

## Riflessioni sui contributi psicoanalitici alla comprensione delle istituzioni (psichiatriche)

*Robert D. Hinshelwood*

### **Abstract**

In questo articolo l'autore rivisita la propria esperienza di psicoanalista in un servizio psichiatrico standard e vecchio stile e riflette su come le idee psicoanalitiche possano essere presentate nella loro rilevanza per la psichiatria. Sono prese in esame le difficoltà e molte forme di intervento da parte dello psicoanalista sono ripensate e descritte nei paragrafi Educazione e Professione (1), Esperienze (2) e Dinamiche Organizzative (3).

**Parole chiave:** ansia, difesa, stress degli operatori, distacco emotivo, non-senso, dinamiche organizzative.

Sul tema di questo articolo Freud scrive: “La psichiatria non impiega i metodi tecnici della psicoanalisi, non mette nulla in relazione col contenuto dell’idea delirante, e nel rimandare all’ereditarietà ci fornisce un’etiologia generica e lontana, invece di cominciare con l’indicare le cause più specifiche e prossime del delirio.” (Freud 1917, p. 417). La psicoanalisi è vicina all’esperienza del qui-e-ora riportata dai pazienti attraverso i significati consci e inconsci ed è ben differente dalla causalità trovata e trattata dalla psichiatria. La psicoanalisi mira al *contenuto* dell’esperienza del paziente dato che sono i suoi significati che preoccupano i nostri pazienti. Noi ascoltiamo e comprendiamo, speriamo.

Più recentemente una antropologa californiana, Tanya Luhrmann (2000), in linea col pensiero di Freud descrive la psichiatria come divisa: “Da una parte troviamo lo scienziato, l’investigatore spericolato della verità. Dall’altra c’è lo psicoanalista, il saggio mago dell’intuizione. Questi due ideali incarnano diverse sensibilità morali, diversi compiti fondamentali, diverse linee di fondo” (Luhrmann, 2000, p.158).

La psichiatria, si potrebbe dire, è una professione infelice. E forse non potrebbe essere diversamente visto che parliamo della più profonda infelicità che il genere umano può patire. Purtroppo i due punti di vista, psichiatrico e psicoanalitico, sono contrapposti e ciò porta facilmente a una sorta di antipatia reciproca.

Per chi lavora in un servizio psichiatrico è fondamentale riconoscere questa disgraziata divisione e non è utile lamentarsene. Non è possibile affermare che noi psicoanalisti abbiamo maggiori conoscenze degli psichiatri, perché ad essere onesti noi conosciamo

solo un aspetto dell'angoscia del paziente, per lo più l'aspetto inconscio. E noi siamo gli esperti dell'inconscio e forse la psicoanalisi è l'unica psicologia che studia l'inconscio. Ma è solo una parte del paziente e noi possiamo contribuire con questa competenza. Non possiamo lamentarci di non essere ascoltati, quando i nostri colleghi sono preoccupati per altri aspetti, quali la violenza impulsiva, i propositi suicidari e così via, tutti aspetti che necessitano di essere affrontati urgentemente e di solito con modalità coscienti, che non vanno a scavare sotto la superficie. Se affermiamo che l'inconscio viene prima di tutto, rischieremo di essere addirittura ignorati tout court o di essere talmente idealizzati che si svilupperà il timore che il nostro pensiero non si sottopone alla verifica pratica.

Allora è necessario che noi psicoanalisti poniamo la giusta attenzione sul come possiamo contribuire al trattamento di un paziente. Inizialmente Freud pensava di dover comprendere la psicosi per tenere il passo con il lavoro di Jung e Bleuler nell'ospedale psichiatrico Burgholzli di Zurigo. Già in quel periodo analizzò le memorie scritte dal giudice Schreber senza mai incontrarlo realmente. Anche se da quel momento in poi molti pazienti psicotici sono stati sottoposti ad analisi, solo analisti davvero straordinari hanno riportato dei successi (Searles, 1959; Rosenfeld, 1965) e può darsi che il loro successo abbia avuto a che fare più con il loro essere eccezionali che con il loro essere psicoanalisti.

