

L'attualità del contributo della psicoanalisi all'interno dei servizi psichiatrici e di salute mentale

Author:

S. Bolognini affiliation: Psichiatra e Psicoanalista, Presidente della Società Psicoanalitica Italiana, Presidente dell'International Psychoanalytic Association



Vedo nel pubblico molti giovani e quindi, procedendo così, con un istinto di sintonizzazione con i miei ricordi di quando ero specializzando e giovane psichiatra, vorrei impostare il nostro discorso di oggi proprio sul tema di una possibile collaborazione, di un'armonizzazione tra la cultura psicoanalitica e quella psichiatrica: cosa dell'una può servire all'altra e viceversa.

Un tema cruciale per chi inizia la sua formazione in questo campo di lavoro.

Quando io ho cominciato la mia formazione come giovane psichiatra lavoravo a Venezia, e la psichiatria era in una fase di grande trasformazione perché si stava uscendo dal tempo degli ospedali psichiatrici tradizionali: c'era la rivoluzione basagliana in atto, c'era quel processo di reazione totale, per cui dal "tutto chiuso" si passava al "tutto aperto", e di fronte a questi grandi cambiamenti, l'atteggiamento degli psicoanalisti che lavorano nelle istituzioni psichiatriche era di una certa perplessità.

Gli psicoanalisti non apprezzavano affatto l'istituzione manicomiale tradizionale, ma al tempo stesso guardavano con una certa diffidenza a quei processi di apertura totale che sembravano partire più da una posizione politico-ideologica che non da una vera comprensione di quello che stava succedendo (e di quello che abitualmente succedeva) nel mondo interno e nel mondo esterno dei pazienti psichiatrici.

In Italia si è sempre affermato, a livello di cultura giornalistica e popolare, che c'erano due psichiatrie: la "vecchia" psichiatria e la "nuova" psichiatria.

La vecchia psichiatria era quella, appunto, manicomiale, quella dei reparti chiusi, quella degli elettroshock.

La nuova psichiatria era quella della "liberazione", quella delle feste, con una serie di rituali tra il concreto e il simbolico che Basaglia aveva inaugurato, efficacemente a suo modo perché mostrava una evidente funzione efrattiva, di rottura, ma che sembrava anche, in molti casi, sottovalutare la complessità della patologia psichiatrica.

In realtà **le psichiatrie in Italia sono state perlomeno tre**, perché c'era una **terza corrente** che era appunto quella sostenuta dagli psichiatri e dagli psicologi di **formazione psicoanalitica** che lavoravano nelle istituzioni.

Questa "terza psichiatria" cercava di fornire una lettura un po' più approfondita e problematica della patologia psichiatrica e delle istituzioni psichiatriche: una lettura non facile, perché il rischio era sempre quello di essere intesi o come facenti parte di una di queste due psichiatrie collettivamente fantasmizzate e pubblicizzate in modo sommario.

Fermarsi, riflettere, cercare di capire, dare un senso alle cose era vissuto all'epoca dagli uni e dagli altri (dai vetero-psichiatri e dai rivoluzionari socio-psichiatri) come un'attitudine da perditempo o da intellettuali un po' snob.

In realtà, con gli anni, questa maniera più riflessiva e interrogativa di lavorare in psichiatria ha preso forza, attraverso i contributi di una pratica metodologica che si è diffusa rapidamente in molte regioni italiane: è la pratica della supervisione di équipes, che ha portato le équipes che ne facevano richiesta e che erano capaci di mantenere quel tipo di lavoro condiviso, a riflettere, a lavorare su quello che accadeva nei reparti, negli ambulatori, nel gruppo di lavoro, senza pretendere di trovare subito delle risposte semplici e chiare ma ponendosi in una condizione di ricerca.

Tale ricerca non era affatto "filosofica", teorica, astratta, riservata ad "anime belle", ma era destinata piuttosto a rendere più vivibile l'ambiente di convivenza e di lavoro, e a rendere più comprensibile quel tessuto di situazioni, di gesti, di parole altrimenti privi di senso che nella psichiatria, purtroppo, è così frequente.

