

## RIFLESSIONI SULLA FORMAZIONE PSICOANALITICA DEGLI OPERATORI SANITARI

Tommaso A. Polisenò, Domenico A. Nesci

Il tema delle pratiche psichiatriche in ospedale è talmente vasto e poco definito da lasciare aperte diverse domande: “Quale metodo di osservazione? Quale nosografia? Quali pratiche psicoterapeutiche?”. Le domande diventano più impegnative se si vuole attingere dalla psicoanalisi, o dalla gruppoanalisi, un atteggiamento metodologico, un modo di pensare, una sensibilità, che informino tanto le attività di *consultazione e collegamento*, quanto quelle di un intervento di pronto soccorso, ecc., e gli autori di questa pubblicazione sono tutti impegnati in tal senso. Ma ancora di più si aprono interrogativi se si cerca di definire le linee guida della formazione dei gruppi di lavoro in ospedale.

Il concetto di consultazione rimanda all'*ascolto*, alla *narrazione*, alla *lettura di un testo*, cioè di fatto a proprietà del campo psicoanalitico, così come l'idea di collegamento rimanda alla capacità della mente di fare *legami*. Ma pur ammettendo che sia possibile tale visione psicoanalitica di pratiche altrimenti distaccate e burocratiche, dobbiamo convenire con Correale quando afferma: “Amnesso che tale *essenza* psicoanalitica sia identificata, è possibile farla circolare nelle istituzioni senza smontarla?”<sup>1</sup>. Tradizionalmente questo problema è stato affrontato cercando di risolvere il più possibile le contraddizioni che si aprono nelle istituzioni psichiatriche (ma esse si attivano ancora di più in ospedale) quando si cerca di istituire un setting a orientamento psicoanalitico, senza tuttavia trovare soluzioni soddisfacenti. Di volta in volta sono stati studiati ora gli aspetti normativi: ritmo, durata, spazio-tempo costante; ora gli aspetti interni: libere associazioni, sospensione parziale della realtà quotidiana, attenzione fluttuante<sup>2</sup>, sottolineando che se si pone l'enfasi sugli aspetti normativi lo psicoterapeuta rischia di diventare poco più che l'attento controllore di una *macchina*<sup>3</sup>, se l'accento va sull'atteggiamento interiore si rischia un'eccessiva vaghezza (attesa, ascolto), a volte spinta fino all'ineffabile, quando si valorizza solo il *clima* della comunicazione, cosa che spesso risulta inutilizzabile in ambito istituzionale. D'altra parte va ancora detto che “il setting interiore è assai più il risultato di una conquista di lunghe fasi di lavoro che un punto di partenza possibile”<sup>4</sup>, così come l'eccessiva svalutazione della dimensione attiva, rischia di impoverire il campo di osservazione di una enorme serie di fatti carichi di valore simbolico e affettivo (agire comunicativo)<sup>5</sup>.

Sembra allora che in ambito istituzionale la costruzione del setting proceda più dal cimentarsi con la soluzione dei problemi preliminari per la sua fondazione, primo fra tutti: la fiducia tra medico e paziente.

Freud<sup>6</sup> nel 1912 scrive: “Bisogna decidersi a distinguere una traslazione ‘positiva’ da un'altra ‘negativa’, la traslazione di sentimenti affettuosi da quella di sentimenti ostili, e a trattare separatamente i due tipi di traslazione sul medico.....(*poi proseguendo in queste distinzioni*).....Se ‘eliminiamo’ la traslazione rendendola cosciente.....l'altra componente (*di quella positiva*), capace di giungere alla coscienza e irreprensibile, continua a sussistere ed è in psicoanalisi portatrice di

<sup>1</sup> A. Correale, (2003) “ Percorsi pubblici dell'interiorità: psicoanalisi e istituzioni psichiatriche”. Riv. Psicoanal., 49, 341-352

<sup>2</sup> P.C. Racamier, (1970) *Io psicoanalista senza divano*, Milano, Cortina 1982.