Proporrò ora alcune riflessioni che ho fatto da quando andai a lavorare in un ospedale psichiatrico tradizionale come consulente a tempo parziale, una quarantina di anni fa all'incirca, nel 1976. Potevo scegliere se prendere solo due o tre pazienti schizofrenici in trattamento psicoanalitico a pieno regime oppure fare qualcosa di diverso. Hanna Segal mi consigliò che avrei dovuto fare ciò per cui ero stato formato e condurre qualche trattamento analitico a titolo di ricerca – quello che lei stessa aveva fatto. Naturalmente ripensai a quello che Hanna Segal mi aveva detto, ma alla fine decisi di non seguire il suo consiglio. Ritenni che lei mi stava consigliando ciò che era buono per la psicoanalisi e non ciò che era utile ai 2000 pazienti dell'ospedale. Temo di avere scelto i pazienti e non la psicoanalisi, e dunque decisi di usare il mio tempo diversamente.

Non sapevo però molto bene che cosa fare per poter incidere sulla vita di tutti quei pazienti. Un bel problema! Ero uno psicoanalista (anche se a tempo parziale) fra 20 psichiatri o giù di lì, un migliaio di infermieri, molti terapisti occupazionali, arte-terapisti e ovviamente gli amministrativi. In una siffatta grande comunità potevo dare solo un piccolo contributo. Anche se avessi costruito un dipartimento insieme ad altri psicoanalisti e psicoterapeuti, sarebbe stato sempre qualcosa di *piccolo* considerando la mole dell'istituzione e le sue consuetudini e procedure rigide e ingessate.

Insieme ai pochi colleghi mi misi al lavoro per organizzare prima di tutto un piccolo servizio di psicoterapia per pazienti ambulatoriali, per il personale ospedaliero e per persone non psicotiche. Quindi, considerando anche l'interesse dell'ospedale, definii tre principali aree di lavoro che speravo avrebbero potuto influenzare le persone: (1) Educazione e professione; (2) Esperienze e (3) Dinamiche organizzative.

## **1. Educazione e professione**

Lo staff era alla ricerca di alternative psicodinamiche ai trattamenti per lo più di routine della psichiatria generale e ricordo che un giorno mi si chiarirono improvvisamente le idee. Mi resi conto che alcuni operatori mi vedevano in un modo assai particolare e forse unico, rappresentavo un'alternativa illuminante, un'alternativa alla psichiatria tradizionale. Facevano parte dello staff pochi infermieri, nessuno psichiatra, ma molti psichiatri specializzandi e molti altri professionisti, come arte e musico terapeuti. La mia risposta fu quella di proporre regolari seminari di discussione sui casi clinici, ricoprendo anche il ruolo di insegnante per i numerosi studenti di medicina, molti dei quali erano affascinati dai miei racconti sul funzionamento dell'inconscio. Erano studenti universitari poco più che adolescenti che dovevano effettuare un tirocinio di sei settimane in ospedale. Dunque erano in cerca non soltanto di apprendere, ma anche di idee che potessero fornire loro un aiuto personale.

In più ci si aspettava che gli specializzandi di psichiatria acquisissero una minima conoscenza della psicoterapia. Anche se i loro interessi sarebbero cambiati durante il training, molti erano ricettivi e presero in seria considerazione l'idea di sottoporsi a qualche tipo di psicoterapia o di training psicoanalitico. Mi resi conto però che la psicoterapia non era presa troppo in considerazione e che la loro attenzione alla diagnosi li conduceva sempre più verso i trattamenti farmacologici. Ciononostante, suscitai in loro molto interesse a ricoprire un ruolo di spicco nella futura professione e quindi dedicai un po' di tempo a pensare come sviluppare il loro interesse.

