In cerca del “me stesso” [self] terapeuta

Fernando Burguillo, María Teresa Galán Gutiérrez

Abstract
L’autore ripercorre le tappe della sua formazione come psichiatra,psicoterapeuta e psicanalista fino all’incontro con la Psicoanalisi Multifamiliare;si sofferma sulle parallele trasformazioni avvenute nel modo di pensare il paziente e la malattia mentale,nel suo agire clinico e nella relazione tra sé e il paziente. Dalle posizione prevalentemente organicistiche insite nella formazione psichiatrica classica,si evidenziano i cambiamenti epistemologici e metologici che gradualmente hanno condotto l’Autore all’utilizzo della Psicoanalsi Multifamiliare nella sua pratica clinica con pazienti gravi;in particolare focalizza l’attenzione sul nuovo modo di vivere il ruolo di terapeuta che attraverso il riconoscimento della virtualità sana del paziente,si sposta dalla funzione contenitiva alla funzione di sostegno efficace nello sviluppo delle potenzialità in risorse. I cambiamenti avvenuti nel significato attribuito alle situazioni critiche e nel modo in cui queste sono gestite evidenziano il senso terapeutico dello spostamento dal contenimento(farmacologico,meccanico o interpretativo)talvolta necessario ma sempre connesso alla paura che il paziente non trovi il suo proprio limite,al sostegno esplicito talvolta rischioso ma sempre basato sulla fiducia che il paziente,utilizzando risorse proprie,possa imparare a contenersi in modo autonomo.

Parole chiave: virtualità sana, contenimento, sostegno efficace

Buon pomeriggio a tutti. Un sincero ringraziamento va al comitato organizzatore del Congresso e in particolare ad Andrea e Federico. Un ringraziamento va inoltre a Sandro e Riccardo. La distanza geografica non è sempre un ostacolo per esprimere l'affetto e l'impulso nel condividere esperienze e riflessioni. Chi mi ha ascoltato a Bilbao riconoscerà alcune delle mie tesi proposte in quell'occasione, tesi che si sono piú o meno sviluppate durante questi anni.

Qui come in quell’occasione, mi piacerebbe dire che questo non è un monologo unidirezionale e aspetto con ansia i vostri commenti. I punti di vista che sentirò piú concordi con quello che dico mi faranno sentire bene, e quelli meno concordi mi aiuteranno a continuare a riflettere ed apprendere e risulteranno ancora piú graditi. Il silenzio, come ho detto altre volte, é la cosa che gestisco peggio.

Nel mio processo di crescita come terapeuta ho fatto i miei primi passi professionali studiando medicina e successivamente formandomi come psichiatra secondo un modello fondamentalmente biologico. Ho appreso, in quel periodo, quasi tutto quello che so di piscopatologia secondo un modello medico che classificava le malattie mentali in funzione dei sintomi che generavano. Il mio lavoro consisteva nel diagnosticare pazienti secondo la pertinenza a questi modelli patologici e successivamente attribuire un trattamento, essenzialmente farmacologico, che secondo

la mia esperienza pratica, risultava insufficiente in un elevato numero di casi. D'altra parte, pensavamo che il trattamento funzionava quando riuscivamo a frenare i sintomi, rislutato che non sempre implicava che il paziente uscisse fortificato dalle sue crisi.

Inizió lí il mio interesse per la psicoterapia. Iniziai i miei studi di psicologia secondo un modello principalmente cognitivo comportamentale e nello stesso tempo iniziai la formazione psicoanalitica e la mia analisi personale. Sebbene terminai entrambi gli studi, scelsi l'orientamento psicoanalitico. Sono convinto che entrambi i modelli, come nel caso di altre psicoterapie che conosco di forma piú approssimativa, contribuiscono in gran parte al processo di "rieducazione" del paziente con la finalitá che possa comportarsi meglio difronte a qualsiasi eventualitá gli riservi il futuro. Le differenze si riscontrano soprattutto nel "come". Le psicoterapie dirette a segnalare l'errore e a mostrare dall'esterno "migliori alternative" solitamemente sono piú rapide, peró hanno, secondo la mia opinione, notevoli inconvenienti. Credo che lavorare ad un livello razionale, senza permettere che affiori ció che si trova al di sotto e senza chiarirlo, condanna in molti casi al paziente alla conseguente ripetezione del conflitto nello stesso o in un altro scenario sintomatico.

