Riflessioni riguardo al legame tra formazione, mente, corpo ed affetti

Alessandro Ruggieri

(Una versione di questo lavoro è stata presentata il 22 Aprile 2018 alla Riunione Scientifica dell'Associazione Italiana di Psicoanalisi)

La persona intera

Ho sentito spesso e molto parlare, fin da quando ero studente, dell'importanza di porre il paziente al centro dell'attenzione del medico, piuttosto che la sua malattia. Questo per me significa avere l'ambizione di accogliere la persona nella sua interezza senza una selezione tra le parti che ci degniamo di accogliere e quelle che preferiamo evitare. Non è un compito facile se ci accorgiamo che l'uomo da sempre per sopravvivere ha la necessità di dividere sé stesso e la realtà che percepisce in pezzi da riordinare o scomporre tra sé e gli altri, tra il presente ed il passato, per difendersi dal comprendere ciò che altrimenti lo disturberebbe troppo. Del resto un essere umano ha il diritto di difendersi dalle proprie paure. Il medico incontra un importante limite rispetto al proprio positivismo scientifico quando si confronta con la natura dell'uomo e dell'esperienza umana.

La medicina ha effettuato negli ultimi decenni progressi notevoli divenendo costretta a frammentare le competenze in proporzione al maggior numero di conoscenze. Questa corsa all'oro ha portato a grandi progressi insieme al rischio che venga perso di vista l'approccio clinico al paziente come persona intera a favore di impersonali flow-chart di esami e di terapie. Competenze relazionali e capacità di ascolto del medico vengono talvolta ritenute velleità "umanistiche" del medico, poco conciliabili con la "scientificità". Nel tentativo di limitare atteggiamenti fuori controllo da parte dei medici, oltre che per ragioni economiche assicurative o legali, si rischia che perda di importanza l'ascolto, l'osservazione diretta e soprattutto la relazione con il paziente. E' evidente come le necessità economico-sociali abbiano portato ad una rilettura dal punto di vista commerciale degli esami e delle prestazioni mediche; l'Ospedale stesso è divenuto Azienda Ospedaliera, con benefici ma anche con una conseguente confusione tra costi e necessità e tra utilità e diritto. Assistiamo alla ricerca di diagnosi sempre più precoci, con benefici ma anche rischi di appiattimento e di patologizzazione di fenomeni fisiologici o parafisiologici. Si materializzano malattie, sindromi e disturbi che divengono epidemici e che a volte paiono avere come ragion d'essere quella di attribuire un nome ad un fenomeno, senza aggiungere a volte molto di più. Si rischia di confondere la verità scientifica con la verità statistica. Tutto ciò che riesce a quietare angosce importanti con l'illusione di una magica risoluzione si diffonde rapidamente. Vince così il marketing, la maggioranza, l'economia (forse) ma perdiamo contemporaneamente tutti se ciò che viene dimenticato è la persona. La sensazione che ho è che vi sia una spinta sociale verso il

1

rincorrere un ideale di salute prefissato per tutti, perdendo la preziosità del singolo. Le persone vengono indotte, con prescrizioni talvolta troppo protocollari di farmaci e di esami con modalità impersonali, ad una compulsiva ricerca di una salute stereotipata, dal significato più estetico che sostanziale, e sembrano conseguentemente tollerare sempre meno qualsiasi segnale del corpo: a volte penso che stia nascendo un nuovo modello di paziente psicosomatico, che immagina sano un corpo che non dà segni e prova di esistere e di esserci.

Insegnanti, medici e genitori si trovano spinti da un pensiero prevalente, al quale non tutti certamente per fortuna aderiscono, che porta a vivere ogni evento fisico, psichico o comportamento che possano sorprendere come qualcosa rispetto al quale è necessario ricercare una soluzione immediata. I computer corrono sempre più veloci e l'uomo desidera divenire un computer, perdendo di vista il valore del tempo, dell'attesa, del dubbio, dell'incertezza, del non sapere.

Nelle Università di Medicina incontro studenti valore che ricevono una formazione altissimo livello, ma penso a volte che potrebbe essere maggiormente investito, in modo proficuo, l'ambito della mente nella formazione dei futuri medici. Sono state effettuate ricerche in merito alla stigmatizzazione del paziente psichiatrico che, come medici, non possiamo non considerare per un'autoriflessione costruttiva. Sono stati somministrati test a studenti di medicina, specializzandi, specialisti, pazienti, parenti di pazienti e persone controllo in merito a come avrebbero reagito in un ipotetico incontro con un paziente schizofrenico. Quanto emerso è che le persone prive di formazione specifica sarebbero quelle capaci di comportarsi in maniera più empatica ed adeguata, mentre le persone con comportamenti meno idonei sarebbero gli studenti di medicina. Da uno Studio del 2012 effettuato dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia di Napoli emerge come gli studenti di medicina all'inizio del percorso universitario attribuiscono maggiore importanza ai traumi psicologici per spiegarsi l'origine del disagio di un paziente psichiatrico, mentre i loro colleghi del quinto o sesto anno di Medicina indicano nell'81% dei casi l'ereditarietà come causa della schizofrenia.

Secondo la definizione di Vincenzo Cesario (Professore Ordinario di Sociologia dell'Università Cattolica di Milano) per Distanza Sociale si intende "l'indisponibilità e la chiusura relazionale di un soggetto nei confronti di altri percepiti e riconosciuti come differenti sulla base della loro riconducibilità a categorie sociali. Essa è la risultante dell'intreccio dinamico di fattori dislocati su due principali dimensioni": i fattori fisici, che sono relativi alla materiale collocazione dei soggetti nello spazio ed i fattori simbolici, costituiti dalle categorie che si conformano all'interno della cultura di cui fanno parte, che il soggetto utilizza nella conoscenza e nell'esplorazione della realtà sociale. La distanza sociale dal paziente risulta significativamente più bassa negli studenti del primo anno della Facoltà di Medicina, rispetto a quelli degli ultimi anni che hanno dunque maggiori chiusure riguardo alla possibilità di entrare in relazione con il paziente. Lo studio di Serafini del 2011 (21) altrettanto mostra come l'inclinazione a spiegarsi esclusivamente in termini genetici le malattie psichiatriche, da parte dei medici e degli studenti di medicina, incrementa il livello di stigmatizzazione del paziente psichiatrico rispetto ad altri gruppi di persone che tendono a fare riferimento, per comprendere l'altro, alle esperienze di vita ed alla storia personale.

Di fatto noi medici tutti i giorni ci confrontiamo con l'importanza del carattere dei pazienti e dei loro genitori, del loro comportamento come del loro stile di vita per quanto riguarda la prognosi in ogni ambito. Spesso però il contatto con il lato irrazionale delle persone ci porta ad una di queste scelte: la prescrizione di norme comportamentali (pur sapendo che

2

il paziente spesso non le seguirà, altrimenti per buonsenso forse lo avrebbe già fatto), la selezione del paziente, il rifiuto di occuparsi dell'aspetto emerso, oppure l'assumere un atteggiamento empatico. Quest'ultima può essere una risposta con una sua utilità quando abbia la sorte di poggiare le sue fondamenta su una reale maturità personale e professionale del medico piuttosto che su un atteggiamento appreso e messo in atto attraverso un comportamento finto o superficiale, poco realmente in relazione con l'altro. Un'ulteriore alternativa è quella di delegare l'aspetto affettivo, emotivo o irrazionale del paziente (o alcune parti di questo, per esempio l'ansia, l'aggressività o la tristezza, etc.) ad altri come per esempio allo psicologo da parte del neuropsichiatra o del pediatra, al neuropsichiatra ("serve un farmaco perché ora si taglia, ti ripasso la palla") o allo psichiatra da parte dello psicologo o del medico generico, con conseguenze che possono essere differenti e che talvolta consistono più in rifiuto che in una reale accoglienza, spingendo verso la dissociazione piuttosto che verso una maggiore integrazione. Molto, ovviamente, dipende da come questo passaggio viene effettuato e dal fatto che sia sostenuto da una spinta espulsiva (in questo caso l'invio ad altro specialista rischia di venire percepito come un insulto, o di costituire una falsa ed illusoria promessa) piuttosto che da una reale comprensione e desiderio di fornire un aiuto. L'invio può divenire accoglienza solo se sostenuto da un'alleanza di lavoro, retta da un reale impegno psicofisico verso il comprendere insieme, privo di giudizio e di intento manipolatorio.