Le cose si sono complicate in modo grave, e questo lo sappiamo tutti, con la crisi economica.

La crisi economica ha reso la vita più difficile a tutte le équipes psichiatriche, per lo meno per due fattori: il primo è stato naturalmente la restrizione degli organici, per cui il carico di lavoro per ognuno degli operatori è cresciuto a fronte di richieste sempre maggiori; l'altro è stato proprio il fatto che ci sono state meno risorse disponibili da destinare a questo lavoro di "pensamento", di riflessione e di condivisione delle cose che accadono in ambiente psichiatrico.

E' quindi un po' in controtendenza, data la situazione economica generale, venirmi a parlare di un contributo psicoanalitico in psichiatria; ma io lo propongo lo stesso perché ha a che fare non con sofisticati e costosi trattamenti psicoanalitici – che non c'entrano niente con quello di cui stiamo parlando - ma con un modo di convivere tra operatori e con i pazienti e nelle istituzioni che può diventare più comprensibile se si lavora in una atmosfera collegialmente co-riflessiva.

Desidero darvi alcuni elementi storici, prima di tutto, per inquadrare proprio questo processo storico che ha riguardato la situazione italiana.

I rapporti tra la psicoanalisi e la psichiatria sono stati iniziati già al tempo degli esordi pionieristici della psicoanalisi stessa, quando Freud aveva cercato di esportare la psicoanalisi un po' al di fuori dei confini viennesi e degli studi dei primi psicoanalisti "federandosi" con alcuni grandi psichiatri dell'epoca, come Bleuler: Jung gli serviva proprio a questo, perché il "Buerghoelzli Spittal" di Zurigo poteva costituire la porta di ingresso nelle grandi istituzioni psichiatriche e nelle istituzioni universitarie dell'epoca. Questa iniziativa ebbe qualche successo, specialmente in Svizzera dove tre o quattro cliniche di buon nome si orientarono a utilizzare strumenti psicoanalitici.

Nel mio breve tirocinio agli inizi degli anni '70 a Muensterlingen, sul lago di Costanza, trovai il lascito di quella stagione culturale, perché il direttore Prof. Kuhn, allievo di

Binswanger, chiedeva ai suoi collaboratori la perfetta conoscenza di tutta l'opera freudiana.

Il paese nel quale sembrò però, per qualche tempo, che ci potessero essere grandi sviluppi tra psicoanalisi e psichiatria furono gli Stati Uniti. Gli Stati Uniti hanno vissuto un periodo di grande esaltazione a favore della psicoanalisi nelle istituzioni, un periodo durante il quale molte cattedre di psichiatria erano tenute da eminenti psicoanalisti.

Vi furono molte pubblicazioni di libri (forse il più noto in tutto il mondo fu il trattato di psichiatria di Silvano Arieti, che anche in Italia ebbe un grandissimo successo) che utilizzavano ampiamente concetti psicoanalitici per interpretare ed elaborare situazioni psichiatriche.

Fu persino presa troppo alla lettera questa possibile commistione tra psicoanalisi e psichiatria, con delle sovrapposizioni tecniche abbastanza paradossali.

Da un certo punto di vista risultò emblematica la tragica vicenda di Marilyn Monroe, seguita male da un pur grande psicoanalista come Ralph Greenson: il quale era un eccellente psicoanalista, ma si lasciò sedurre (oltre che, probabilmente, da Marilyn Monroe in sé) dall'idea di fornire un brillante ibrido terapeutico, che non era né psichiatria né psicoanalisi, a una paziente famosa, simbolo di un mondo che avrebbe dovuto poi testimoniare la validità del contributo psicoanalitico in una situazione di scompenso psicotico.

Greenson fece confusione tra la stanza di analisi, l'assistenza farmacologica e la gestione dei contatti con l'entourage, non giovando sicuramente né alla paziente, né alla psicoanalisi né al mondo psichiatrico: un caso tragico e leggendario.

In realtà la rifondazione dei rapporti moderni tra psicoanalisi e psichiatria si sviluppò molto dopo, e partì proprio dall'Italia, quando intorno agli anni Settanta una generazione di psichiatri che avevano anche effettuato una formazione psicoanalitica iniziò a introdurre nuovi strumenti di lavoro nelle istituzioni.