Realizzai che non avevano molto bisogno di sviluppare un interesse, ma l'opposto. Mi sembrava chiaro, se paragonavo gli studenti di medicina, gli specializzandi in psichiatria e i miei colleghi in training, che ciò che avveniva nel corso del loro sviluppo professionale era un movimento graduale di presa di distanza dall'interesse verso l'individualità del singolo paziente. Gli studenti di medicina erano i più interessati, anche affascinati. Gli specializzandi psichiatri a causa dei loro esami erano sempre più attratti dallo studio della componente biologica e dalla psichiatria farmacologica basata sulle classificazioni diagnostiche; col tempo, diventando senior e consulenti nel Servizio Sanitario Nazionale, erano in gran parte già bruciati. Poiché l'ospedale ospitava casi di lunga durata, rimaneva solo quel nucleo che aveva perduto la maggior parte delle capacità di essere normale, ed era ostinatamente resistente all'identificazione empatica che i nuovi e i neofiti cercavano di portare. Quindi non indirizzai il mio interesse e i miei sforzi verso la triste umanità incarcerata in ospedale, ma mi mossi nella direzione opposta incoraggiando lo staff, specie i giovani, a mantenere vivo l'entusiasmo con cui avevano iniziato. Cercavo di arginare per quanto mi fosse possibile il tramonto dell'empatia umana, della quale si ha sempre bisogno nel corso di una carriera psichiatrica. Sembrava importante aiutarli a preservare quella umanità di base che aveva caratterizzato l'inizio della loro carriera, affinché riuscissero a preservarla e a continuare a farvi ricorso nel loro stile personale con i pazienti. Era importante che

continuassero a utilizzare la loro sensibilità e a mostrare interesse verso i pazienti come esseri umani normali. Così, oltre a concentrarmi sull'insegnamento, iniziai a lavorare con gruppi di riflessione e discussione ai quali si aggiunsero anche operatori non medici.

## **2. Esperienze**

Successivamente sperimentai altri metodi formativi che all'inizio erano di tipo esperienziale e presentavano due caratteristiche. Prima di tutto formai un gruppo di studio per specializzandi in psichiatria che *non* era assolutamente terapeutico. Si trattava di un gruppo di studio, come lo intendeva il primo Bion, che serviva a studiare se stessi nel contesto del gruppo e comprendere l'effetto del gruppo sul comportamento e l'esperienza dei singoli individui. L'obiettivo era esplorare i gruppi e come le persone comuni rispondevano al trovarsi in un gruppo. Un metodo per permettere al singolo individuo di scoprire cosa succede quando si è in gruppo, come si sviluppa la cultura e come i miti diventano una costruzione condivisa.

Il gruppo di studio era settimanale, durava 6 mesi alla fine dei quali veniva riformato; presi atto che una considerevole parte di specializzandi psichiatri vi partecipava e poteva accadere che i più appassionati rimanessero per più di sei mesi.

Partecipando alle Conferenze di Leicester dell'Istituto Tavistock sulle Group Relations avevo imparato che tutti avrebbero dovuto esplorare il gruppo in quanto entità gruppo e cercai di rendere chiaro questo pensiero. Quando qualcuno tentava di fare rivelazioni personali, lo riformulavo come se stesse provando a raccontare delle esperienze che si verificavano nel gruppo più ampio dell'Ospedale per condividere, per verificare le capacità di ascolto del gruppo o se esso versava in qualche genere di difficoltà. A quel punto, intervenivo segnalando che il gruppo aveva incontrato i seguenti problemi:

- il conflitto causato dal sentirsi troppo simili ai pazienti
- il bisogno di ritrarsi dal pericolo, come se il gruppo fosse sicuro e dovesse mantenersi separato dal lavoro nelle corsie
- l'insicurezza dovuta all'essere medici e la "superiorità" del gruppo di studio perché gruppo di medici.

Parlo di semplici impressioni e non ho la pretesa di enunciare un disegno di ricerca sul campo! Il punto era quello di aiutare i membri del gruppo di studio a lavorare per capire la provenienza delle loro esperienze, il loro posizionamento e infine vedere in che modo le stesse diventavano fenomeni gruppali.