G. Zapparoli, (1986). “L'alleanza terapeutica nella psicoterapia psicoanalitica degli stati psicotici”. Riv. Psicoanal., 32, 461-469

G. Fiorentini et al., (1995). “Dalle regole del setting all'assetto mentale dell'analista”. Riv. Psicoanal., 41, 67-79

A. Correale e L. Rinaldi (a cura di) (1997). *Quale psicoanalisi per le psicosi?* Milano, Cortina

G. Berti Ceroni, A. Correale (a cura di) (1999). *Psicoanalisi e Psichiatria*. Milano, Cortina

<sup>3</sup> E. Fachinelli, (1983). *Claustrofobia*. Milano, Adelphi

<sup>4</sup> A. Correale e L. Rinaldi, *op. cit.*

<sup>5</sup> M. Sassolas, (1997). *Terapia della psicosi*. Roma, Borla 2001

<sup>6</sup> S. Freud, (1912). *Dinamica della traslazione*. O.S.F., 6

successo, esattamente come in altri metodi cura (sottolineatura nostra)". Queste precisazioni di Freud, oggi, sono d'aiuto a ricordare l'ubiquitarità dei fenomeni di transfert e la loro utilità nei processi di cura in ambito ospedaliero. Su questa linea ritroviamo lo sviluppo dei concetti di alleanza terapeutica, oppure di fiducia di base (M. Balint) e di fede (W. Bion). Tutte queste concezioni muovono tuttavia dalla realtà clinica di pazienti capaci, fin dal primo momento, di un atteggiamento fiducioso nella capacità del medico di ascoltarli e capirli. Tale disposizione fiduciosa di base può essere sia facilitata, quanto ostacolata dal medico. Spesso è possibile osservare quanto questa dipenda dal modo attivo di operare di un medico che riesce a comunicare con i gesti, le parole e le scelte operate, quanto spazio *abitabile* sia concesso al paziente nella sua mente. Per spazio mentale abitabile intendiamo la costruzione di credenze condivise, piene di speranza per il futuro, come spesso sono molti gesti terapeutici della pratica clinica, privi quindi degli aspetti velenosi delle mitologie, delle suggestioni e dei fanatismi, altrettanto presenti nelle stesse pratiche e a volte difficili da evitare. Il lavoro di uno psichiatra o di uno psicologo, formato psicoanaliticamente, alla *consultazione* e al *collegamento* nel campo ospedaliero, come suggerisce Zapparoli<sup>7</sup> (per il campo istituzionale psichiatrico), può consistere quindi nel praticare una prima necessaria polarità: alimentare la fiducia di base del paziente.

Il primo passo di ogni percorso diagnostico o terapeutico implica una fiducia di base, un affidamento. Allo stesso modo di quanto avviene per l'avventura psicoanalitica – come afferma Resnik<sup>8</sup> – che «è un viaggio il cui fine è quello di trovare un luogo, di immaginare uno spazio che possa prestare il corpo o essere il corpo che permette ai pensieri smarriti di ritrovarsi, di raggrupparsi, di avere un pensatore».

Dunque un lavoro mentale, per chi voglia approcciare psicoanaliticamente il campo ospedaliero, impegnativo e complesso, in cui la funzione del medico somiglia a quella dell'assaggiatore dei cibi del Re per mostrargli che non siano avvelenati e così restituirgli fiducia. Un lavoro metabolico che assume e digerisce tutte le emozioni del paziente, ma in primo luogo la paura, emozione pervasiva del *campo ospedaliero*.

La possibilità che *alimentare la fiducia di base* del paziente possa trovare un riscontro fuori del setting psicoanalitico, in contesti fortemente operativi e centrati sul corpo, come appunto sulla paura per la sua precarietà, richiede una particolare formazione dell'operatore sanitario (su questo torneremo poi) che favorisca la capacità *metabolica* della sua mente, o in altri termini lo sviluppo della sua capacità di *narrare* le emozioni. Potremmo tradurre in modo semplice questo concetto con la proposta di recuperare l'attenzione all'esercizio dell'anamnesi, ad una sensibile raccolta della storia passata e presente, e quindi in altri termini ad allenare le capacità narrative sia del paziente che del medico. Scrive Antonino Ferro<sup>9</sup>: "E' per dare una risposta a proprie paure e angosce, che queste vengono trasformate narrativamente, e anziché diventare sintomo o comportamento diventano 'storie' (film, racconti, pittura, ecc.). Il *bisogno di narrare* (o di creare) diventa fattore terapeutico rispetto ad angosce, ansie, paure. Vorrei però andare oltre la genesi dei processi creativi e trovare la *matrice più profonda di tale necessità* e, ancora di più, capire se la 'narrazione' non corrisponda a un bisogno basilare della specie umana, come risposta alla paura, al terrore, rispetto a qualcosa di più primitivo, di più a monte del rimosso.". Non è un caso che Ferro sviluppi queste riflessioni proprio a partire dallo scritto di Freud del 1919 *Il Perturbante*,<sup>10</sup> nel capitolo in cui mette in risalto come la paura possa congelare il nostro *narratore interno*.