La psicoanalisi, invece, è una pratica lenta e costosa nella quale il paziente si colloca difronte al terapeuta che cerca di essere uno schermo bianco sul quale possa proiettare ció che "ha dentro" condizionato il meno possibile dall'esterno. Secondo una prospettiva psicoanalitica ortodossa, il paziente, sprovvisto di stimoli esterni e tramite l'associazione libera, fa emergere esperienze, ricordi, sogni...Simultaneamente, un'analista con un'attenzione fluttuante, si presta a raccogliere il trasfert che successivamente analizzerá, facendo in modo che il paziente si liberi da legami arcaici. Allo stesso tempo, verranno meno le resistenze per facilitare che l'inconscio emerga alla coscienza. Questa tecnica che Freud comparó con la formula "per via di levare" difronte alla formula "per via di porre" é uno dei principali segni d'identitá e differenziazione della psicoanalisi.

Questa pratica può essere la strada migliore che conosciamo per accedere all'inconscio delle persone prevalentemente nevrotiche, ma è molto difficile da applicare in quegli individui nei quali "la statua contenuta nella pietra" non è stato sufficientemente definito in precedenza, ad esempio nel caso di persone narcisiste e psicotiche che ricevo presso l'ambulatorio di salute mentale del sistema pubblico.

Nello stesso tempo sono consapevole che é normale che una persona non si lasci togliere le "impalcature esteriori" fin quando non si senta pronta a sostenersi interiormente di forma autonoma. Tuttavia, una volta raggiunto un livello di forza egoica sufficiente, forse decida di togliere la maschera che la copre, come chi toglie una giacca quando ha caldo.

Secondo il mio punto di vista, la costruzione di un individuo psichico richiede innanzitutto una crescita e nello stesso tempo, mentre va crescendo, un processo di

prendere forma nel quale prenderá riferimenti dall'esterno che accetterá oppure no, in funzione dell'armonia che instaura con se stesso ed in relazione con gli altri. Secondo me, gli adattamenti all'ambiente non integrati, che non si interiorizzano e si vivano come propri, saranno percepiti come una sottomissione e quelli visti come irragiungibili saranno percepiti, inevitabilmente ,come finzione.

Personalmente reputo la malattia mentale grave il blocco di questo sviluppo e quindi l'obiettivo potrebbe essere mettere di nuovo in marcia il treno affinché continui il suo cammino indipendentemente da quale sia la stazione nella quale è rimasto bloccato.

Analizzare i "non analizzabili" é, senza dubbio, uno delle principali sfide della psicolanalisi attuale. Affinché affiori l'incoscio sembra sia necessario sollevare quelle croste che, solitamente per ferite narcisiste cicatrizzate male, sono cresciute al posto di una pelle sana. D'altra parte, finché il paziente non percepisce che ci sia qualcosa di proprio, valido e sostenibile sotto queste croste non permetterá che ci avviciamo. Una buona alternativa potrebbe sembrarci un trattamento estetico con la modalitá di "per via di porre", truccare le imperfezioni offrendo un aspetto piú umano, che cambi da fuori a dentro "male per bene".

Per quanto attrattivo possa risultare, non é privo di difficoltá tecniche. É pur vero che fin quando non ci sia un Io sufficientemente delineato, eliminare gli strati esterni scatenerá, logicamente, angosce di disintegrazione, ed il paziente non lascerá che gli rimouoviamo quello che ha, peró questo non significa che non accetti di buon grado che mettiamo nuovi strati. Quando proponiamo al paziente nuove dottrine, soprattutto se le percepisce come imposte, é normale che le rifiuti, che si lamenti con decisione del fatto che non lo "lasciamo essere", e bisogna che si verifichino episodi di questo tipo se concepiamo la autenticitá come l'assenza di maschere e questo dovrebbe riferirsi anche alla maschera della "normalitá".

Anche se assumiamo che con un aspetto "normalizzato" una persona abbia piú possibilitá di normalizzarsi, credo che, se non vive contemporaneamente un'esperienza interna di "normalizzazione", la persona continuerá a sentirsi segretamente inaccettata, funzionando in modo fittizio e sará condannata alla finzione mentre cerca di essere accettata.

In ogni caso, andando oltre il valore che abbia, non credo possiamo considerare questa pratica come psicoanalitica.

