

PREMESSA

Restare insieme avanzando nel deserto: note per una metamorfosi della psichiatria

M. Alessandrini, M. di Giannantonio***

Dove va la psichiatria? E come rinnovare i suoi procedimenti? Domande che sembrano diventate di rito. E la causa principale, volendo proporre un'ipotesi, sembra risiedere nell'incompletezza, se non nella banalità delle risposte offerte.

Sarebbe però un errore dimenticare che risposte poco risolutive derivano in gran misura dalla eterogeneità dei saperi e delle prassi. E lo sarebbe ancor più ignorare che questa eterogeneità, a sua volta, è specchio dei molteplici aspetti di cui sono portatori i tanto diversi e pressanti pazienti psichiatrici. Ma allora l'eterogeneità dei saperi sembra da un lato il tentativo di meglio comprendere la complessità dei pazienti stessi, dall'altro lato, piuttosto, una modalità per difendersi dall'impatto con loro mediante interventi che permettano, più allo psichiatra che non ai pazienti, di recuperare fiducia e controllo.

Si pensi, per esempio, all'ampiezza dei riferimenti culturali e delle citazioni (di romanzi, di poesie, di dipinti e di altri materiali) cui è solita ricorrere la psichiatria. Sembra questo un bisogno dovuto alla necessità di strumenti concettuali, estetico-intuitivi, in grado di "tradurre" i vissuti preriflessivi, presimbolici, poco o affatto mentalizzati di cui è fonte l'incontro con questo genere di pazienti. Ma all'opposto questa stessa attitudine viene talvolta inconsapevolmente utilizzata per non tradurre i vissuti "consegnati" dai pazienti, bensì per allontanarsene, per rimuoverli e dimenticarli. Una modalità, quest'ultima, cui può piegarsi anche l'altro, frequente linguaggio, quello neuro scientifico. Il quale è anch'esso in bilico tra appassionata ricerca, che mai dimentica la "vera" vita, dunque la mente e la storia dei pazienti, e la necessità invece di eludere l'incontro con i sofferenti, e soprattutto la propria difficoltà a comprenderli e a curarli.

Trovare dentro di sé il paziente

Il problema, per chi esercita la psichiatria, è uno solo: la pazzia. Realtà con cui confrontarsi, temuta perché impone un confronto non solo con l'altro

* Psichiatra, psicoanalista a orientamento analitico, Responsabile del CSM di Chieti (Ch), professore a contratto presso la Facoltà di Psicologia dell'Università di Chieti. E-mail: luce.segreta@libero.it.

** Psichiatra, psicoterapeuta membro Società Psicoanalitica Italiana, Responsabile SPDC di Guardiagrele (Ch), professore ordinario di Psichiatria presso Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Chieti. E-mail: digiannantonio@unich.it.

all'esterno, la persona "diversa" da sé e dalla norma, ma con ciò che di "altro" e di "alieno" risveglia dentro se stessi. Come annota Jung (1938/54, 79): "Nella stessa misura in cui non accetta l'altro, l'uomo non riconosce il diritto all'esistenza all'altro' che è in lui, e viceversa".

Il problema, allora, consiste nelle emozioni: le nostre e quelle dei folli, e le nostre risvegliate dalle loro. Emozioni quali l'angoscia e il non capire, e l'angoscia di non capire, e poi il dolore, la rabbia, la confusione, gli stati alterni del corpo e della mente. Emozioni, tutte, intrise di storie, di vicende, di persone che i pazienti spesso non ricordano, e che ricordano soltanto addossandone volti e atmosfere al terapeuta e alla relazione con lui. Il mondo interno del paziente "contagia" il terapeuta, lo trascina in un clima affettivo dove stati mentali del paziente si intrecciano a stati mentali del terapeuta, alla ricerca di una ripetizione del passato e dell'abnorme, ma anche di un ascolto e di una trasformazione.

Vale allora, per la psichiatria, ciò che Lacan asserisce a proposito della psicoanalisi: "il soggetto si costituisce, propriamente parlando, attraverso un discorso in cui la sola presenza dello psicoanalista [o dello psichiatra] apporta, *prima di ogni intervento*, la dimensione *del dialogo*" (1966, 209; il corsivo è nostro). Dialogo che, come appena detto, risveglia pulsioni ed emozioni: l'altrui e il proprio passato, oltre a deficit e conflitti. Per cui, come è ancora Jung a precisare: "L'incontro di due personalità è simile alla mescolanza di due diverse sostanze chimiche: un legame può trasformarle entrambe. Da ogni trattamento psichico efficace ci si può aspettare che il terapeuta eserciti la sua influenza sul paziente, ma quest'influenza può verificarsi soltanto se il paziente lo influenza a sua volta. *Influenzare significa essere influenzati*" (1929, 80-81; il corsivo è nostro).