In continuità con il discorso precedente, compare quindi una seconda questione specifica del campo di lavoro ospedaliero: la qualità transizionale del setting, o se vogliamo di transizione o in transizione.

---

<sup>7</sup> G. Zapparoli, (1986), "L'alleanza terapeutica nella psicoterapia analitica degli stati psicotici". Riv. Psicoanal., 32, 461-469

<sup>8</sup> S. Resnik, (2003). *Spazio mentale. Sette lezioni alla Sorbona*. Torino, Bollati Boringhieri

<sup>9</sup> A. Ferro, (1996). *Nella stanza d'analisi*. Milano, Cortina

<sup>10</sup> D.A. Nesci, T.A. Polisenio (1999). *Metamorfosi e Cancro*. SEU

Fiducia e Setting nel campo istituzionale ci sembrano punti estremi dell'oscillazione dell'agire terapeutico, o meglio di una pulsazione del campo, se ne vogliamo valorizzare i possibili cambi di ritmo. A volte l'ansia o l'urgenza aumentano il ritmo della pulsazione, e si incrementa il lavoro perché aumenti la fiducia del paziente, mentre altre volte ci si può acquietare in un setting di riflessione e elaborazione. Winnicott è maestro nel legare fiducia e setting quando parla dell'area transizionale come *spazio potenziale*<sup>11</sup>: "Lo spazio potenziale ha luogo soltanto *in rapporto a un sentimento di fiducia* da parte del bambino, vale a dire fiducia relativa all'attendibilità della figura materna o degli elementi ambientali, essendo la fiducia la prova dell'attendibilità che viene gradualmente introiettata." Il territorio della spazio potenziale, prosegue Winnicott, "...non si basa sul funzionamento del corpo ma si basa sulle esperienze del corpo." Crediamo quindi che un ascolto psicoanalitico in ospedale debba rivolgersi soprattutto all'esperienza nuova e perturbante che il paziente fa del suo corpo, che lo trasforma psichicamente, forse per tutta la vita. Per questa strada lo spazio (campo) istituzionale sembra dispiegarsi come spazio potenziale, che rinnova la necessità di sperimentare un nuovo "primo possesso" dell'oggetto. Sempre Winnicott in *Gioco e Realtà* ci ricorda che: "...l'aspetto essenziale, nel concetto di oggetti e fenomeni transizionali è...*il paradosso e l'accettazione del paradosso*: il bambino crea l'oggetto, ma l'oggetto era lì in attesa di essere creato e di divenire un oggetto investito di carica." Forse questo è il destino del corpo malato, dissociato dal Sé, in attesa di essere reinvestito, come il corpo della madre.

Se guardiamo al setting che si può attivare in ospedale come a una costruzione fatta a partire da fenomeni e oggetti transizionali propri di quel campo, ne possiamo valorizzare gli aspetti più creativi e rigenerativi delle funzioni psichiche del paziente. Infatti l'*area transizionale* non si presta tanto ad una definizione statica, quanto dinamica di una fase di sviluppo che, anziché esaurirsi, diviene una funzione permanente della psiche. Dice Winnicott, al termine del suo lavoro sull'oggetto transizionale: "l'area intermedia.....viene in seguito sentita intensamente e conservata dall'adulto nel campo dell'arte e della religione, nella vita immaginativa e nel lavoro scientifico creativo". A quest'area dobbiamo fare appello per nutrire i processi di riparazione necessari per lenire i traumi e le ferite del Sé conseguenti alle malattie e a trattamenti, a volte più impegnativi delle malattie stesse. Il ricorso al concetto di area transizionale può descrivere anche un'altra proprietà del campo relazionale che si può attivare nel lavoro istituzionale: "...una continua capacità di passare dalla propria mente a quella dell'altro e viceversa e il fatto che da questo passaggio possono nascere continui ampliamenti di campo (Green, 1999)<sup>12</sup>", (Correale 2003)<sup>13</sup>. In altri termini possiamo dire che noi e il nostro paziente *parlando* creiamo una scena, un *teatro del sogno* (S. Resnik).