La sanità mentale risiede nella possibilità di accedere ad uno stato integrato non rinunciando al potersi concedere la possibilità di tornare a stati di minore integrazione senza perdersi, potendo ripercorrere il percorso al contrario. In medicina abbiamo altrettanto scomposto l'uomo in apparati, organi, tessuti, cellule e molecole così come in funzioni come la capacità di vedere, di muoversi, di coordinarsi, di scrivere e di leggere, ma ciò ha valore solo quando conserviamo in noi la possibilità di pensarlo contemporaneamente come uomo.

La psicoanalisi si è evoluta a partire dagli studi sull'ipnosi per una maggiore efficacia, una maggiore applicabilità ma anche per un beneficio da un punto di vista etico: la persona è consapevole ed è rispettata nella sua volontà per tutta la durata del trattamento e dopo, una sempre maggiore consapevolezza è anzi la principale ambizione del metodo. E' estremamente delicato il problema di mettersi in mezzo ad una relazione tra moglie e marito, così come tra genitori e figlio e la complessità non può che aumentare se ci proponiamo di interferire con il modo di essere di una persona: il nostro compito deve essere facilitante senza mai denaturare o rendere maggiormente artificiosa la relazione psicofisica che una persona ha con se stessa, con i propri familiari e con il mondo. Abbiamo il compito di favorire integrazioni e di sostenere le persone verso una visione più complessa ma personale della realtà, non di fornire sostituzioni di parti, pensieri o azioni non funzionanti o non idonei con parti, azioni o pensieri ritenuti per la società o per qualche teoria "migliori".

L'inconscio

Già Platone parlò di idee inconsce quando affermava che queste provenissero dall'Iperuranio e che necessitassero di venire ricordate piuttosto che apprese. Platone caldeggiava peraltro un apprendimento tramite la parola e il dialogo piuttosto che con i libri, sostenendo la vitalità della relazione rispetto all'inerzia del testo scritto che si ripete sempre uguale a sé stesso. Punti di vista dei quali si sente un evidente eco nel pensiero freudiano, insieme alla necessità che vengano riproposti tuttora. In scienza la scoperta di

3

un nuovo paradigma non dovrebbe portare all'abbandono ed al rifiuto dei paradigmi precedenti. Al contrario in medicina si è assistito ad una spinta, sostenuta dall'entusiasmo per il rapido accrescersi delle scoperte sul piano organico, verso la perdita per dimenticanza, per svalutazione o per comodità, delle altre differenti conoscenze che consentivano una comprensione ed una lettura delle vicende umane da altri punti di vista. Ovviamente la realtà ha più dimensioni e la scelta di un asse del piano cartesiano rispetto agli altri rende l'immagine più semplice e piatta, più apparentemente chiara e comprensibile, ma impoverita dalla perdita delle altre dimensioni.

Helmholtz fu il primo ad intraprendere esperimenti psicofisici quantitativi ed a misurare la velocità con cui segnali nervosi vengono condotti nei nervi periferici. Si pensava allora che i segnali nervosi arrivassero al cervello immediatamente (con la velocità della luce), ma Helmholtz dimostrò che la conduzione dei nervi avviene con lentezza. Egli notò altresì che i tempi di reazione erano ancora più lenti. Queste osservazioni implicavano che fra lo stimolo sensoriale di un oggetto e la sua percezione conscia dovesse intervenire una grande quantità di lavoro cerebrale. Helmholtz concludeva che la maggior parte di ciò che ha luogo nel cervello non arriva allo stato di coscienza e che ciò che vi arriva (vale a dire ciò che viene percepito) dipende da interferenze inconse. Se immaginiamo di guidare un veicolo a grande velocità ci accorgiamo che lavora prevalentemente la parte inconscia della nostra mente, tanto che, se iniziamo a sforzarci di pensare e di decidere consapevolmente ogni gesto che intendiamo compiere, inevitabilmente andremo fuori strada.

Le prove dell'esistenza di processi di pensiero inconsci si sono accumulate successivamente con l'opera di Freud (grande ammiratore di Helmholtz) e della psicoanalisi e, parallelamente, con lo sviluppo delle neuroscienze per esempio con le ricerche sui processi cognitivi di pazienti portatori di lesioni cerebrali dalla seconda metà del XX secolo. Un esempio può essere quello della negligenza unilaterale che consegue a lesioni del lobo parietale destro. I pazienti affetti da questo disturbo posseggono una vista normale ma ignorano la presenza di oggetti situati dalla parte sinistra dello spazio che sta loro davanti. Alcuni pazienti ignorano perfino la parte sinistra di singoli oggetti. In un esperimento fatto da John Marshall e Peter Halligan ai pazienti furono fatti vedere due disegni di una casa. La parte sinistra di una delle due case era in fiamme. Richiesti se osservassero qualche differenza fra le sue case, i pazienti rispondevano negativamente. Tuttavia, quando si chiedeva loro in quale delle due case avrebbero voluto andare a vivere, sceglievano la casa che non bruciava. La scelta dipendeva perciò da informazioni che non erano presenti a livello di coscienza.

Freud descrisse invece per primo il concetto di inconscio rimosso. Si possono infatti descrivere due forme di inconscio: un inconscio rimosso ed un inconscio non rimosso. Il primo sarebbe la conseguenza di rappresentazioni mentali che sono sottoposte ad una forza che tende a respingerle e a mantenerle lontane dalla coscienza dopo che sono state oggetto di rappresentazione nella mente cosciente. Il secondo avrebbe a che fare con tracce presenti a livello profondo nell'individuo che non sono mai divenute connesse a rappresentazioni consapevoli e che pertanto non sono mai state rimosse: così accadrebbe per le prime esperienze infantili che non possono venire ricordate in quanto l'insufficiente maturazione del sistema nervoso centrale non ha consentito che venissero registrate dalle strutture della memoria esplicita.

L'intuizione di Freud concorda infatti con le attuali conoscenze scientifiche. Le strutture della memoria esplicita, in particolare l'ippocampo e la corteccia temporale mediale, non

4

sono mature prima dei due anni di vita. La memoria implicita (non passibile di ricordo) è operativa invece fin dai periodi più precoci dello sviluppo, essa dipende da circuiti cerebrali che fanno capo all'amigdala (organo delle emozioni per eccellenza) che matura precocemente e prima dell'ippocampo. Questi circuiti comprendono i gangli della base, la corteccia del cingolo, l'insula e le aree temporo-parieto-occipitali dell'emisfero destro (Gainotti) (16).

Mente e corpo

Nel mio lavoro di medico neuropsichiatra trovo sia molto arricchente poter beneficiare delle conoscenze del funzionamento mentale della psicoanalisi, della sua concezione dell'uomo come unità psicosomatica, come dei suoi valori morali quale è, per esempio, il profondo rispetto della persona e della sua libertà di autodeterminazione.