Questi psichiatri-analisti non avevano affatto l'ingenua pretesa di trattare psicoanaliticamente il paziente psichiatrico, avevano ben chiaro come non fosse quello il contributo che la psicoanalisi poteva dare.

La loro intenzione era invece quella di usare in modo parziale, mirato e selettivo, alcuni concetti derivati dalla cultura psicoanalitica, e di rivisitare situazioni di lavoro psichiatrico alla luce di quei concetti; mantenendo però un forte senso di realtà nel contestualizzare il loro modo di operare e al contempo nel mettere gli operatori in condizione di lavorare meglio.

Fu fondamentale, in tutte queste iniziative, l'idea di istituire in modo ufficiale e condiviso delle occasioni di confronto e di colloquio tra operatori che andavano costruite, poste in funzione e mantenute nel tempo.

Qui apro una parentesi metodologica generale: se un gruppo di lavoro riesce a organizzare in modo sufficientemente stabile un luogo e un tempo di riflessione comune condivisa, e se riesce a parlare dei pazienti che sta seguendo in una maniera abbastanza comprensibile, scambiabile ed elaborabile per tutti i suoi componenti, questo gruppo realizza qualcosa di simile a quello che fa un individuo singolo quando riflette sulle cose di cui sta facendo esperienza.

La mente del gruppo di lavoro, occupandosi di un oggetto comune che viene condiviso in maniera congiunta, svolge un lavoro di presa di coscienza, di mentalizzazione, di metabolizzazione, di digestione (e a volte, quando le cose vanno abbastanza bene, di trasformazione) delle situazioni e dei contenuti della relazione terapeutica, rendendo la "cosa psichiatrica" pensabile da parte del gruppo stesso.

La difficoltà di questo lavoro, che sembrerebbe cosa in sé e per sé ovvia e semplice, è testimoniata dal fatto che i gruppi di lavoro spesso iniziano a fare questo tipo di attività, ma dopo un po' smettono.

In realtà non è affatto facile mantenere operativo e aperto uno spazio di pensiero strutturato, perché - esattamente come accade al paziente in analisi, che è invitato ad essere presente a quelle certe ore e in quel certo posto e a dire quello che viene in mente - anche il gruppo di lavoro svilupperà delle resistenze: entreranno in azione le sue difese, si troveranno mille e uno motivi per cui "...in quel certo giorno non si può, ...quell'altro giorno c'è una certa riunione, ...li mancano tre persone quindi non lo facciamo...".

In definitiva, ben presto appaiono resistenze del tutto equivalenti a quelle di un paziente che inizi una psicoterapia o una psicoanalisi, dopo gli entusiasmi iniziali. Nel caso del paziente singolo, per esempio, uno dei deterrenti al saltare le sedute, come è noto, è il fatto (del tutto sgradito e impopolare) che le sedute non fatte per causa del paziente stesso si pagano comunque.

Nel caso dell'equipe di lavoro non è così, perché di solito non c'è un pagamento personale diretto, sta quindi all'equipe farsi un punto di onore di mantenere l'impegno preso, avendo coscienza del fatto che inevitabilmente ci saranno resistenze, difficoltà, insomma che verrà voglia di non andare alla riunione.

Questo è pressoché fisiologico.

Potremmo dire che è una situazione simile a quella di Ulisse, il quale - sapendo che sarebbe passato attraverso il tratto di mare in cui c'erano le sirene - si fece legare all'albero maestro, perché sapeva che gli sarebbe sopravvenuta la tentazione irresistibile di tuffarsi.

Ecco: lo stesso dovrebbero fare (metaforicamente, ma non troppo) gli operatori psichiatrici quando, con coraggio, decidono di istituire una riunione di servizio con una certa periodicità.

L'obiettivo, insomma, è quello di riuscire a pensare le cose, riuscire a pensarle insieme, a parlarne, a metterci le mani.