Ecco dunque che il futuro della psichiatria è il suo passato: l'estrema difficoltà, immanente alla mente umana, di confrontarsi con le proprie e le altrui pulsioni, accettando di "contenerle", ossia di tollerarle, per poi tradurle in riflessioni e significati coscienti, a loro volta fonte di modificazioni dell'immagine di sé e degli altri.

Ne deriva un lavoro sfibrante, il quale richiede una preparazione mai esauribile o definitiva, una formazione permanente. Occorre porre in gioco se stessi, la propria mente, unico strumento di diagnosi e di terapia nell'incontro con la mente dell'altro. A patto di accettare che l'incontro con la mente altrui conduce all'incontro spaesante con se stessi, con la propria mente.

Quanto mai giustamente, Bollas afferma: "Per trovare un paziente, dobbiamo cercarlo dentro di noi" (1989).

Un lungo rapporto

Eugenio Gaddini, nel 1984, concludeva un suo articolo annotando: "L'uso che noi facciamo dei nostri pazienti è reso possibile dall'uso che loro fanno di noi, dal fatto che nessun altro potrebbe aiutarli nel modo che possiamo, e da tutto quello che di noi poniamo *nel lungo rapporto* che manteniamo con loro" (1984, 662; il corsivo è nostro).

Se la psichiatria ha un futuro, se una nuova psicopatologia e una nuova clinica sono possibili, se le diverse modalità tecniche di approccio potranno raccogliersi intorno a un filo comune, questo dovrà risiedere nel difficile compito di pensare il non-pensato: di deviare dall'ovvio e dal già noto, sottraendosi ai pensieri che si difendono dal *plus* di intensità di cui ogni mente e ogni incontro sono portatori.

Il pensiero, come tra molti ha rilevato Bion (1970), viene spesso utilizzato per non pensare. L'aggressività, l'amore, il vero volto delle relazioni, il fondo autentico di una situazione, di un ambiente o di un discorso: tutto viene filtrato, e in grandissima parte rimosso, dalla coscienza pensante. Accomodazioni continue che inducono uno sguardo distante dal fondo di sé e della vita, uno sguardo restio al faccia a faccia con ciò che è sotto gli occhi ma bruciante, o che sconcerta perché ancora da capire. Seguendo quanto afferma Semi, si può davvero dire che da sempre "enormi difese sono state erette contro il pensiero o, se preferite, spessissimo il pensiero è stato usato per limitare il pensiero: che è come dire per limitare l'espressione degli affetti, delle idee, della creatività, dell'odio. Di tutto" (1985, 51).

Gli psichiatri, a contatto con pazienti che impregnano la relazione di emozioni non-pensate, sono sottoposti a questo fuoco, alla fiamma di ciò che è ancora da pensare. Gestì, mimica, linguaggio: tutto, nell'incontro con chi soffre nella psiche, trasmette messaggi di un'intensità evidente, ma da esplorare. Soprattutto, da trasformare in significati discorsivi e comprensibili, perciò comunicabili. E non si tratta di emozioni facili da "incontrare": il dramma della simbiosi, dell'impotenza, della paura senza fondo; o ancora, la distruzione di sé e del mondo; altrimenti, un'immaturità che non può reggere i compiti richiesti da pulsioni e desideri. Senza considerare, come scrive Racamier, che ogni malattia mentale, soprattutto grave: "è una difesa e però una difesa costosa, ma la sola possibile, contro uno schiacciante pericolo mortale. *E si tratta della morte, quando [in particolare] si penetra nel cuore delle psicosi*" (1968, 396). Lungo la stessa scia, Bion ricorda quanto la mente, di fronte a portatori di esperienze-limite, vale a dire emotivamente intense, tenda a ridurre l'impatto mediante razionalizzazioni che in campo professionale, soprattutto psichiatrico, sono le cosiddette teorie: "Il dolore mentale è ancora oggi considerato come un'esagerazione per un nonnulla. Si discutono le teorie – raramente il dolore inflitto, oppure espresso tangibilmente, di chi soffre" (Bion, 1979, 97).