Per Winnicott la malattia psico-somatica "risiede nel trattino: basta togliere il "trattino ed il gioco è fatto!". Il punto è che la frattura, presente nella malattia psicosomatica, tra mente e corpo, rischia di venire rispecchiata e sostenuta, quando non alimentata o generata, dall'analoga frammentazione che si ritrova nelle differenti professioni sanitarie: pediatra, psicologo, psichiatra, neuropsichiatra, psicoterapeuta, psicoanalista, psicomotricista, etc.

Nietzsche fece dire a Zarathustra: "Voglio dire una parola a coloro che disprezzano il corpo. Per me essi non devono imparare altre cose o cambiare i loro insegnamenti, ma solo dire addio al proprio corpo: e così farsi muti", "dietro i tuoi pensieri e sentimenti, fratello mio, sta un dominatore più potente, un saggio sconosciuto che si chiama Sé. Esso abita nel tuo corpo, è il tuo corpo". In Nietzsche troviamo semi che rifioriranno nelle teorie della psicoanalisi. Cito Nietzsche anche per affermare che accogliere la psicoanalisi nella cultura medica significa accogliere una scienza che non è nata dal nulla ma che, per quanto originale, è stata la naturale conseguenza di un pensiero dell'uomo sull'uomo che si è evoluto nei secoli.

Se è vero che il cervello è contenuto nella scatola cranica, questo non si può dire della mente che si trova ovunque nel corpo (Gaddini) (15).

L'etnopsichiatra Georges Devereux scrive che ai tempi di Charcot si faceva comunemente diagnosi di isteria giacché questa era la "nevrosi etnica tipica dell'epoca", "la nevrosi alla moda", "il modo conveniente di essere anormali" (9). Ora questa diagnosi non è quasi più nemmeno riconosciuta in ambito medico, seguendo la moda del DSM, non viene più chiamata isteria ma "conversione somatica" e con il nome è come se fosse stata cancellata, o resa meno visibile poiché meno rappresentabile, anche parte della realtà clinica che viene spesso descritta come "sintomatologia del passato": non nota agli studenti di medicina e talvolta neanche ai medici specialisti. La parola "isteria" aveva una lunga storia, intensa e densa di significati, "il disturbo da conversione somatica" è stato invece "creato in laboratorio": non ha una storia altrettanto ricca, non si ricollega ad altre immagini mentali vivaci o momenti storici significativi, se non per la parola "conversione" che ancora ci riporta, per quanto in maniera attenuata, agli studi freudiani.

Il punto è che quotidianamente osserviamo in Pronto Soccorso, come in ambulatorio, tale modalità di esprimere la propria sofferenza tramite la teatralità del corpo, esattamente come veniva descritta da Freud con cecità, paralisi, sordità, anestesi agli arti; ad essere cambiata è la cultura medica nella direzione di una sempre maggiore separazione netta tra chi si occupa del corpo e chi si occupa della mente. E' cambiato lo strumento per

osservare e per rappresentare, non è cambiato l'oggetto della nostra attenzione. Sempre Georges Devereux scrive che “Un individuo non è considerato pazzo perché non si comporta normalmente, cioè nel modo in cui si comportano la maggioranza dei suoi pari, ma perché si comporta nel modo in cui sono ritenuti comportarsi i pazzi, secondo tutto ciò che si sa e si suppone di sapere” (9).

La crescita della psichiatria biologica negli scorsi decenni ha portato ad un recupero di un modello “medico” della malattia psichiatrica, più affine ai modelli applicabili in fisica o in chimica e forse attualmente non più nemmeno adeguato in medicina generale. Si era arrivati per esempio ad attribuire la psicosi alle caratteristiche dei recettori dopaminergici D2 dei pazienti, fino a considerare tale condizione alla stregua di una malattia genetica. Gli studi per fortuna non si sono fermati ed ora sappiamo che l'anormalità è in realtà presinaptica: i pazienti con psicosi sintetizzano e rilasciano troppa dopamina. Con farmaci anti-D2, come gli antipsicotici, contrastiamo l'eccesso di dopamina ma non correggiamo l'anomalia primaria che è presinaptica. “Se ci chiedessimo cosa determina l'aumento di produzione di dopamina, dovremmo risponderci che è lo stress” (Murray) (26). Non solo lo stress attuale ma, come è stato dimostrato (Van Os) (27), gli eventi stressanti nel corso della vita predispongono ad un successivo aumentato rilascio di dopamina in situazioni difficili. Le persone con una psicosi, per rimanere in questo esempio, per la loro storia personale e la loro predisposizione, hanno un sistema dopaminergico estremamente sensibile che di fronte allo stress rilascia quantità maggiori di dopamina. Lo stress determina inoltre un maggiore rilascio di glucorticoidi con conseguente riduzione di rilascio e produzione di BDNF (brain derived neurotrophic factor), fattore protettivo rispetto all'apoptosi delle cellule del sistema nervoso, con conseguente atrofia e morte cellulare oltre che riduzione dei contatti sinaptici: con conseguenze su memoria e apprendimento.

Qual è poi l'origine di una tale vulnerabilità? Ormai la risposta è fornita dall'epigenetica e consiste in una complessa interazione tra predisposizione genetica, esperienze ed ereditarietà, fattori che si influenzano reciprocamente.

La parola stress è spesso un passe-partout in medicina per aprire e chiudere il problema del ruolo della psiche nel corpo in una sola parola. Tale semplificazione è apparentemente solo terminologica, al contrario costituisce di fatto una sintesi estrema di un problema che andrebbe invece visto nella sua profondità, con rilevanti conseguenze concettuali come, per esempio, un'insufficiente attribuzione di peso a tutte le altre situazioni patogene non definibili necessariamente stressanti, come potrebbero essere messaggi ambientali ambigui o carenze di esperienze adeguate e formanti. Peraltro il paziente che sente attribuire la propria sofferenza allo stress, quasi mai beneficia di questa definizione, spesso si sente incompreso, svilito oppure pensa che “i medici, anche questa volta, non hanno capito nulla”, perdendo fiducia nella possibilità di chiedere aiuto.

Come sottolinea la Simona Argentieri nel suo libro “Stress ed altri equivoci” (2), troviamo ormai per consuetudine un riferimento, spesso “stereotipato quanto generico” allo stress in ogni capitolo di eziopatogenesi dei testi per medici. Spesso, in particolare in psichiatria, dove questionari, test e scale rischiano di ottenere più credito rispetto all'esperienza clinica, si cade facilmente nell'illusione di aver compreso un tema complesso per il solo fatto che gli si è assegnato un nome: spiegando senza nulla comprendere (Karl Jaspers). La verità estetica, banale, semplice e magari anche piacevole, vince facilmente proprio per la sua immediatezza rispetto ad una più veritiera e complessa e verità scientifica.

Ora le neuroscienze considerano comunque in primo piano, in sostanziale accordo con la

psicoanalisi, la storia della persona, così come il rapporto e l'interrelazione tra mente e corpo e tra sviluppo cognitivo ed affettivo. Se le persone hanno un destino geneticamente condizionato, questo destino è predisposto per essere modificabile dall'ambiente che può avere un'azione non solo sull'espressività genica ma anche sul genoma stesso. E' evidente che un trattamento adeguato sarà un trattamento complessivo, che dovrà tenere conto della persona nella sua interezza, della sua qualità di vita e quindi della sua capacità di adattarsi all'ambiente e di fare fronte alle tensioni ed ai disagi che inevitabilmente vivere comporta. Del resto il riscontro biologico degli affetti non dovrebbe meravigliare: rappresenta il correlato fisico di qualcosa che non può essere solo astratto.