Uno dei grandi sviluppi della psicoanalisi di questi ultimi decenni consiste nel fatto che accanto alla interpretazione "enigmistica" si è molto valorizzato il concetto di trasformazione: non si tratta più tanto o soltanto di trovare la "spiegazione" che risolve un dilemma, un problema, che chiarisce interpretativamente una situazione poco chiara.

Si tratta piuttosto di maneggiare le cose (le esperienze del Sé), di guardarle da tutti i lati, di toccarle, di prendervi contatto in una maniera tale per cui, dopo aver fatto questo, le cose non sono più esattamente come prima: si sono un poco trasformate.

Un'immagine che potrebbe dare rappresentazione a questo processo è reperibile nella famosa favola del Gatto con gli Stivali: quando il gatto si trova di fronte un enorme orco, per lui non affrontabile, con uno stratagemma riesce a renderlo un topolino, e, a quel punto lì, se lo mangia.

Certo le cose non sono così semplici nella pratica psichiatrica; però è vero che dopo aver parlato abbastanza di un paziente o di una situazione di lavoro (e dopo aver sperimentato una sensazione di impotenza, perché lo sappiamo tutti che ci sono dei pazienti che non sono "mangiabili" come quel topolino, sono pazienti disturbatissimi) gli operatori sentono che qualcosa è cambiato.

Il cambiamento può riguardare la maniera in cui si è visto qualche dettaglio in più che la volta precedente non si era visto; l'aver potuto almeno condividere con i colleghi proprio quel sentimento di poca utilità; oppure si può essere modificato - elemento importantissimo - un desiderio più o meno onnipotente di guarire il paziente, là dove invece si può fare strada l'idea che quel paziente vada gestito, che vada aiutato per quello che si può.

Ad esempio, che vada visto periodicamente con una certa regolarità, che possa contare su un oggetto stabile: l'operatore, l'equipe, e anche il posto dove va a prendere le medicine, con una certa ricorrenza di quella che noi chiamiamo la relazione oggettuale, cioè la relazione con qualcosa se non con qualcuno che è ritrovabile e ben identificabile.

Adesso vorrei darvi alcuni concetti di base, concetti semplici che gli operatori psichiatrici possono ricavare dalla cultura psicoanalitica e possono utilizzare nel lavoro quotidiano: sono proprio dei concetti elementari, ma vorrei provare a renderli pensabili, rappresentabili, in maniera tale che restino nella mente come dei punti di orientamento.

Il primo concetto che io proporrei è il concetto di **regressione**.

La regressione, la regressione è quel fenomeno dinamico per cui una persona che nella vita mentale ha raggiunto anche dei livelli di organizzazione piuttosto evoluti, ritorna invece temporaneamente ad altri livelli di funzionamento e di organizzazione interna che sono più caratteristici di fasi della vita molto precoci: il soggetto perde quindi una certa complessità funzionale e regredisce a processi mentali e a degli stati del Sé particolarmente primitivi.

Molte patologie psichiatriche non possono essere comprese se non si acquista il senso della dinamicità della regressione, cioè se non si riescono a intendere nel modo di essere di una persona anagraficamente adulta quei modi di funzionare che sono propri del bambino nelle sue varie fasi evolutive.

Nei trattamenti psicoterapici, ad esempio, persone sufficientemente strutturate vengono indotte dal dispositivo della cura (che consiste soprattutto nel trovarsi ad ore certe in orari certi nello stesso luogo per un certo tempo) a regredire: cioè a sviluppare nei confronti del curante una serie di vissuti, fantasie e sensazioni che sono più pertinenti a quelle di un bimbo verso un genitore che a quelle di un adulto verso un altro interlocutore adulto.

In psichiatria, dove le patologie sono di solito molto più gravi e più vistose, è più difficile tecnicamente riconoscere in modo corretto il senso funzionale delle regressioni.

Ci troviamo di fronte a fenomeni patologici spesso imponenti, ed è più difficile stabilire una correlazione dotata di senso tra atteggiamenti, vissuti e sintomi apparentemente incomprensibili e una lettura di essi collegabile a modelli di funzionamento infantili.