Credo che questa sia la direzione nella quale García Badaracco fa il passo successivo. Afferma in "Di sorpresa in sorpresa" che questa fu una scoperta quasi casuale... anche se sembra che nessuno abbia avuto l'audacia di sedersi a lavorare tra i pazienti e semplicemente, stare con loro risulta abbastanza distante dalla posizione diadica terapeuta/paziente. Sembra che questo "stare in un altro modo", senza l'esigenza di diagnosticare i pazienti, né di trattarli, senza la necessitá di questa asimmetria, nella

quale uno conosce e l'altro ignora, nella quale uno puó e l'altro no, e senza le esigenze mutue dei loro rispettivi ruoli, ha dato origine alla nascita di una relazione nuova che, in altri termini si è rivelata piú efficace. Successivamente Jorge accettó la proposta che intervenissero le famiglie e le scoperte continuarono sembra anche al di lá delle sue aspettative, generando la fiducia di tutti nel fatto che le cose potessero continuare a cambiare... Quindi questi ruoli, queste identificazioni patologiche, "gli altri in noi", come direbbe Jorge, cominciavano ad essere meno necessari e si cominciava ad eliminarli a favore di altre identificazioni piú autentiche per dare un nuovo senso e valore a ció che vi era sotto le croste e sotto i camici.

Attraverso la Psicoanalisi Multifamiliare cambió il mio modo di lavorare e con essa tornai a cambiare come terapeuta. Grazie a Tania Martín ho potuto avvicinarmi e viverla dall'inizio in una posizione a mezza strada tra un osseravatore e un conduttore inesperto. Le circostanze vollero che dovetti farmi carico di un gruppo prima di sentirmi preparato per quello, quindi continuai ad apprendere strada facendo. Mi sembrava magico che molti dei pazienti che inserimmo nel gruppo cominciavano a mettere in marcia il proprio treno della crescita ed iniziavano a cadere le resistenze, cambiavano le difese predominanti, iniziavano relazioni di coppia, cominciavano a lavorare... Andando oltre i loro sintomi, cominciavano a fare quella che mi sembrava una vita piú normale. Anche la mia relazione con loro inziava ad essere diversa. La paura e l'impotenza lasciarono spazio alla fiducia che le cose potessero cambiare e che io fossi capace di questi cambiamenti ed il lavoro si fece abbastanza piú disteso. Appresi da loro e con loro. Lo stesso accadde con i miei colleghi: con Tania, con Isabel Calero, Isabel Rodriguez ed i miei colleghi di Pinto... Anche con Raquel e Pepe, con Esther, con Isabel, con Ana... e anche con i libri, con i video... Conobbi Jorge, Hernan e Maria Elisa a Madrid, poi Tere a Buenos Aires ,dove l'avavo raggiunta, li conobbi Yaco, Diana, Sandro, aRicardo... e nella Conferenza Eva, Norberto, Andrea, Federico, Luciana, Jesús, dopo ci fu la Conferenza di Bilbao , dove sono nate nuove opportunitá con José Luis e Maribel…

In pratica, sono molti i colleghi che erano li e sono qui oggi, nominati o no, con i quali ho potuto concordare a breve, media o lunga distanza, a volte con posizioni piú sincroniche e altre piú complementari, e che mi hanno facilitato nel cambio di stile. Come nelle occasioni precedenti andare avanti ebbe aspetti positivi ed altri meno positivi. Con il passo avanti arrivò la rinuncia al modello anteriore, e con essa un nuovo lutto di "me stesso". Penso che nel modello precedente, molto piú contenitore, c'era molto del mio timore che il paziente non fosse capace di contenersi, molta paura che si verificassero eventi di cui sentirmi responsabile. Credo che una parte di questa paura ha basi nella realtá, peró c'è un'altra parte che reputo come la versione "terapeuta-paziente" della trama patogena del quale ero vittima. La mia posizione risultó essere simile a quella di molti familiari dei pazienti che cerco di aiutare. Frequentemente non gli lasciavo margine d'azione perché pensavo non fossero capaci di farlo da soli. Adesso comprendo che quando una persona vuole apprendere a guidare ha bisogno di

qualcuno a lato durante un certo periodo, forse in una macchina con “doppio freno” che l’insegnsnte possa usare in caso di necessitá. Peró l’allievo deve inevitabilmente avere il controllo del veicolo se vuole imparare a guidare, e l’insegnante permetterglielo, avendo ognuno dei due paura fino a che non raggiunga l’abilitá sufficiente e anche in seguito, visto che anche gli automobilisti esperti sono esposti al rischio di uscire fuori strada qualche volta.