Affetti: emozioni e sentimenti

Spesso il corpo e gli affetti ci parlano più di quanto riescano le parole. Il sintomo somatico non è né meno né più di un pensiero, quanto a valore, talvolta viene solo prima e spesso rappresenta l'espressione di un parallelo livello di funzionamento più antico che coesiste con altri livelli di funzionamento più recenti: la differenza viene fatta da quanto la persona può interrogarsi sul suo sintomo sentendo il proprio corpo come parte della propria mente e di sé e, contemporaneamente, sentendo la propria mente come dimorante nel corpo. Si potrebbe forse dire che lo sviluppo procede nella direzione di una progressiva maggiore complessità, ma non per strati necessariamente di maggior valore. Gli affetti sono presenti fin dalla nascita con funzioni vitali nelle relazioni. Il livello rappresentazionale degli affetti emerge necessariamente in una fase successiva rispetto a quello espressivo-relazionale, ma il primo livello rimane attivo e non perde di importanza, anzi continua ad evolversi e rimane attivo, e non viene mai pienamente sostituito o superato dal successivo con il quale continuano ad esserci scambi.

Il senso che ha avuto per me soggettivamente lo scritto "Le neuropsicosi da difesa" (14) è stato quello di ricordarmi sempre che non dobbiamo prestare attenzione solamente alle rappresentazioni mentali ma anche agli affetti, la cui collocazione metapsicologica rimane, almeno per me, tuttora complessa, poiché questi sono indizi autentici, cariche di energia spesso tangibile, espressioni di verità del paziente e del modo in cui le esperienze relazionali che ha vissuto hanno lasciato un segno dentro di lui. Il paziente convertirà, scaricherà o sposterà i propri affetti legandoli a rappresentazioni che potranno non esserci immediatamente comprensibili, ma l'emozione espressa di gioia, di tensione, di paura, così come la comparsa di una sensazione di nausea, di vomito, come un dolore alla testa o all'addome, saranno comunque un dato autentico e prezioso se potremo coglierlo. Freud definisce l'affetto come qualcosa di psicofisico, come "la somma di eccitamento" che aderisce alla rappresentazione determinandone l'intensità o la debolezza. Gli affetti sono elementi centrali sia nello sviluppo che nella relazione analitica: "non sono semplicemente il segnale di un'interazione attuale e contingente ma sono parte integrante della rappresentazione di sé e delle figure significative" (1).

Per quanto lo scopo in analisi sia la trasformazione di elementi non rappresentabili in parole e metafore rappresentanti, anche le interpretazioni in analisi sono e restano caratterizzate da una componente corporea che si intreccia con un significato affettivo oltre che cognitivo sia nel paziente che nell'analista. L'esito è differente se l'analista parla con "voce terapeutica" "mettendo in scena" (espressioni di Ogden) (17) un discorso o se parla con il proprio vero sé che si manifesta esprimendosi in parole. Per Winnicott il primo compito evolutivo è quello di abitare il proprio corpo, di poterlo sentire coincidente con la propria persona e non come un estraneo con il quale ci troviamo ad avere a che fare. Più il

7

bimbo è piccolo, più i suoi sintomi avranno un'espressione prevalentemente, se non esclusivamente, corporea. “La psicoanalisi considera l'attività mentale come la funzione più altamente differenziata del corpo, talmente differenziata da richiedere un suo proprio metodo di indagine atto cioè a studiare i suoi fenomeni come sono, indipendentemente dai fenomeni biologici che li sottendono” (15). La psicoanalisi considera il corpo e la mente come un “continuum” funzionale”, all'interno di un processo di differenziazione della funzione mentale la cui direzione è dal corpo alla mente, ma che la psicoanalisi studia nella direzione dalla mente al corpo” (Gaddini) (15).

Metto in relazione sintomi somatici ed affetti poiché questi ultimi sono di fatto al confine tra lo psichico ed il somatico, sono connotati da caratteristiche prevalentemente fisiche e non sempre si legano a rappresentazioni mentali.

Damasio ci insegna che “l'apparato della razionalità, tradizionalmente ritenuto neocorticale”, non opera senza le strutture sottocorticali: non è semplicemente sopra le altre strutture ma ha a che fare e origina dalle strutture più profonde (8). Damasio cita William James: “Se noi immaginiamo qualche emozione intensa e poi cerchiamo di astrarre dalla nostra coscienza di essa tutte le percezioni dei suoi sintomi corporei, troviamo che non rimane nulla, che non vi è una 'materia mentale' della quale l'emozione possa essere costituita, e che tutto quel che rimane è uno stato freddo e neutro di percezione intellettuale”.

Prendendo spunto da Damasio possiamo distinguere tra gli affetti le emozioni, definite da “manifestazioni somatiche neuro-umoral e metaboliche”, dai sentimenti (consci ed inconsci) che hanno a che fare con il passo successivo di “sentire l'emozione”, potremmo dire con il mettere in connessione l'emozione con rappresentazioni mentali. I sentimenti sarebbero così la componente esperienziale sul versante psichico degli affetti.

Damasio distingue le emozioni in primarie e secondarie. Nelle prime lo stimolo attiva l'amigdala la quale determina una serie di conseguenze: risposte muscolari, risposte dei visceri (segnali autonomi), risposte dirette ai nuclei neurotrasmettitori ed all'ipotalamo (sorgente di risposte endocrine e di altre risposte chimiche trasmesse per via ematica). Le emozioni primarie sono innate e dipendono da circuiti del sistema limbico – in primo luogo l'amigdala ed il cingolato anteriore. Nelle emozioni secondarie lo stimolo può ancora essere elaborato dall'amigdala, ma è ora analizzato anche dal processo del pensiero (ossia influenzato da immagini mentali, non necessariamente consapevoli) e può attivare le corteccie frontali. Le emozioni secondarie si presentano una volta che abbiamo iniziato a provare sentimenti e a formare connessioni sistematiche tra categorie di oggetti e situazioni, da un lato, ed emozioni primarie dall'altro. Il processo delle emozioni secondarie non poggia solo sulle strutture del sistema limbico: la rete comprende ora anche l'intervento delle corteccie prefrontali e di quelle somatosensitive. A un livello non conscio, nella corteccia prefrontale vi sono reti che rispondono in modo autonomo, non volontario, ai segnali che scaturiscono dall'elaborazione dello stimolo. Questa risposta prefrontale viene da rappresentazioni disposizionali che incorporano conoscenze relative al modo in cui, secondo la precedente esperienza, alcune situazioni sono state accoppiate generalmente a certe risposte emotive (corporee). In modo automatico, non conscio e non volontario, la risposta delle rappresentazioni disposizionali prefrontali viene segnalata all'amigdala e al cingolato anteriore con conseguente attivazione dei nuclei del sistema nervoso autonomo, e dei sistemi endocrino e peptidico.

Piaget parlava di schemi sensomotori che si strutturano e ristrutturano dalla nascita a

partire da schemi innati modificandosi dal primo contatto con l'ambiente. Tali schemi diverranno la base per il costituirsi di schemi cognitivi in seguito. Altrettanto possiamo parlare di schemi di funzionamento a livello viscerale o somatico. Gli schemi sottesi ai sintomi somatici ed alle emozioni sono complessi e intrinsecamente incarnati, strutturati e basati sulle esperienze sensoriali e sulle interazioni corporee psicosomatiche con il mondo esterno e, dunque, anche con le reazioni e le risposte delle figure aventi il compito dell'accudimento.