Ma se si impara un po' alla volta a riconoscere i movimenti regressivi, che possono essere anche molto settoriali, questo permette al curante di reagire e di interagire col paziente in una maniera più sensata, meno reattiva, meno spaventata, meno automatica e meccanica.

Questa disposizione interna non "guarisce" nessuno, però permette di curare l'ambiente di cura.

Non si tratta di effettuare alcun trattamento psicoanalitico del paziente psichiatrico, ma di utilizzare strumenti psicoanalitici per migliorare la situazione di lavoro psichiatrico.

La regressione va intesa come la ricerca (purtroppo il più delle volte inappropriata), da parte dei pazienti, di quello che non c'è stato o di quello che c'è stato male, che non ha funzionato, nelle loro vite; di quello che chiede ancora di essere trovato, di essere utilizzato per riparare un danno interno inaccettabile.

Il dramma delle persone malate psichicamente è che questa è una ricerca appunto inappropriata, in luoghi inappropriati, con persone inappropriate, perché quello che cercano nessuno glielo potrà mai dare; stiamo parlando di qualcosa che poteva essere dato chissà quando, quando era il momento, quando erano piccoli.

I curanti - in psichiatria come in psicoterapia e in psicoanalisi - possono essere il tramite tra questi bisogni che nessuno capisce e un po' di comprensione necessaria e condivisa.

In particolare la comprensione degli stati di scissione, di frammentazione, di quelle condizioni in cui una persona non è più intera, non può assolutamente essere fornita dal mondo circostante, perché la gente che non lavora in psichiatria non può capire queste cose.

Chi lavora in psichiatria, invece, può capire qualche cosa più degli altri: può capire ad esempio che che il Dr. Jekyll e Mr. Hyde convivono nella stessa persona, che certe volte ne spunta solo uno ma dietro c'è quell'altro.

Gli psichiatri o gli operatori psichiatrici possono essere persone che, in definitiva, si stupiscono un po' meno degli altri e si lasciano traumatizzare un po' meno degli altri di fronte a queste situazioni apparentemente incomprensibili.

Ugualmente: di fronte a fenomeni dispercettivi, allucinatori, là dove una cultura psichiatrica priva di un conforto psicoanalitico è solo in grado di registrare la patologia e la anomalia di funzionamento dell'io che "prende lucciole per lanterne", che inventa cose che non ci sono, una certa familiarità con la cultura psicoanalitica permette invece di comprendere che in molti casi il contenuto delle allucinazioni non è privo di senso; ha un senso che si collega con una significativa precisione ai bisogni o a traumi

della persona.

Così per esempio la parola "persecuzione", etimologicamente derivando da "per-sequi" (dove "per" è un intensificativo, un moltiplicativo) vuol dire che la persona è inseguita intensamente, ovvero non riesce a liberarsi da cose che non riconosce come proprie, che non sente assolutamente come facenti parte del proprio mondo interno, dei propri bisogni o dei propri desideri; mentre invece esse sono appunto questo, sono parti di sé, o parte dei propri desideri o dei propri bisogni o ricordi che il soggetto vorrebbe rifiutare in modo totale come altro da sé, ma che appunto ritornano puntualmente al destinatario.

Sono insomma cose che sotto sotto hanno un senso, che però non è facile da capire perché il soggetto quel senso lo ha perduto da una vita; ma c'è.

A questo punto subentra una funzione fondamentale degli operatori psichiatrici e della psichiatria in generale, che è la **funzione di contenitore**.

Il contenitore è una struttura, che può essere una struttura concreta, una struttura relazionale o una struttura di fantasia intrapsichica, ma che comunque deve essere nella mente di qualcuno, e che deve essere offerta a una persona che non è in grado di gestirsi o di stare tutta insieme, tutta intera: qualcosa che la contenga.

Il primo contenitore della vita è, in concreto, l'utero ed è un contenitore col quale non si parla, è un contenitore che contiene in senso fisico.

Poi quando il bimbo nasce il contenitore è la mamma, la mamma sia in senso fisico (le braccia) sia in senso relazionale di modi di collegarsi, di modo di parlare al bimbo, di modo di guardarlo, di modo di stare bene e di stare male insieme al bimbo, facendoglielo sentire.