La seconda caratteristica esperienziale fu quella di offrire agli allievi l'opportunità di fare una osservazione formalizzata in reparto allo scopo di aiutarli a mantenersi focalizzati sulle proprie reazioni. Il mio punto di riferimento per questo tipo di lavoro era

la baby observation, che avevo praticato nel training psicoanalitico presso il British Institute of Psychoanalysis. Invece di osservare un neonato, avrebbero osservato una corsia. Il mio training aveva lo scopo di sviluppare la capacità di osservare un contesto sociale, la madre con il suo bimbo o anche una famiglia. Questo metodo serve a sviluppare una propria capacità di osservare emotivamente e al tempo stesso osservare se stessi nel contesto di un setting emotivo. Osservare un contesto relazionale e anche se stessi mentre si vive l'esperienza è un doppio tipo di osservazione che ritengo sia l'essenza dell'osservazione psicoanalitica (Hinshelwood e Skogstad, 2006).

Gli specializzandi erano invitati a scegliere un reparto diverso dal proprio e a chiedere il permesso al personale infermieristico di quel reparto. Si dovevano recare in corsia senza fonendoscopi, camici e tutti gli emblemi dell'autorità medica ufficiale e semplicemente fermarsi in un punto per un'ora a settimana per la durata di 3 mesi. L'iniziativa mirava ad aiutare gli specializzandi a mantenere la loro sensibilità umana verso gli altri e fuori dalle aspettative del ruolo nelle condizioni lavorative. Poi, una volta a settimana mi incontravo con tre o quattro specializzandi per discutere formalmente le loro osservazioni (che dovevano essere raccolte in un resoconto scritto). Fui stupito dall'interesse che questa iniziativa suscitò; infatti, vi partecipò almeno il 50% degli specializzandi. Alcuni erano migliori di altri – ma non è questo il punto – poiché volevo aiutare ognuno ad allenarsi a collocare dentro di sé la loro esperienza lavorativa. Chiaramente lo scopo era di aiutarli a resistere alla tentazione di tagliar fuori i propri sentimenti, cosa che si sviluppava normalmente negli psichiatri con l'avvicinarsi di una maggiore esperienza e responsabilità professionale.

Anche gli operatori dei reparti coinvolti manifestarono un forte entusiasmo. Accoglievano molto bene qualcuno che veniva a vedere cosa succedeva nei loro reparti perché affamati di curiosità e interesse dal momento che si sentivano dimenticati per la maggior parte del tempo.

### **3. Dinamiche organizzative**

Insomma, potevo osservare lo sviluppo di un processo istituzionale nel quale lo psichiatra mentre svolge il suo lavoro, taglia fuori i suoi sentimenti. Questo aspetto della formazione psichiatrica è importante ed è sostenuto dalla cultura del servizio psichiatrico che è sempre alla ricerca di una “eziologia remota” come diceva Freud. Come sappiamo, le persone si comportano assecondando le aspettative culturali del gruppo o dell'organizzazione di appartenenza. Freud, quando affronta questo tema, al quale ha dedicato un intero capitolo del suo libro del 1921 sulla psicologia delle masse, cita direttamente Gustav Le Bon: “Ciò che più ci colpisce di una massa psicologica è che gli individui che la compongono - indipendentemente dal tipo di vita, dalle occupazioni, dal temperamento o dall'intelligenza - acquistano una sorta di anima collettiva per il solo fatto di trasformarsi in massa. Tale anima li fa sentire, pensare e

agire in un modo del tutto diverso da come ciascuno di loro - isolatamente - sentirebbe, penserebbe e agirebbe". (Freud, 1921, pp. 263-264).

Chiedo scusa per la lunga citazione, ma le parole di Le Bon sono estremamente importanti perché ci dicono che gli esseri umani si comportano diversamente quando sono soli rispetto a quando sono inseriti in un gruppo. Siamo diversi quando siamo insieme, non dovremmo dimenticarne. Invece ce lo dimentichiamo continuamente e finiamo per considerare le idee e le credenze del gruppo come se fossero le nostre. In realtà, esse *sono* nostre, ma solo se siamo in quel gruppo!