Nello sviluppo dell'individuo avviene una sorta di apprendimento anche a livello delle funzioni fisiologiche, legato alle conseguenze anatomico-fisiche (o anatomico-psicofisiche) di quanto accaduto nella sua storia, con tracce che rimangono nel funzionamento corporeo. Nella clinica ci pare di osservare come esperienze di pregresse crisi respiratorie, gastrointestinali, motorie di tipo epilettico o anche simil-epilettico, lascino un'impronta nel funzionamento psicofisico attraverso il crearsi di vie preferenziali. In conseguenza di questi eventi sembrano organizzarsi modelli di funzionamento corporei che si evolvono nel tempo (sempre restando nell'ambito dei circuiti biologici) potendo anche acquisire un significato che fisiologicamente non gli apparterebbe, raggiungendo quindi un valore in termini mentali.

Sintomi nel corpo

La maggior parte dei pazienti ricoverati in neuropsichiatria riferisce lamentele somatiche come dolori, vomito, stanchezza, paralisi o come la sensazione di perdita di controllo. Per quanto ci siano indispensabili le teorie che distinguono la conversione isterica, dalla dissociazione, dalla somatizzazione, dalle fantasie sul corpo così come dalle fantasie nel corpo, il paziente rimane ai nostri occhi una persona intera che differisce dalle altre in termini quantitativi più che qualitativi.

Sono psicosomatici in senso stretto i sintomi dove vi è un chiaro segno anatomico (ulcera, psoriasi, alopecia, etc) conseguenza di un'alterazione del fisiologico funzionamento in relazione ad una alterazione dello sviluppo psicofisico della persona, senza che ciò sia l'espressione corporea di una rappresentazione rimossa. Renata Gaddini spiegava che nelle malattie psicosomatiche vi è una eziologia psicologica ed una patogenesi biologica.

Il sintomo somatico, come quello psicosomatico, per quanto costituiscano in genere un problema complesso da affrontare dal punto di vista psicologico, per certi versi possono essere un'occasione come un'altra per giungere ad una cura; acquisiscono invece particolari livelli di complessità quando costituiscono un'urgenza medica e quando il sintomo, più che la qualità di "somatico", prende il valore ed il significato di "non psichico", o di "anti-psichico". La specifica difficoltà di qualsiasi sintomo ritenuto per definizione "non psichico" è che consente a chi lo considera tale, ai genitori come al figlio (come allo psicologo e al medico), di concordare sull'assenza di una difficoltà emotiva e di qualsiasi possibile tensione relazionale all'interno di sé così come tra i membri della propria famiglia e, ancor meno, nella relazione medico-paziente. Accordo che nella fantasia discolpa e solleva tutti, anche se un tale vantaggio viene bilanciato da un costo inevitabilmente proporzionale legato al rifiuto ed alla perdita di aspetti di sé. Il paziente, per affermare se stesso e la propria sofferenza emotiva, dovrà rompere questo pseudo-equilibrio andando in contro anche alle conseguenze di ciò dentro di sé come nei suoi genitori: per esempio in termini di angoscia, di sentimenti di colpa e di rabbia. Questi pazienti ci appaiono trincerati in se stessi, in uno scacco matto all'interno di un mondo di dati di fatto nel quale si sono

rinchiusi per il terrore del crollo emotivo proprio e dei propri familiari. La valutazione del quadro clinico dovrà dunque essere estesa non solo alla struttura del paziente ma anche a quella della coppia genitoriale (5, 6, 7).

Si dice che il paziente psicosomatico sia poco in contatto con la propria angoscia segnale, o i propri affetti segnale utilizzando il linguaggio proposto dai Sandler (19) (i quali distinguono le pulsioni – sessuali o aggressive – dagli affetti), rischiando di non avvertire disagio a livello emotivo ma su di una lunghezza d'onda puramente somatica. Nel trattamento di questi pazienti l'emergere di una quota di angoscia può rivelarsi una sorta di ponte tra il livello somatico e quello psichico, potrebbe essere il segnale di un progresso verso il riappropriarsi di aspetti di sé. Allo stesso tempo lo scomparire di rappresentazione ed affetto ci porterebbe in uno stato che Freud definì “fuga nella psicosi” (14).

[Non vi è contrasto sostanziale tra Damasio e i Sandler, quanto più una differenza terminologica. Sandler ritiene che, nel contesto generale degli affetti, i sentimenti siano sul versante corporeo delle sensazioni, mentre le emozioni sul versante psichico. Damasio ritiene più primitive le emozioni (3)].

Alcuni sintomi somatici poi possono acquisire particolare valore per la psicologia dell'individuo poiché determinano risonanze emotive particolari, si crea dunque un doppio livello: quello del sintomo e quello delle fantasie che il soggetto sovrappone al sintomo. Per esempio una persona può immaginarsi speciale grazie ad una propria malattia fisica che la fa sentire unica e che attira o ha attirato particolarmente l'attenzione o la preoccupazione dei genitori o dei parenti, creando vantaggi di tipo secondario. In questi casi una persona può stare meglio dopo l'esordio della malattia fisica, sentire di apprezzare di più la vita, oppure attribuire il proprio disagio psicologico interamente alla malattia fisica che funziona come adeguata giustificazione a sentimenti che altrimenti risulterebbero irrazionali: non è raro osservare pazienti che si procurano lesioni fisiche per avere una dimostrazione tangibile, soprattutto per se stessi ma anche per gli altri, del proprio dolore che altrimenti sentirebbero così difficile da rappresentare e da comunicare.

Nel disturbo da conversione, quello che Freud chiamò isteria da conversione, caratteristica è l'assenza di un danno d'organo con una sintomatologia che non risponde alle leggi della fisiologia quanto piuttosto a quelle della fantasia del paziente. Il dolore, l'anestesia o la paralisi ad un arto non corrisponderanno dunque alla distribuzione dei dermatomeri ma a ciò che il paziente immagina sia per lui “il braccio” o “la gamba” ed alle sue fantasie su cosa sia per esempio una paralisi. La paralisi isterica alle gambe può consentire, soprattutto in momenti durante i quali il paziente non si sente osservato, piccoli movimenti magari di aggiustamento posturale, che tradiscono il fatto che l'innervazione è in realtà completa ed efficiente. E' poi caratteristica la presenza di una rappresentazione mentale inconscia che si esprime tramite una teatralizzazione nel sintomo: una ragazzina può per esempio non riuscire più a stare in piedi manifestando così la sua fragilità ed il suo crollo emotivo che non può consentirsi di ammettere a livello consapevole.

L'utilizzo delle teorie della psicoanalisi in Ospedale

Scrivendo Freud: “Probabilmente, l'effetto di qualsiasi rimedio che il medico prescrive, di qualsiasi intervento che egli intraprende, si compone di due parti. Una di queste [...] è data dal comportamento psichico del malato [...] trattamento psichico vuole dire 'trattamento dell'anima' [...] e indica un 'trattamento' – di disturbi psichici o somatici – con mezzi che agiscono in primo luogo e immediatamente sulla psiche dell'uomo”. Il padre della

psicoanalisi ci ha insegnato come un certo grado di effetto suggestivo e di significato “psichico” sia presente in ogni incontro paziente-medico e sia perciò poco utile, quando non diventi un vero e proprio danno, lasciare tutto questo unicamente nelle mani del paziente senza che il medico ne sappia nulla, nemmeno del proprio ruolo e della propria parte in questo (13).