Questa funzione di contenitore si arricchisce progressivamente della capacità di fantasticare insieme, di parlare insieme. Ma il primo contenitore non fantastica e non parla più di tanto: è un contenitore concreto.

Ora la psichiatria ha il compito ingrato, in molti casi, di fornire una funzione contenitiva.

In alcune epoche essa è stata assolutizzata fino alla crudeltà; in altre epoche essa è stata reattivamente negata, non è stata capita, non si è capito che di essa c'era bisogno per il soggetto, al di là della necessità di proteggere gli altri dalla sua patologia.

Per centinaia di anni i pazienti sono stati contenuti in maniera totale, indiscriminata e insensata, senza alcun tentativo di comprendere qualcosa; poi abbiamo avuto un periodo di incontinenza, di assenza della funzione contenitiva, che si è sostanziato sia nella apertura istituzionale indiscriminata sia nella legislazione che non teneva conto delle reali necessità tecniche di contenimento temporaneo per ricomporre le crisi psicotiche.

Era il periodo in cui, con porte girevoli, i pazienti venivano messi fuori in quattro e quattr'otto in nome di una libertà ideale che non teneva conto del bisogno reale di contenimento per un certo tempo.

In effetti mi pare che adesso si stia diventando molto più complessi e selettivi: si capisce che ci sono delle persone che hanno bisogno di contenimento, proprio come chi è stato fratturato ha bisogno di un gesso e di una ospedalizzazione per un certo tempo.

Così, dei pazienti che hanno avuto una grave "frattura" psicotica interna hanno bisogno di un contenitore organizzato per un certo tempo; e se noi li mandiamo a casa anzitempo non facciamo loro un buon servizio, in nome di chissà quale ideologia; così come altri, invece, vengono tenuti indebitamente a lungo in contenitori "morti", veri e propri claustrici che non hanno senso e che magari vengono sfruttati da componenti parassitarie del paziente stesso.

Si tratta di valutare in maniera complessa e non ideologica quando ci si trova di fronte ad un vero bisogno e quando invece c'è una parassitariet , una parassitosi dell'apparato contenitivo.

Vengo agli altri punti che mi preme indicarvi come elementi fondamentali.

Uno è che, in qualunque relazione terapeutica (questo vale per tutta la medicina ma vale sommamente per la psichiatria) si stabiliscono dei **transfert di relazione oggettuale tra curato e curante**.

Il transfert non lo creiamo, il transfert c'è. Il transfert c'è verso il capoufficio, c'è verso la morosa, c'è verso l'allenatore: sono tutte situazioni della vita in cui il transfert entra in funzione.

A maggior ragione c'è nei confronti dell'equipe curante, dei medici, degli infermieri, di tutte le figure che si occupano di un paziente; è importante tenerne conto nello sviluppo di un trattamento, di una relazione terapeutica.

Una delle condizioni fondamentali perché un essere umano possa utilizzare tanto il contenitore quanto la relazione ad oggetto transferale è il fatto che ci sia una certa possibile **costanza dell'oggetto**.

Le situazioni di lavoro nelle quali si realizza una girandola di operatori non sono mai proficue.

Questo contraddice, purtroppo, alcuni criteri che sono stati molto popolari negli ultimi decenni da un punto di vista organizzativo, strutturale, sindacale ecc. ecc.; ma vi assicuro che relazionarsi con un operatore o con un altro fa la sua bella differenza, e che per un paziente poter contare su una relazione d'oggetto sufficientemente stabile ha la sua importanza. Le relazioni della gente qualunque con il medico di famiglia lo hanno dimostrato da tempo: la relazione assume una certa sua stabilità solo se vi è costanza oggettuale ed è fondamentale che le persone si conoscano bene, sia per motivi oggettivi (cioè per l'utilità tecnica di conoscere quel dato paziente per quello che è e per i suoi bisogni), sia per motivi transferali, perché l'awicendamento continuo di figure nuove fa perdere fiducia nella consistenza e nella costanza dell'oggetto.