Paradossalmente, all’inizio ho pensato adesso che sono “piú distesi”, ai miei pazienti occorrono meno cose negative che prima... Mi risultava incredibile, peró non é un paradosso. Nel mio bisogno di prendermi cura di loro, non li aiutavo a prendersi cura di loro stessi. Adesso che sono piú autonomi hanno meno bisogno di me perché si occupano di loro abbastanza bene, e in questo processo di crescita credo che li ha aiutati molto il rendersi conto che chi li ha aiutati non ha sempre del tutto chiaro come bisogna fare le cose. Io e loro abbiamo dovuto tollerare alti tassi di incertezza e dovremo tollerarne ancora in futuro, perché questa “carenza” che all’inizio mi faceva tanta paura adesso spero di non colmarla mai e che mi accompagni tutta la vita.

Credo che la parte migliore della Psicoanalisi Multifamiliare é proprio il fatto che non abbia né una tecnica, né un concetto definitivo. In pratica l’analista, difronte all’impossibilitá tecnica di sparire, possa situarsi in un altro posto ed essere un alleato del paziente nella sua totalitá, negli aspetti sani ed in quelli meno sani, e che possa semplicemente accompagnarlo mentre gli offre un modello identificativo piú umano e reale piuttosto che la sua fantasia su quello che “dovrebbe essere”. Un modello capace di tollerare l’incertezza, l’ambivalenza, il dubbio, un modello limitato peró non per questo limitante. Un modello che aiuti la persona a pensare non per risolvere i dubbi, ma precisamente per generarli e offrire cosí l’opportunitá di affrontare con una certa calma la realtá di un futuro incerto.

In questo cambio di posizione Badaracco si spostó dal contenimento al sostegno efficace nella malattia mentale grave. In psichiatria questo cambiamento non so se si è mai verificato. Nella psicoanalisi si, anche se senza troppa efficacia e quasi sempre allontanandosi un poco dall’ortodossia. Winnicott distingueva bene entrambi i concetti proponendoli in “Deprivazione e delinquenza” comparando un’attitudine contenitiva, portata all’estremo in riformatori, istituzioni di minori e prigioni, a un’attitudine di sostegno, di accompagnamento, che a scapito delle conseguenze che ci possano essere, ha fiducia che le cose possano migliorare... Badaracco, inserendo le famiglie, rese possibile che il cambiamento nei pazienti si complementasse con i cambiamenti dell’ambiente, allontanandosi tutti dalla posizione patologica, e lo stesso si verificó con le figure professionali.

Capisco che “la follia”, in generale ci fa paura. Anche a me. E´pur vero che , come un pó con tutte le cose, quando la guardiamo da vicino fa meno paura che da lontano, anche se, nonostante questo continua a farne. Non so quanta di questa paura é dovuta “al pazzo” che vediamo “fuori”, alla sua incapacitá di contenersi, alla sua

imprevedibilitá o quanto é dovuta al riflesso “del pazzo” che portiamo dentro; una cosa é certa, la risposta naturale che nasce difronte alla follia é il contenimento. Nell’antichitá, quando non venivano bruciati nel rogo, perché si pensava fossero cose di stregoneria o del demonio, erano rinchiusi nei manicomi...Che delirio! No? Bene, in quel periodo, in quella cultura non tanto distante, questo delirio era una caratteristica che si associava a una persona sensata.

Oggi, in generale siamo piú fini. Ospedalizziamo, pero poco e sempre meno. Medichiamo e con farmaci ogni volta piú efficaci e meno stigmatizzanti, zittiamo i sintomi e zittiamo le incoerenze ogni volta con meno danni collaterali. Senza dubbio questa tendenza ereditata dalla psichiatria ha bisogno di accortezze verso i pazienti e verso di noi. Capisco che le crisi implicano un rischio, un pericolo, per chi le soffre e per coloro che lo circondano, pero credo che sono anche un’opportunitá. Considero che ogni volta che conteniamo un paziente con un ricovero, con le cinture, con un farmaco o con una parola, puó darsi che stiamo evitando situazioni peggiori, peró forse, lo stiamo anche privando dell’opportunitá di trovare il suo proprio limite e fermarsi, imparare a contenersi meglio autonomamente, in conclusione di crescere. Nella contenzione l’asimmetria é evidente: “Tu non sai cos’è meglio per te, ed io lo so. Tu che non sei in grado di contenerti, che non hai un limite proprio hai bisogno di un limite esterno, in questo caso il mio, affinchè eviti di farti (e farmi) del male”.