Il lavoro dello psicoanalista, lo sappiamo, consiste non solo nell'essere in una situazione (cioè con il paziente), ma anche nell'essere consapevole di come quella situazione influenza il paziente. Noi psicoanalisti chiamiamo tutto ciò transfert/controllo, ma sarebbe interessante assumere la stessa posizione all'interno di un'organizzazione. E fin dai miei primi anni di lavoro ospedaliero ho cercato di capire che cosa succedeva intorno a me e che genere di psicoanalista venisse costruito dall'organizzazione. E in verità ero interessato a comprendere sia come l'organizzazione plasmava il paziente sia come le pressioni della cultura forgiavano lo psichiatra.

Vista però la mia pregressa esperienza lavorativa nelle comunità terapeutiche, il mio interesse ai concetti sulle Group Relations del Tavistock Institute e alle dinamiche organizzative, scrissi una serie di articoli mentre ero là. Devo dire però che i contributi erano sempre espressi ai convegni di psicoterapeuti e psicoanalisti mentre i miei colleghi psichiatri in ospedale nel complesso prendevano in scarsa considerazione i miei scritti (Hinshelwood 1979, 1987, 1999, 2004).

Il punto centrale di tutte le mie riflessioni era quello di ritenere l'atteggiamento neutro e distaccato degli psichiatri una forma di difesa contro lo stress del lavoro. Che cos'è questo stress? Vi sono vari tipologie di stress, ma tutti hanno la loro origine nella natura specifica dei problemi che stiamo trattando:

- Prima cosa, vi è una violenza che va controllata. Essa spaventa gli operatori che spesso si aspettano che lo psichiatra sia l'ultima risorsa per controllarla. Non solo, ma anche i pazienti temono sia la reciproca violenza sia alcune forme brutali di trattamenti e di controllo. Il clima di paura è un serio, ma inevitabile problema.
- Secondo, in psichiatria vi è un problema legato alla specifica qualità del non-senso. Essa pervade le comunicazioni e il comportamento di tante persone che chiedono aiuto. Ed è profondamente disturbante e frustrante per gli operatori tollerare la mancanza di senso delle manifestazioni e del comportamento dei pazienti.
- Il terzo punto risiede nel fatto che non riusciamo mai completamente a restituire al

paziente il suo stato di salute. Molti pazienti ci restituiscono poca riconoscenza per il nostro lavoro e molti di loro sono talmente disturbati che non sono quasi proprio in grado di esprimere un minimo di apprezzamento o gratitudine verso di noi, se li paragoniamo magari ai pazienti chirurgici o ostetrici.

Siamo sopraffatti dall'insieme di queste difficoltà presenti in luoghi di lavoro che per loro natura attirano continuamente dolore e malattia.

La risposta a un tale stress è il ritiro e il distacco emotivo. Anche se questo atteggiamento riesce a dare un po' di sollievo agli operatori, lascia il paziente nello stato di oggetto inanimato; questo comportamento diventa poi istituzionalizzato quasi fosse un principio scientifico. Da un punto di vista scientifico la persona diventa un insieme di caratteristiche biochimiche e fisiologiche e i curanti finiscono per trattare la malattia invece della persona (Barratt, 1996) rivendicando orgogliosamente la propria obiettività scientifica.

Chiaramente non ho nulla contro scienza, anzi sono convinto che essa abbia portato con l'intervento farmacologico un sollievo enorme a tante persone. Comunque c'è qualcosa nel suo uso – cioè per mantenere una distanza emotiva- e l'attenzione sulle cause remote (come diceva Freud) serve per proteggerci dal sentire la sofferenza che l'altro porta con sé nello specifico momento dell'incontro. Allora viene *usato* come difesa, piuttosto che come strumento di significato, finalizzato ad aumentare la conoscenza. Il distacco emotivo diventa quindi un effetto collaterale intrinseco alla psichiatria.