La psicoanalisi ci ha insegnato che sin dalla nascita l'individuo vive all'interno di un contesto relazionale e che la sua personalità, oltre ad avere le proprie radici nel substrato biologico, è in larga parte prodotta dalle esperienze relazionali che l'accompagnano nel corso del tempo ed in particolare nei primi anni di vita. La confluenza tra le esperienze e le predisposizioni determina il formarsi di tracce e di fantasie nella nostra mente che, per quanto in gran parte non consapevoli, rimangono operanti dentro di noi potendo fornire segni indiretti di sé, come accade nella produzione dei sintomi. Vi sono elementi che vanno dal corporeo alla fantasia inconscia a vario grado di sviluppo, che sono legati a pregresse esperienze relazionali e condizionano il funzionamento dell'individuo influenzando le nuove relazioni in un circolo virtuoso verso il formarsi di pensieri maggiormente consapevoli o in un circolo vizioso in direzione opposta. Nel paziente grave, acuto, ciò accade a volte molto rapidamente, in manifestazioni talvolta microrelazionali, con conseguenze anche molto rilevanti che possono portare al verificarsi o meno di un agito per esempio a seconda di una nostra azione o reazione.

Il paziente può trovarsi a vivere nella relazione con il medico elementi mai vissuti della sua vita. Noi possiamo funzionare come un Io ausiliario prestandoci al paziente per restituirgli questi elementi in forme che siano per lui maggiormente acquisibili, oppure possiamo sottrarci a questo ruolo correndo il rischio di essere inutili o dannosi facendo ripetere al paziente la medesima relazione che già fallì precedentemente.

Tutto ciò accade in ogni relazione, tramite proiezioni ed introiezioni, con modalità tanto più intense ed immediate quanto maggiore sarà la sofferenza e la gravità del disturbo del paziente.

Sarebbe prezioso se il medico, in ambito clinico, avesse gli strumenti almeno per osservare e comprendere quanto sta accadendo tra lui ed il suo paziente; ancor meglio se potesse, quando fosse il caso, in alcune situazioni, sostenere il suo paziente verso questo tipo di consapevolezza. Questo è ciò che necessita il paziente che sta male e non capisce cosa gli accade o è confuso nel comprendere la realtà: una prescrizione o una indicazione per invio ad altra figura professionale rischiano di essere troppo poco, se non addirittura impossibili da effettuare, senza una adeguata comprensione almeno dell'esistenza di una realtà psichica.

Certamente l'affrontare le proprie fragilità emotive entrando in contatto con aree della realtà che difensivamente il paziente cerca di evitare non può che portare con sé un certo grado di dolore emotivo. L'incapacità di tollerare il dolore emotivo può provocare reazioni di difesa che saranno più importanti e radicali in proporzione alla sofferenza, quando non in proporzione ad esigenze narcisistiche di economia psichica miranti ad evitare ogni forma di dispiacere. Ne va da sé che tutto ciò non sarà un lavoro facile né per il medico né tanto meno per il suo paziente al quale andrà fornito un adeguato sostegno emotivo, altrimenti potrà solo opporsi o fuggire.

Il ciclo continuo nel quale dialogano proiezioni ed introiezioni tra l'individuo e l'ambiente non avviene solamente nella stanza di analisi. Il progredire virtuoso o vizioso di queste interazioni dipenderà dalla capacità del medico e del personale di metabolizzare le

proiezioni e le manipolazioni del paziente, riuscendo a coglierle ed a leggerle come comunicazioni, sopravvivendo e mantenendo intatta la propria funzione, per usare le parole di Winnicott, “senza fare rappresaglie” (23). Ciò coinciderebbe con l'ambizione di lasciare che avvengano delle modificazioni in noi internamente in base a quanto il paziente ci spinge ad essere fino ad accorgerci di trovarci spinti a compiere azioni o a provare affetti tali da sorprenderci, per poi riflettere e osservare, come dall'esterno, quanto sta accadendo, vedendo questo evento come qualcosa che non ha che fare solo con il presente ma anche con un eco del passato del paziente che fa risuonare qualcosa di noi e della nostra storia.

Perché ciò avvenga il medico deve riconoscere, parallelamente alle realtà psichica del paziente, anche la propria, rinunciando alla illusoria rassicurazione di appartenere ad un'altra categoria di persone, più fortunate per genetica e predisposizione ed in sostanza di materia differente se non addirittura di qualità migliore, rispetto ai propri pazienti. Il medico dovrà familiarizzare anche con le fantasie e gli affetti che non desidererebbe riconoscere in se stesso e con questi il proprio amore ed il proprio odio rimossi (25) in tutte le declinazioni possibili dal transitivo, all'intransitivo, al passivo, dal bisogno di ricevere a quello di dare, dal bisogno di sentire a quello di fare sentire, alla necessità di isolarsi e di proteggersi, o di proteggere. Il pensiero stesso di non investire poiché certi pazienti sono incurabili, o che non occorre parlare con i pazienti troppo spesso, può essere legato a sentimenti di odio rimossi ed al desiderio inconscio di “fare impazzire l'altro”, come scrive Searls (20), per il quale “fare impazzire” “è l'equivalente psicologico dell'omicidio”. Il medico ha inoltre il compito di cercare di favorire la consapevolezza di questi processi in tutto il personale che lavora in reparto, nel rispetto delle differenze dei ruoli, poiché il paziente, per quanto accolto in colloqui individuali dal medico, è in relazione con tutto il gruppo della clinica e non con una sola persona.

Il nostro compito è reso più difficile dal fatto che il paziente che giunge ricoverato in Neuropsichiatria Infantile è in genere portato da qualcuno, non chiede né potrebbe chiedere una consultazione. Se chiede aiuto lo fa per un corpo che ha perso, o che non ha mai avuto, un contatto confidenziale con la sua mente la quale non lo riconosce più come propria dimora percependolo come alieno, oppure perché si sente vittima della società, dei genitori, degli amici, senza riconoscersi un ruolo da protagonista nella propria vita o, almeno, nella propria lettura di questa.

Se il medico potrà concedersi di sostenere il compito e l'impegno emotivo descritto, si potrà accorgere che il lavoro che è possibile in reparto di Neuropsichiatria Infantile consente, talvolta in maniera unica, di togliere quel trattino al termine psico-somatico e di effettuare quell'holding, almeno per il senso che ha assunto per me questa parola negli scritti di Winnicott, che è fatto di un accudimento psicofisico (concetto differente da quello bioniano di contenimento nella teoria del contenitore-contenuto, riferendosi quest'ultimo ad un atto prevalentemente mentale). E' infatti spesso molto difficile, se non impossibile, effettuare ambulatorialmente quanto è talvolta realizzabile in reparto, e viceversa. Quando i bisogni del paziente sono relativi ad un livello di funzionamento molto antico, necessita che il nostro lavoro si svolga con modalità quasi coincidenti, o coincidenti, con un accudimento fisico, con una vicinanza che differisce da quella delle anche 4-5 sedute alla settimana ambulatoriali. Non intendo dire che si debbano mettere in atto chissà quali pratiche “fisiche”, quanto piuttosto che sia necessario divenire consapevoli del fatto che l'accudimento che mettiamo in atto in ospedale ha un valore psicofisico che può divenire holding se abbiamo una sufficiente consapevolezza del fatto che il paziente ricoverato

dorme ospite presso di noi, siamo noi a fornirgli il cibo, perde parte delle sue libertà e viene visitato ed ha infermieri e medici che si occupano anche concretamente del suo corpo quando è necessario.