Eppure queste riflessioni non rendono ancora ragione degli aspetti più complessi del lavoro nella clinica istituzionale, e dei conseguenti assetti specifici da valorizzare nella formazione di un operatore sanitario, rischiando di proporre ai terapeuti un assetto idealizzato e perciò fragile. Si può coltivare l'illusione che la mente analizzata del terapeuta o dell'operatore, cioè capace di attivare fiducia e fenomeni transizionali, sia condizione sufficiente a creare la possibilità di interventi di qualità e efficacia psicoanalitica (ma, non lo dimentichiamo, anche di tipo gruppoanalitico). Nulla accade con questa magia. A volte nulla possiamo indurre nell'opacità della mente sovrastata ad esempio da un corpo trasformato chirurgicamente, o da una malattia oncologica, o un grave diabete.....a volte dobbiamo pensare che non sia proprio opportuno tentare di privare il paziente del suo ripiegamento narcisistico o delle sue protezioni autistiche. Nelle vicende più traumatiche del corpo è lo stesso setting (cornice) a dover essere costruito o ricostruito, in modo flessibile e graduale. Il setting si disgrega e muta facilmente, e a disposizione sulla scena clinica restano i suoi nuclei costitutivi, sparpagliati, apparentemente inutilizzabili, come un colloquio in una stanza ma con altri degenti, l'incontro con un familiare nel corridoio, le tracce delle emozioni condivise, ecc.,

---

<sup>11</sup> D.W. Winnicott, (1974), *Gioco e Realtà*. Roma, Armando

<sup>12</sup> A. Green, *Genèse et situation des états limites*. In André J. et al. (a cura di), *Les états limites*. Paris, Presses Universitaires de France

<sup>13</sup> A. Correale, *op. cit.*

mattoni pronti per la costruzione, ma buttati a caso. Spesso l'unica strada praticabile è la costruzione di una cornice "su misura"<sup>14</sup> per il paziente, adeguata progressivamente a quanto mostra di tollerare e di poter utilizzare come punto di appoggio, come luogo o momento in cui raccogliere i pensieri o farli ricomparire. Qualche paziente può trarre sollievo dal recarsi nella stanza del consulente, qualcun altro può preferire rimanere a letto e raccontare, anche in presenza di altri, stati d'animo e episodi drammatici. In ogni caso sembra costruirsi, ogni volta in un modo diverso, una scena che sempre propone nuove possibilità di *narrare* il trauma, come fosse la messa in scena di un sogno. Le figure dello spostamento, condensazione, elaborazione secondaria, raffigurabilità, descritte da Freud nell'interpretazione dei sogni, non sono solo meccanismi del lavoro onirico, ma "regole di trasformazione"<sup>15</sup> generali che presiedono, sia alla costruzione del sogno che del sintomo e della fantasia. La costruzione del setting procede così da quanto narrato dal paziente, che partecipa di fatto alla "costruzione di un senso" storico ed emotivo attraverso un dialogo non chiuso da chiavi interpretative. Il *campo* descritto dai Baranger (Baranger 1969) è quindi la *matrice di storie possibili*<sup>16</sup>, cioè di infinite varianti che consentono di narrare infinite versioni del trauma.