## **Conclusioni**

Ho provato a trasmettere possibili modalità per riflettere sul ruolo di ognuno di noi quando entra in contatto con una vasta organizzazione psichiatrica che cattura nella sua rete le persone, sia gli psichiatri che i pazienti. Le modalità con le quali gli psichiatri e gli psicoanalisti vedono i pazienti sono realmente distanti e molte sono difensive. Esse creano realtà differenti sulle quali di volta in volta poniamo la nostra attenzione col rischio che le differenze diventino poi facilmente contrasti. Quando abbiamo a che fare con tipologie di difese depersonalizzanti e alienanti, il solo tentativo di sfidarle e affrontarle in modo razionale e cosciente costituisce una minaccia che rischia di rafforzare inconsciamente la cultura difensiva dei nostri colleghi. Non dobbiamo dimenticare che i nostri servizi sono permeati di paura, non senso e di sentimenti di scarso successo. Dobbiamo comprendere che le ansie degli psichiatri necessitano di essere contenute, come dicono gli analisti britannici, tanto quanto quelle dei pazienti. Non si dovrebbe criticare il fatto che noi e i nostri colleghi dobbiamo lottare quotidianamente con lo stress di quelle ansie e che non sempre il successo è assicurato.

## Bibliografia

- Barratt, R. (1996). *The Psychiatric Team and the Social Definition of Schizophrenia*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Freud, S. (1917). Lezione 16. *Psicoanalisi e psichiatria*. Introduzione alla Psicoanalisi e altri scritti. Vol. 8, Opere. Torino: Bollati Boringhieri, 1989.
- Freud, S. (1921). *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*. L'Io e l'Es e altri scritti. Vol. 9, Opere. Torino: Bollati Boringhieri, 1989.
- Hinshelwood, R. D. (1979). Demoralisation and the hospital community. *Group Analysis* 12, 84-93. Reprinted 2001 in R.D. Hinshelwood *Thinking about Institutions*. London: Jessica Kingsley.
- Hinshelwood, R.D. (1987). The psychotherapist's role in a large psychiatric institution. *Psychoanalytic Psychotherapy* 2: 207-215.
- Hinshelwood, R.D. (1996). Psychiatry and psychotherapy. *Psychoanalytic Psychotherapy* 10, Supplement: 5-10.
- Hinshelwood, R.D. (2004) *Suffering Insanity: Three Psychoanalytic Essays on Psychosis*. London: Jessica Kingsley.
- Hinshelwood, R.D., Skogstad W. (2000). (Eds.) *Observing Organisations*. London: Routledge, published electronically at <http://www.ebookstore.tandf.co.uk>). Tr. it. R.D. Hinshelwood, W.Skogstad, a cura di, *Ossevare le organizzazioni*. Torino: Ananke 2006.
- Luhrmann T.M. (2000). *Of Two Minds*. New York: Alfred Knopf.
- Rosenfeld, H. (1965). *Psychotic States*. London: Hogarth.
- Searles, H. (1959). *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*. London: Hogarth. Tr. it. *Scritti sulla schizofrenia*, Milano: Feltrinelli 1977.

## Nota sull'autore

**Robert D. Hinshelwood:** è professore emerito presso il Centre for Psychoanalytic Studies, University of Essex; ha diretto il Cassel Hospital di Londra. E' membro della British Psychoanalytical Society e del Royal College of Psychiatrists. Ha scritto il *Dizionario di Psicanalisi Kleiniana*, pubblicato da Raffaello Cortina e altri libri e articoli sulla psicoanalisi kleiniana. Ha scritto sulle applicazioni della psicoanalisi ai gruppi e alla cultura sociale come il libro *Cosa accade nei Gruppi*, pubblicato da Raffaello Cortina e *Suffering Insanity* (2004).

Nel 2013 ha scritto con Nuno Torres *Le fonti di Bion*, pubblicato da Borla e nel 2014 *Ricerca nel setting*, pubblicato da Franco Angeli. Ha scritto sull'etica professionale della psicoanalisi in *Therapy or Coercion: Is Psychoanalysis Brainwashing?* (1997) e *'Introjection and projection: The Uses and abuses of paternalism'* nel *Oxford Handbook of Psychiatric Ethics*.

e-mail: [bob@hinsh.freeserve.co.uk](mailto:bob@hinsh.freeserve.co.uk)

**Tradotto dall'inglese dalla redazione**