I colloqui con i genitori

Il nostro scopo in neuropsichiatria infantile, tramite i colloqui con i pazienti e con i genitori, è quello di cercare di fornire, tramite il nostro differente e particolare punto di osservazione, una nuova chiave di lettura che possa essere utile ai genitori per primi per risignificare la strada percorsa sino a questo momento con loro figlio, perché il momento attuale di crisi possa venire sfruttato per una nuova partenza, come un'occasione per un tentativo di ridefinizione dei rapporti familiari e delle fantasie sottese, per guardarsi indietro e ri-immaginare la direzione del percorso futuro. Quando un bambino o un adolescente sta male la sua sofferenza entra necessariamente in cortocircuito con le macchie cieche e le fragilità dei genitori agendo una dolorosa pressione. Queste aree sensibili possono aver dato il loro contributo in merito a quanto sta accadendo, allo stesso tempo potranno essere state a loro volta esasperate dal disturbo del figlio. Non è possibile quantitativamente stabilire l'equilibrio tra la componente ambientale e la predisposizione cosiddetta, ma è certo che su quest'ultima potremo fare poco, mentre sulla prima abbiamo possibilità di azione. Ampliare la possibilità dei genitori di riflettere e pensare su di sé e sul figlio è il punto di partenza se si ha l'ambizione di favorire un processo analogo in quest'ultimo. Winnicott diceva che "non esiste qualcosa come un bambino", vicino al bambino c'è sempre una mamma. Il bambino è inizialmente oggetto e non soggetto delle cure materne come delle proprie esperienze corporee ed ha fisiologicamente necessità dei propri genitori per attribuire a queste un significato. La gravità della sintomatologia non è predittiva della gravità della complessità psicopatologica sottostante. La reale gravità clinica, dal punto di vista psicologico, dipenderà dalla permeabilità dei genitori ai colloqui e da quanto per loro per primi sia stato possibile abitare il proprio corpo con una buona integrazione psicosomatica. Talvolta sintomi appariscenti beneficiano di minimi interventi, poiché sono sostenuti da difese di entità lieve, mentre in altre circostanze aree cieche apparentemente di minima estensione sono caratterizzate da una profondità importante e determinano quindi conseguenze molto più importanti. Vi è poi sempre una naturale relazione tra la possibilità dei genitori di accedere ad un significato psicologico del sintomo fisico e la possibilità che il figlio venga aiutato per il suo sintomo psicosomatico. Tutto ciò in un continuum tra il livello di funzionamento somatico, quello psicosomatico (privo di rappresentazione mentale), e quello isterico (con rappresentazioni mentali rimosse), avendo in mente che la persona non è un'unità omogenea ma è formata da tanti livelli di funzionamento che coesistono e tra i quali è possibile una parallela maggiore o minore possibilità di pensiero simbolico e di tollerare la propria realtà psichica interna: tutti questi fattori insieme, che avranno peraltro una variabilità ed oscillazioni nel tempo anche in un medesimo soggetto, formeranno il quadro clinico dal punto di vista psicologico.

Il nostro paziente non è un adulto, è abitualmente ancora in uno stato di significativa dipendenza dai genitori con i quali generalmente vive e che costituiscono parte significativa del suo mondo. Le fantasie inconsce che influenzano la lettura del mondo da parte del paziente non solo hanno a che fare nella loro origine con le fantasie inconsce della coppia genitoriale, ma entrano anche in risonanza con queste nell'attualità. Tanto più per i genitori sarà accessibile il pensiero di una profonda interconnessione tra mente e corpo, tanto più saremo facilitati nell'aiutare il paziente. Il lavoro preliminare è così

necessariamente con la coppia genitoriale: questo è per me una parte strutturale dell'intervento in reparto, peraltro nessuno più dei genitori potrà veramente impegnarsi per favorire lo sviluppo del figlio e nessuno potrà mai avere autorità più di loro nei suoi confronti, per quanto i genitori stessi spesso abbiano necessità di negarlo. Uno sguardo di un padre o di una madre può determinare conseguenze più intense di anni di cure. Inoltre i genitori sono responsabili del ricovero per il figlio dunque sono i primi con i quali dobbiamo avere un accordo su che cosa intendiamo “curare” e come intendiamo procedere. E' necessaria un'alleanza terapeutica prima di tutto con loro, per questo motivo diviene strutturante per l'intero ricovero avere un'attenzione in merito a partire dal primo incontro effettuato all'ingresso in reparto.

Ai genitori deve andare necessariamente il nostro rispetto ed il nostro riconoscimento della loro autorità, sono loro le persone alle quali dovremo “restituire” il paziente, insieme a parti di loro e delle loro funzioni che per il periodo del ricovero avranno depositato in noi; nei loro confronti dovremo avere lo stesso atteggiamento di neutralità che offriamo al figlio. Dobbiamo riconoscere che sono loro le persone che hanno contribuito a porre le basi perché possa esistere quel piccolo o grande transfert positivo che ci consente di ottenere una qualche fiducia da parte paziente: a loro va gran parte del riconoscimento che egli ci rivolge.

Setting ed interpretazione

Mentre il setting interno ci aiuta a meritarcì il rispetto e la fiducia del paziente, si apre l'interrogativo su come e cosa sia utile e possibile comunicare al paziente. L'interpretazione può, secondo il mio parere, con tutti i limiti imposti dalle circostanze, venire utilizzata in reparto come strumento per informare. Il rischio è ovviamente quello di effettuare della psicoanalisi selvaggia. Interpretazioni fuori luogo, premature, fornite con saccenza o arroganza, o formulate con l'intento di correggere o di rimproverare possono avere un effetto disgregante piuttosto che integrante. Penso che l'interpretazione sia talvolta la modalità più utile e sincera per iniziare a comunicare qualcosa di quanto emerge del funzionamento mentale ad un paziente che ancora non sa nemmeno di necessitare una terapia ma che sta così male da avere avuto bisogno di un ricovero. Questa persona non reggerebbe e non beneficerebbe unicamente di un ascolto analitico e di un successivo invio. Nel caso venga utilizzata, l'interpretazione deve certamente venire fornita con modalità quantitativamente adeguate, con il giusto tatto. Prendendo a prestito le parole di R.H. Etchegoyen, l'interpretazione “non svaluta mai, a differenza dell'esperienza delirante, ed è sempre un'ipotesi ed in quanto tale correggibile” (28).

La teoria e la tecnica psicoanalitiche ci risultano, come si vede, indispensabili per riflettere in un tentativo di consapevolezza del nostro operato come medici in reparto. Vi sono ovvie differenze tra le due circostanze di cura. In particolare, l'analista ha un setting molto più efficace per la costruzione di metafore ma necessita che il paziente abbia una richiesta di aiuto più consapevole. Il medico in reparto ha un setting meno robusto per la formazione di metafore ma più adatto ad accogliere chi non potrebbe essere trattato altrimenti perché troppo sofferente, troppo poco consapevole o troppo acuto per sostenere un intervento ambulatoriale senza trovarsi necessariamente a fuggirne. Il setting in reparto consente che possa essere garantito un accudimento anche concreto e ciò, mentre ne costituisce un limite, è una caratteristica che mette il medico in condizioni di occuparsi, in alcuni casi, anche di chi non immagina nemmeno di avere necessità di un aiuto e deve essere anche fisicamente accolto, protetto e curato nei suoi sintomi fisici (che riesce a pensare in questo

momento solo in quanto tali) e che potrà magari successivamente venire indirizzato verso un progetto terapeutico ambulatoriale. Per alcuni pazienti parlano solo i sintomi somatici, senza che vi sia un'elaborazione immaginativa (24) di quanto avviene nel corpo: per questi pazienti il compito del medico è quello di favorire la nascita del primo dubbio sull'esistenza di correlazioni e discrepanze tra fantasie e realtà, come tra corpo e mente.

Freud imparò alla Salpetriere, dove il malato veniva esibito in pubblico, la necessità di intimità con uno spazio ed un tempo dedicati. La psicoanalisi ha contribuito nel restituire dignità ai malati, riconsegnandogli la loro storia, togliendoli dal giudizio, dallo scherno e dall'idea che siano sofferenti per colpa o per vizio. Va detto anche che una psicoanalisi mal tradotta abbia talvolta, fin dai tempi di Freud in fondo ("La psicoanalisi selvaggia"), trasmesso un messaggio distorto che giungeva come una critica o un'accusa al genitore, per esempio, o come un diniego del substrato biologico tanto significativamente ricordato e presente in tutte le teorie psicoanalitiche.