La narrazione trova così accoglienza e sviluppo nelle reti informali dell'istituzione, nella gruppalità diffusa che emerge dall'istituzione come nel gioco figura/sfondo. Scrive ancora Correale<sup>17</sup>: "Per gruppalità diffusa intendo un modo libero e fluido di formazione di molti tipi di incontri – gruppi di lavoro, gruppi di consulenza, piccole équipes sui singoli casi – che permettano una sorta di circolazione semi-privata delle esperienze, che possono essere fatte circolare in modo non troppo individualistico, ma al tempo stesso, non troppo esposte alla luce accecante dell'istituzione riunita nel suo complesso.". La gruppalità diffusa valorizza, tramite la narrazione, l'immensa quantità di gesti che popolano la vita quotidiana di una istituzione. "Sarebbe interessante, a questo fine, valorizzare in futuro una vera e propria psicoanalisi del gesto, da affiancare a quella della parola, del sogno e della fantasia." (Correale 2003). Condividiamo pienamente questa prospettiva che consente di mantenere in circolo elementi vitali e non stereotipati del campo istituzionale. Ma dobbiamo sottolineare che tale affascinante ipotesi senz'altro richiede un tipo di formazione specifica sia del singolo che del gruppo degli operatori. Ma non ci proponiamo ora di sviluppare le riflessioni sulle creazioni di modelli di formazione coerenti con le riflessioni che stiamo sviluppando, al momento i nostri sforzi si concentrano sulla conoscenza di quanto meno percepibile si muove nel campo clinico istituzionale e lo condiziona o lo sovradetermina. Riteniamo che maggiore è la conoscenza di queste dinamiche e più diventerà semplice affinare i metodi formativi. Quindi, resta da studiare, a nostro avviso, un ulteriore elemento dinamico del *campo* ospedaliero, poco studiato: la dimensione catastrofica.

La malattia organica impone la "brusca rottura di un equilibrio che comporta il collasso dell'organizzazione psichica nel suo insieme. Questa rottura non è soggetta a rimozione, e non è perciò rielaborabile mediante la narrazione. Il suo carattere inconscio ha implicazioni per certi aspetti cognitivi: esso, infatti, non è la conseguenza di un meccanismo difensivo, bensì si costituisce per la sua natura di evento non inquadrabile dall'esperienza perché l'organizzazione psichica non è integrata ed è quindi inadeguata, dal punto di vista economico, a sostenere un impatto quantitativamente insostenibile. In ogni caso, il crollo è caratterizzato dalla mancanza di uno spazio interno che faccia da "scena", affinché una trama possa svolgersi nella sua processualità. Sul piano esperienziale i derivati di questa condizione si possono tradurre in un tipo di angoscia che Winnicott ha cercato di rendere con espressioni quali *angosce impensabili* o anche *agonie primitive*."<sup>18</sup> Le agonie primitive, che si sperimentano nelle malattie più gravi, riattivano difensivamente le aree simbiotiche della personalità del paziente, e costituiscono un materiale di forte impatto emotivo per l'operatore sanitario, di difficile trattamento poiché *perturbano* intensamente il senso di realtà.

<sup>14</sup> F. Duparc, (1999), "Costruzione: l'arte del tempo, l'arte dell'incontro." Riv. Psicoanal. 4, 777-795

<sup>15</sup> D. Chianese (1999), "Storia, scene e destino". Riv. Psicoanal. 4, 723-740

<sup>16</sup> A. Ferro (1999), "Interpretazioni, decostruzioni, narrazioni. Ovvero: le ragioni di Jacques.". Riv. Psicoanal. 4,743

<sup>17</sup> A. Correale, *op. cit.*

<sup>18</sup> C. Genovese (2003), "Al di qua o al di sotto del sessuale" (da *Fantasmis d'amore* di Catherine Chabert)

Ferenczi introduce l'idea di Stadi nello Sviluppo del Senso di Realtà (Ferenczi, 1913) conducendoci attraverso le fasi del “ declino della sensazione di onnipotenza “. Ferenczi, come Winnicott, crede (per citare ancora ‘Gioco e realtà’), “che non arriva mai a completamente il compito di accettazione della realtà, che nessun essere umano è libero dalla fatica di porre in relazione la realtà interna e quella esterna, e che il sollievo da questa fatica viene fornito da un’ area di esperienza intermedia (Riviére, 1936) che non viene messa in discussione ( arte, religione, ecc. )”. E’ quindi evidente che l’esperienza del timore della morte o dell’*agonia primitiva* riporti l’individuo a un modo di funzionamento mentale che di fatto ripropone la ripresa dei livelli più arcaici di fusionalità, i livelli arcaici della primitiva organizzazione sincretica. La caratteristica di questa parte psicotica della personalità<sup>19</sup> è la mancanza di discriminazione tra l’Io e il non-Io, così la discriminazione sarà la risorsa tecnica per portare il paziente verso una buona divisione tra realtà interna e realtà esterna.