Difronte a questo il paziente puó accettare o no: puó sottomettersi o continuare a lottare. Se combatte fará ogni volta piú paura e noi troveremo ogni volta piú argomenti per decidere per lui. Se non lo fa resterá condannato alla dipendenza di un’altra persona che gli dirá quando deve fermarsi o comunque non muoversi. A sua volta condanna l’altro, familiare o operatore a supervisare sempre i suoi movimenti.

Per questo, anche dal privilegiato posto del terapeuta, le cose non vanno molto meglio. La realtá é che finché non accadono le cose, nessuno sa quello che puó succedere. Possiamo intuirlo o temerlo, peró con precisione, nessuno puó prevedere il futuro. Io come terapeuta faccio contenimento verbalmente, chimicamente e meccanicamente, quando ritengo che farlo é meglio che continuare ad aspettare: nel caso in cui credo che con il danno del contenere si evita un danno piú grande. Tuttavia, cerco di non perdere di vista che la mia decisione viene presa a causa della mia paura, della mia sfiuducia che il paziente possa fermarsi in tempo prima di uscire “dal binario”, detto secondo la terminologia di Badaracco, quando smetto di vedere virtualità sana, quando non posso sopportare l’incertezza. E comunque, provo a spiegarlo al paziente dal mio punto di vista, dalla mia preoccupazione per lui, dalla mia incapacitá nel continuare ad aspettare e non dal suo, perché non voglio smettere di sostenere mentre contengo.

Seguendo le tracce di Ricardo e Serrat vi diró che ho un’idea del “me stesso terapeuta”, relativa, approssimata e provvisoria però che, in linea generale, mi sono allontanato dal biologicismo e dalle teorie razionaliste, anche se continuo ad usare pastiglie e ragione quando il paziente ne ha bisogno e penso che gli faranno bene. Ho molta voglia di

continuare ad imparare e condividere ció che apprendo, per questo cerco il momento e la modalitá che permettano l'incontro, continueró a farlo finché posso. Continuo ad essere entusiasta di pensare e di mettere in discussione. Cerco di mediare, a volte in modo goffo, affinché le divergenze non finiscano in divisioni, bensì nella conquista di nuove scoperte. Sono convinto che dall'altra parte del tavolo non c'é tutta la follia e neppure da questa parte tutta la ragione, ci mancherebbe. E che questa non é una buona ragione per affrontare la sfida con imposture né maschere. Penso che sapere é molto utile peró anche non sapere , e che parlare fa bene, peró puó essere un ostacolo per l'ascolto. Non mi piacciono le regole, né le proibizioni, preferisco le espressioni, la riflessione ed il dubbio, perché credo che sia questo il luogo che permette "esserci davvero".

Grazie a tutti.

Bibliografia

Badaracco, J.G. (1989). *Comunidad terapeutica psicoanalitica de estructura multifamiliar*. Ed. tecnipublicaciones sa, 1989.

Badaracco, J.G. (2006). Psicoanálisis multifamiliar, para curar la enfermedad mental desde la virtualidad sana". *Revista de psicoanálisis*, LXII, 4, págs. 919-936.

Badaracco, J.G. (2007). De sorpresa en sorpresa. *Revista de psicoterapia analítica grupal, nº. 2*.

Burguillo Prieto, F. (2010). La magia del psicoanálisis multifamiliar. la articulación del modelo psicoanalítico con la realidad del trabajo en el sistema público. *Avances en salud mental relacional*. vol. 9. nº 2. abril 2010.

Freud, S. (1904). "*Sobre psicoterapia*". Conferencia pronunciada en el colegio de médicos. Viena.

Mitre, M.E. (2007). *Las voces de la locura*. Ed. sudamericana. 2007.

Winnicott, D. (1954). *Deprivación y delincuencia*. ed. tavistock publications.

Fernando Burguillo: Psichiatra. Psicoanalista. Lavora presso il Servizio di Psichiatria dell'Ospedale Universitario Quiron, Madrid.

Email: ferburgui@yahoo.es