile e di sostegno. McGlashan e Keats (1989) hanno sottolineato che la psicoterapia deve soprattutto offrire asilo: i pazienti devono sentire ogni seduta psicoterapeutica come un "luogo sicuro" nel quale sono circondati dalle cure e dall'interesse del terapeuta. Spesso entrando nello studio, Enrico esprimeva il sollievo di trovarsi in un luogo così tranquillo in cui tutti i rumori (angosciosi) erano tenuti lontani e a volte mi chiedeva come fossi riuscita a insonorizzare la stanza. Il lavoro successivo è stato caratterizzato dall'aiutare il paziente nell'esame di realtà, dal rafforzamento dei confini dell'io (indicando quanto apparteneva a lui e quanto era degli altri) e dall'assisterlo nello sviluppo di un io osservante che può consentire di guardare alle proprie esperienze con una certa obiettività, potendo quindi riflettere su di esse. Negli ultimi sei anni Enrico non è stato più ricoverato in ospedale, assume regolarmente le terapie psicofarmacologiche senza necessità di visite infermieristiche domiciliari, ed ha anche portato avanti progetti di tirocinio e inserimento lavorativo.

Conclusioni

Se è vero che la psicoterapia è un intervento ad alta «tecnologia umana» che quindi comporta molte risorse economiche, è ormai ampiamente dimostrato che si tratta di un buon investimento perché consente guadagni in termini di risparmi in spese sanitarie e in costi sociali a lungo termine e che è soprattutto efficace a livello di qualità della vita. Il "clima psicoterapico" della relazione consente, infatti, di migliorare la comprensione del paziente, il senso delle cure e la qualità delle prestazioni. Inoltre è dimostrato che c'è un costo notevole nel non fornire alle persone con disturbi psichici e/o psicosomatici un adeguato sostegno psicoterapeutico, non solo in termini umani, ma anche in termini economici.

La schizofrenia, l'anorexia nervosa, il disturbo borderline di personalità, in genere implicano un grande investimento nel corso del trattamento ed una perdita importante di giorni lavorativi: la psicoterapia può essere un investimento utile in queste malattie perché può avere un impatto sul funzionamento lavorativo e sulla durata e frequenza delle ospedalizzazioni.

Le valutazioni sulla convenienza economica della psicoterapia nelle cure psichiatriche comportano la necessità di prendere in considerazione l'opportunità di ri-qualificare professionalmente lo psichiatra come specialista responsabile del progetto BPS - farmaci, psicoterapia, riabilitazione - in un contesto psicoterapeutico ad personam. Le recenti acquisizioni delle neuroscienze collocano nei processi della relazione implicita, profonda, della personalità del terapeuta con la personalità del paziente le variabili da cui dipende la miglior qualità dei percorsi e degli esiti delle cure.

Purtroppo in Italia le promesse di inserire la psicoterapia nei Livelli Essenziali di Assistenza sono rimaste tali, come pure i disegni di legge che prevedevano di organizzare anche da un punto di vista economico la psicoterapia nei Servizi di Salute Mentale. E' auspicabile che nel prossimo futuro una nuova identità dello psichiatra (Maj, 2010) apra la strada non solo alla riqualificazione dei sistemi organizzativi dei Dipartimenti di Salute Mentale, ma al riappropriarsi della cultura del "contesto psicoterapico relazionale" come fondamento e strumento della nostra professione.

Riferimenti

- 1. Riefolo G, Psichiatria Prossima. La psichiatria territoriale in un'epoca di crisi. Bollati Boringhieri, Torino, 2001.
- 2. Correale A, Il campo istituzionale, Borla, Roma, 1991.
- 3. Saraceno B, Mental health: scarce resources need new paradigms, World Psychiatry, 2004, 1: 3-5.
- 4. Kandel ER, Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited, American Journal of Psychiatry, 1999, 156: 505-524.
- 5. Linden D, How psychotherapy changes the brain - The contribution of functional neuroimaging, Molecular Psychiatry, 2006, 11: 528-538.
- 6. Leichsenring F and Rabung S, Effectiveness of long-term Psychodynamic Psychotherapy. A Meta-analysis, JAMA, 2008, 300, 13: 1551-1565.
- 7. Stern D, La costellazione materna, Bollati Boringhieri, Torino, 1995.
- 8. Fairbairn WRD, Il piacere e l'oggetto. Scritti 1952-1963, Astrolabio, Roma, 1992.
- 9. Winnicott DW, Gioco e realtà (1971), Armando, Roma, 1974.
- 10. Correale A, Area traumatica e Campo istituzionale, Borla, Roma, 2006.
- 11. Alonzi MA, Carnevali A, Di Giuseppe P et al, I fondamenti strutturanti della relazione con il paziente borderline, Rivista Sperimentale di Freniatria, 2000, 124, 2: 117-121.
- 12. Fonagy P and Target M, Attaccamento e funzione riflessiva, Raffaello Cortina, Milano, 2000.
- 13. McGlashan TH and Keats CJ, Schizophrenia: Treatment Process and Outcome, American Psychiatric Press, Washington DC, 1989.
- 14. May M, Are psychiatrists an endangered species?, World Psychiatry, 2010, 9, 1: 1-3.

I dati riportati negli articoli tengono conto delle disposizioni normative di cui al Codice sulla Privacy e dei provvedimenti del Garante consequenziali al trattamento dei dati per scopi scientifici, di ricerca e divulgativi.

[0] commenti | comments