La simbiosi è una estrema difesa dalla separazione/morte, se all’inizio della vita accade che manchi un depositario affidabile (la madre prevalentemente) di quanto non è ancora integrato, ciò impedirà l’instaurazione di quel periodo di simbiosi utile, di cui tutti necessitiamo, per poter evolvere verso una differenziazione personale graduata. Durante lo svolgersi delle esperienze traumatiche di un percorso terapeutico è spesso imponente il ricorso alle difese simbiotiche, spesso attraverso la ricerca di un depositario di quanto di psicotico minaccia definitivamente l’integrità dell’Io. L’operatore sanitario svolge suo malgrado questo ruolo, che lo impegna su livelli non mentalizzabili dell’esperienza. Una psicoanalisi del gesto, come auspica Corrao, che diventi cultura delle reti informali o di quella gruppalità diffusa di cui si parlava, potrebbe forse consentire di supportare i processi di mentalizzazione dei pazienti e degli operatori, attivando le funzioni creative del circuito corpo-mente-corpo.

Quest’ultima sintesi fonda in sostanza quanto pratichiamo da anni nella formazione degli operatori sanitari, a tutti i livelli. Ci siamo sempre preoccupati di sostenere gli aspetti più vitali e creativi della personalità degli operatori, proprio a fronte della quotidiana esperienza della morte e della perdita in cui si cimentano. Memori della lezione di Winnicott sullo spazio potenziale: “questa area intermedia dell’esperienza, non messa in discussione rispetto al fatto che appartenga alla realtà interna o esterna (condivisa), costituisce la maggior parte dell’ esperienza dell’infante, e viene conservata per tutta la vita in quell’intenso esperire che appartiene all’arte, alla religione, alla vita immaginativa e al lavoro scientifico di tipo creativo” (Winnicott , 1971 ), abbiamo sempre cercato di costruire spazi/luoghi/setting di lavoro che consentissero il dispiegarsi dei fenomeni transizionali, in particolare utilizzando la condivisione dell’esperienza artistica e dei sogni, vere e proprie *regole di trasformazione* della sensazione in pensiero. Nella nostra esperienza di seminari in cui alla visione condivisa di un film seguono il giorno successivo due matrici di social dreaming modificato (che illustreremo in un’altra occasione), i sogni collegano e legano i partecipanti in un tessuto di pensieri sul trauma. Inizialmente, subito dopo il trauma/inizio dei lavori, c’è un grave silenzio: i sogni rifiutano di apparire. Dopo un pò, appaiono oggetti bizzarri, creature e piante complesse, immagini di corpi, elementi non raccordati in cui dominano funzioni e colori sbagliati. Come se il trauma avesse fatto esplodere le immagini del sogno e i singoli frammenti si fossero uniti secondo combinazioni sbagliate. Perfino caratteristiche sensoriali decomposte, l’odorato, la vista , la voce, il tatto o il ritmo delle cose non hanno il giusto funzionamento. Questo frammentarsi di differenziazione e rappresentazione riflettono un cedimento dell’orientamento nello spazio e nel tempo ed una confusione caotica fra esterno e interno. I sogni portano una testimonianza di come il trauma scinde l’Io. Poco a poco, la trama prende coerenza e ci si dispone alla nascita di pensieri compiuti e idee nuove. Si partecipa alla costruzione di un senso, in modo fortemente dialogico, come costruendo una *pièce* teatrale all’interno della quale le trame prendono strade imprevedibili e impensabili, si articolano, si sviluppano, si arrestano. La *trasformazione narrativa*<sup>20</sup> restituisce al corpo una parola.

---

<sup>19</sup> J. Bleger, (1967), *Simbiosi e Ambiguità*. Editrice Laetana, Loreto 1992

<sup>20</sup> E’ stato Corrao ad aggiungere ai vari tipi di trasformazione, la trasformazione narrativa.