Il sintomo poi non è semplicemente "interno" alla persona, fosse anche legato a una vulnerabilità genetica o di altro tipo. A esso concorrono intrecci relazionali familiari, dunque la psiche di genitori o di altre figure di riferimento, e se si vuole anche il contesto sociale: sofferenze altrui, lutti non risolti, attitudini simbiotiche o di altro genere, si riversano, tramite le interazioni precoci, non-verbali, nel corpo e nella mente di un nascituro. Quest'ultimo poi, divenuto adulto, non potrà facilmente condurre a coscienza ciò con cui gli altri a lui vicini rifiutano di confrontarsi. Senza considerare inoltre che le intere società cosiddette occidentali, soprattutto a livello di specifici micro-contesti (la cultura di un quartiere, di una cittadina, di un ceto sociale, di un'"atmosfera" o tradizione), tendono a rimuovere particolari pulsioni. In tal modo, tuttavia, delegano inconsciamente il ruolo di esprimerle a persone che soffrono di difficoltà mentali. Persone dunque "costrette", inconsciamente, a manifestare ciò che la collettività non accetta di

pensare. Ed è il caso, per esempio, di pulsioni sessuali o aggressive, o di determinati bisogni, quali quelli di dipendenza o viceversa di indipendenza, o anche di stati psichici emotivamente complessi e intensi, ad esempio depressivi.

Il percorso nel deserto

Il problema ha due volti: per un verso, gli operatori della psichiatria necessitano di un alto grado di specializzazione, un *training* costante che li renda in grado di conoscere, *sperimentandola* a fondo, la propria e l'altrui mente; per altro verso, devono disporre di strategie che permettano di intervenire non solo sul singolo paziente, ma sul variabile, ogni volta diverso contesto, ossia sui molti fattori che concorrono alla genesi o al mantenimento della malattia. Fermo restando, ancora, che qui "curare" o "guarire" significa accettare che se il sintomo è il miglior modo raggiunto per gestire specifici stati psichici, occorre intervenire su di essi e non certo, o non soltanto, sul sintomo di per se stesso. Scoprendo poi, insieme al paziente, e ancor più in rapporto al suo contesto, quanto e come il paziente stesso possa risolvere e trasformare gli stati psichici causali, e quanto e come, invece, occorrerà per lui arginarli senza veramente risolverli (mantenendo, in questo caso, sintomi più attenuati ma evidentemente necessari).

Ma è davvero possibile tutto questo? È realmente attuabile sul piano umano e professionale? Certo, se qualcosa può riunire e informare di sé i molteplici indirizzi del sapere psichiatrico, è solo la disponibilità degli operatori, da un lato, a un sufficiente impegno umano e di pensiero con ogni paziente, e dall'altro a una formazione che è conoscenza di sé. E che può condurre soltanto a pensare, ogni volta, il non-pensato immanente a ogni sintomo, a ogni storia personale, a ogni contesto affettivo e sociale.

Un lavoro duro, ma possibile con semplicità, al di là di qualunque ideale: un lavoro, occorre ribadirlo, che richiede doti personali insieme ad acquisizioni professionali. E che soprattutto richiede il rendersi sempre conto, in modo non onnipotente né tanto meno masochistico, che ogni paziente, se così affrontato, impone un viaggio di scoperta in un ignoto, anzi in un "deserto della conoscenza". Definizione, questa, espressa da Gaddini: immagine dell'inoltrarsi in territori psichici e relazionali ogni volta "da pensare", anzi in attesa di pensiero. Perché, citando appunto Gaddini, "non sono i nostri pazienti che vanno verso la pazzia, ma gli psicoanalisti che si stanno avvicinando *con il loro aiuto*" (1984, 661; il corsivo è nostro). E pertanto, inevitabilmente: "sul percorso nel deserto stiamo insieme, i nostri pazienti e noi" (*ibidem*, 661-62).

Un esempio clinico

Si impone un'esemplificazione clinica. È accaduto di incontrare per la prima volta, presso il Pronto Soccorso, un ragazzo di 26 anni che qui chiameremo Giovanni. Lo accompagnano i genitori, dei quali colpisce l'aspetto poco giovanile del padre, l'atteggiamento affettuoso e preoccupato della madre, e il livello

culturale e sociale modesto, ma partecipativo nei confronti del figlio. A questo proposito, il primo elemento non-pensato, dunque alla ricerca di pensiero, sembra, avendo poi subito scoperto che Giovanni è il loro unico figlio, la protettività dei genitori, affettuosa ma poco in grado di favorire lo sviluppo delle capacità di auto-affermazione.

In quella sede, Giovanni manifesta spunti deliranti di tipo paranoide, sebbene sia ancora in una fase di esordio, mostrandosi disorientato, confuso, spaventato, incapace di spiegarsi le tanto mutate percezioni di sé e del mondo. Manca un delirio strutturato, e vi è persino una parziale disponibilità, sebbene a tratti, a prendere in considerazione le domande cui è sottoposto.

Una crisi psichica, come osserva Winnicott, è la reviviscenza sotto nuove vesti di un antico "crollo mentale" (1965, 142), rimasto iscritto alle basi del mondo interno. È perciò un'urgenza assoluta. Giustamente, Henri Grivois (1992) precisa che deve essere paragonata a una qualunque altra urgenza medica: ne possiede i caratteri di repentinità e soprattutto la potenzialità di devastare, in caso di intervento terapeutico non tempestivo o inadeguato, la persona e la sua esistenza.