Diagnosi e cura

Nel rischio di sovrastimare i benefici del colloquio in degenza, il cui obiettivo principale deve restare la valutazione diagnostica e la conseguente indicazione terapeutica appropriata, ritengo necessario sottolineare l'esistenza di possibili ulteriori conseguenze e anche di un effetto definibile come terapeutico, qualora l'obiettivo diagnostico venga perseguito con profonda comprensione del suo significato e non con modalità meccanicistiche. Il ricovero ha un tale impatto emotivo sul paziente e sulla sua famiglia che non può essere svolto come fosse una sorta di risonanza magnetica degli affetti delle persone che vi sono sottoposte. Ad esempio, un paziente sottoposto ad un ricovero nel quale viene gli vengono somministrati, per estremizzare, solo test diagnostici con modalità impersonale, finisce comunque per avere speranze e fantasie sul medico e sugli interventi in atto e rischia facilmente di trovarsi alla fine dimesso con un sentimento di delusione per non aver trovato quanto cercava: qualcuno impegnato nel curarlo.

Quando parlo di effetto terapeutico mi riferisco non solo ad un possibile momentaneo miglioramento clinico ma, soprattutto, ad un aumento della consapevolezza. In una prospettiva che tenga conto della persona intera, l'obiettivo della cura consiste nel promuovere il cambiamento psichico e relazionale tramite un ampliamento della possibilità di pensare e di interagire quindi con il mondo, piuttosto che una "guarigione" intesa unicamente come soppressione del sintomo senza nessun reale progresso o crescita personale. Sebbene sia chiaro che le finalità del processo diagnostico differiscono da quelle del processo terapeutico, entrambe mantengono qualcosa in comune: l'acquisizione di conoscenza e di capacità di rappresentarsi la propria realtà interna in maniera più ricca.

Come ci ha insegnato Freud (13): ogni qual volta un medico prende in cura un paziente, un'azione terapeutica ha immediatamente inizio. Balint, nel 1961, affermava che ciò accade anche quando il medico si propone di eseguire una "semplice diagnosi" (4).

Persino in un primo e potenzialmente unico contatto in condizioni di emergenza dobbiamo essere consapevoli del fatto che il paziente sta facendo esperienza di cosa può significare per lui chiedere aiuto. Un effetto positivo può già essere riscontrato in Pronto Soccorso quando un paziente, condotto per esempio per dolori lancinanti o in stato di crisi da conversione simil-epilettica, trovi un medico in grado di parlargli con modalità sintone al suo stato emotivo ed alla sua richiesta di aiuto, ancor più se i genitori vengono contemporaneamente avvicinati emotivamente rispetto a ciò che sta accadendo. Tutto

questo in Pronto Soccorso, quando è possibile, richiede a volte pochi minuti (in particolare nei casi di recente insorgenza del sintomo che non siano già stati cronicizzati dentro modalità relazionali disfunzionali tra genitori, paziente e medici). Il caso contrario esiste e può portare anche a lunghi e ripetuti ricoveri o accessi in Pronto Soccorso senza alcun esito, con un rischio di cronicizzazione del funzionamento del paziente e della sua famiglia o addirittura all'intubazione come conseguenza di un intervento di emergenza di un anestesista non al corrente del funzionamento del paziente ed obbligato ad un intervento d'urgenza, nella peggiore delle ipotesi.

Penso ci sia ancora molto da imparare dalla psicoanalisi nelle istituzioni, come tecnica, come teoria e come morale.

Bibliografia

1. M. Ammaniti (1989) Discussione del Panel sugli affetti. *Rivista di Psicoanalisi*. 35(4):979-1012
2. S. Argentieri (2015) *Stress e altri equivoci*. Einaudi Editore. Roma
3. S. Argentieri (2017) *Lasciare traccia*. Congresso SPI febbraio 2017
4. M. Balint (1961) *Medico, paziente e malattia*. Feltrinelli. Milano
5. M. Bertolini (2007) *Psicoterapia e psichiatria: l'urgenza psichiatrica in età evolutiva*. *Gior Neuropsych Età Evol*; 27:95-109
6. M. Bertolini, F. Neri (1991) *Fantasie cosce e inconse, identità personale e genitoriale. Fantasie dei genitori e psicopatologia dei figli*. Borla. Roma
7. M. Bertolini (1999) *L'impronta e il suo destino*. *Imago*. 6,3:195-204
8. A. R. Damasio (1995) *L'errore di Cartesio (Emozione, ragione e cervello umano)*. Adelphi. Milano
9. G. Devereux (1980) *Basic Problems of Ethnopsychiatry*. University of Chicago Press
10. S. Freud (1910) *Psicoanalisi selvaggia*. OSF. Bollati Boringhieri. Torino
11. S. Freud (1914) *Introduzione del narcisismo*. OSF. Bollati Boringhieri. Torino
12. S. Freud (1922) *L'io e l'Es*. OSF. Bollati Boringhieri. Torino
13. S. Freud (1890) *Trattamento psichico*. OSF. Bollati Boringhieri. Torino
14. S. Freud (1894) *Le neuropsicosi da difesa*. OSF. Bollati Boringhieri. Torino
15. E. Gaddini (1981) *Note sul problema mente-corpo*. *Rivista di Psicoanalisi*, 27(1):3-29
16. G. Gainotti (2001) *Components And Levels Of emotion disrupted in patients with unilateral brain damage*. In Gainotti G. (Ed) *Emotional Behavior and its disorders*. Boller F. *Handbook of neuropsychology*. Vol. 3
17. T. Ogden (2007) *L'arte della psicoanalisi*. Raffaello Cortina Editore. Milano
18. A. Pérez-Sánchez (2014) *Il colloquio in psicoanalisi e psicoterapia*. Astrolabio. Roma

19. J. Sandler e A.M. Sandler (2009) *Gli oggetti Interni*. Franco Angeli. Milano
20. H. F. Searls (1975) *Il tentativo di far impazzire l'altro partecipante al rapporto: una componente dell'etiologia e della psicoterapia della schizofrenia*. Scritti sulla schizofrenia. Bollati Boringhieri. Torino
21. G. Sreafini (2011) *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 20 Febbraio
22. A. E. Sickel, et al. (2015) *Mental health stigma update: A review of consequences*. *Advances in Mental Health* 12(3): 202–215
23. D. W. Winnicott (1969) *L'uso dell'oggetto e l'entrare in rapporto attraverso identificazioni*. *Int. Journal of Psychoanalysis*
24. D. W. Winnicott (1954) *L'intelletto ed il suo rapporto con lo psiche-soma*. *Brit. J. Med Psychol.*
25. D. W. Winnicott (1947) *L'odio nel controtransfert*. Dalla pediatria alla psicoanalisi. Martinelli. Firenze
26. R. M. Murray (2016) *The Role of Genes, Stress, and Dopamine in the Development of Schizophrenia*. *Biol Psychiatry*. 2017 Jan 1;81(1):9-20. doi:10.1016/j.biopsych.2016.07.014. Epub 2016 Aug 6
27. J. Van Os (2010) *Increased left striatal dopamine transmission in unaffected siblings of schizophrenia patients in response to acute metabolic stress*. *Psychiatry Res*. 2010 Feb 28;181(2):130-5. doi: 10.1016/j.psychresns.2009.10.002. Epub 2010 Jan 18
28. R. H. Etchegoyen (1990) *I fondamenti della tecnica psicoanalitica*. Astrolabio. Roma