L'altro punto che volevo segnalare è quello già menzionato della **trasformazione**.

Trasformazione è una parola grossa, perché darebbe l'idea che una persona possa "trasformarsi" in toto e non è così: possono trasformarsi piccole cose nelle persone, e

per trasformazione intendiamo soprattutto il fatto che elementi di sé o dell'altro o della vita che non possono essere pensati diventino in qualche misura pensabili, che diventino psichicamente maneggiabili, contattabili, a cominciare dal fatto che la persona possa parlare.

La psicoanalisi ci ha fornito una singolare prova di questo: se si va da un collega a parlare di un caso clinico e se ne parla per mezz'ora, anche se il collega interpellato non sa francamente che cosa dire, quello che ha portato il caso clinico esce "cambiato" dal colloquio.

Il fatto in sé di averne potuto parlare ha già in sé un effetto trasformativo. Le situazioni di lavoro condivise in gruppo (se il gruppo è sufficientemente costruttivo e creativo e se non predominano le spinte distruttive al suo interno) sono già in sé trasformative.

Riuscire a parlare di quello che è successo nel servizio, anche solo descrivendolo, senza la pretesa di fare chissà quali interpretazioni, ha una funzione trasformativa.

E' chiaro che come tutte le realtà gruppali anche l'équipe ha di solito le sue tensioni interne, inevitabili: le rivalità, le gelosie, le invidie sono parte della vita umana e vanno a intossicare le situazioni di lavoro; ci dovrebbe essere però comunque una percezione del vantaggio di lavorare insieme, appunto maneggiando le situazioni da trasformare.

La malattia mentale fa star male; fa star male non solo i pazienti ma anche i curanti che devono viverci in mezzo, che devono interagire coi malati portandosi poi a casa una bella dose di malessere e di tossine.

Se l'équipe riesce a condividere lo scopo di rendere più vivibile la situazione di lavoro sia per gli operatori che per i pazienti, l'équipe stessa può fronteggiare le tensioni (che ci saranno, come in qualunque situazione di lavoro).

L'ultimo punto riguarda proprio i fenomeni di **burnout** degli operatori psichiatrici. Sappiamo bene che i radiologi, i tecnici, ecc. devono avere molte precauzioni e molta cura di sé per non esporsi oltre misura all'ambiente irradiato e tra l'altro proprio i radiologi, se non ricordo male, dispongono di un periodo di ferie superiore rispetto alle altre categorie. Così in psichiatria si dovrebbe essere consapevoli del grado di disturbo e di impegno che comporta lavorare in quell'ambiente.

Radiazioni pericolose vengono assunte dai radiologi quando "dimenticano" i raggi, cioè quando mettono una mano nel campo irradiato per spostare qualcosa o qualcuno, dimenticando il fatto che non dovrebbero.

In psichiatria può avvenire qualcosa di analogo, perché il rapporto con i pazienti psichiatrici è un rapporto molto più impegnativo e potenzialmente disturbante di quello che può apparire: le richieste dei pazienti, l'induzione di malfunzionamenti, le frammentazioni e le scissioni, la persecutorietà maggiore o minore, l'inaridimento del campo relazionale o la sua eccessiva velocizzazione negli stati maniacali sono tutte situazioni cui l'operatore psichiatrico è esposto, a volte senza neppure potersene accorgere.

Se riesce a riconoscere, trattare e digerire queste cose parlandone con i colleghi può ridurre di molto la tossicità di questi fattori di contatto; se invece l'operatore è molto isolato e non mentalizza queste realtà, torna a casa di solito con un sovrappiù, sovraccarico sensoriale, emotivo interno che può essere disturbante. Per questo quando l'équipe riesce a lavorare in un regime di comunicazione al suo interno, a dare rappresentazione mentale all'irrappresentato e a dividerlo, di solito sta meglio.

E' vero che questo richiede un ulteriore investimento sulla vita professionale, che è quello appunto di attivare dei dispositivi di elaborazione condivisa; però alla lunga questo conviene e questo è un altro dei vantaggi derivanti dalla comprensione psicoanalitica alle situazioni di cura che può essere importato in psichiatria.

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