Da questo esempio emerge allora con chiarezza un ulteriore elemento non-pensato, non certo limitato al caso di Giovanni. Il sistema organizzativo sanitario non riconosce, e anzi se ne difende, il carattere di assoluta urgenza delle crisi psichiche: lo rimuove, affrontandolo con atteggiamenti formali tutt'altro che solleciti e preoccupati, ossia con procedure di *routine*, come tali rispondenti al bisogno di distanziarsi in nome di una presunta, indaffarata "professionalità".

Intenso è l'impulso a colludere con questo atteggiamento: nell'esempio in questione, è accaduto di pensare alla complessità del caso, peraltro inerente, come si è detto, a ogni condizione psichiatrica, ancor più se psicotica. Impossibile non supporre che la sede impedisca di intervenire a fondo, che le procedure del Pronto Soccorso richiedono rapidità nel risolvere i singoli casi, che occorrerebbero tempo, coinvolgimento e pazienza nel dipanare i fili di una storia, quella di Giovanni e dei suoi genitori, che in quel momento "interroga", ma che al tempo stesso invade e spaventa con la sua intensità di emozioni "da pensare".

Ultimo elemento anamnestico, riferito dai genitori e dal paziente, un'esperienza sentimentale sfortunata: Giovanni è stato abbandonato, tempo addietro, da una ragazza cui era intensamente legato. Ed è impossibile esimersi dall'ipotizzare quanti aspetti non-pensati risiedano in questa vicenda. Domando: tale esperienza esprime la difficoltà di Giovanni a separarsi dalla famiglia, dunque l'inconscia necessità di mantenersi legato? Ma che cosa, realmente, lo spaventa in un rapporto affettivo? Il fatto di doversi assumere l'espressione delle proprie pulsioni? Di dover essere "uomo", non solo sessualmente, ma prima ancora sul piano dell'autodeterminazione, del sentimento di autonomia?

Ne deriva comunque, da parte nostra, la prescrizione di un antipsicotico atipico, e l'invio al Centro di Salute Mentale di competenza, diverso da quello di nostra appartenenza. Una modalità, in definitiva, che propone una scarsa elaborazione dei vissuti, proponendo soprattutto una sorta di rapporto terapeutico "mancato" o "a metà".

Avere effetto sulla struttura psichica del paziente

È necessaria, a questo punto, una riflessione psicopatologica, qualcosa che vada al di là della diversità dei saperi e delle prassi. Ogni sintomo mentale è la soluzione di compromesso nei confronti di stati interni e relazionali sconosciuti al paziente, ma che lo assalgono. Il sintomo perciò “salva” l’Io, sebbene al prezzo di deformare capacità e funzioni, in conseguenza di meccanismi di difesa costosi e invalidanti.

La terapia consigliata di fronte a una fase acuta, soprattutto se di tipo psicotico (Racamier, 1968; Grivois, 1992), dovrebbe consistere nell’aiutare il paziente, con colloqui ravvicinati, attuabili anche più volte al giorno in caso di ricovero in reparto specialistico, a ricordare sempre più in dettaglio che cosa sia accaduto nei primi momenti in cui tutto, a livello percettivo, affettivo e ideativo, ha iniziato a mutare. Questa tecnica, se così può essere definita, ha come scopo la ripresa di funzioni di coscienza che invece di rimuovere gli elementi inconsci dilaganti possano, se non comprenderli, almeno accoglierli, con ciò aiutando il paziente a riacquisire la capacità di arginarli, di ricondurli sotto parziale controllo.

In caso contrario, il solo ricorso a un farmaco, specie se antipsicotico, tenderà a facilitare la semplice rimozione dei contenuti inconsci, ossia delle angosce non-pensate. Tenderà insomma a favorire, da parte delle funzioni di coscienza, la riacquisizione di capacità di controllo non tramite l’iniziale comprensione dei vissuti psichici e relazionali non-pensati, bensì mediante l’insistere nel non pensarli, insistendo perciò a utilizzare, dovendo comunque gestirli, la via del sintomo.

Quando poi si parla di “sindrome prefrontale”, di alterazioni dei ventricoli cerebrali, di vulnerabilità genetica e quant’altro, sorge spontaneo domandarsi se non si tratti di interpretazioni difensive e razionalizzanti. Segnalano fenomeni indubbiamente reali, ma invece che causali e preesistenti, indotti e conseguenti, ossia dovuti a interventi terapeutici che, se esaminati e “pensati”, si rivelano essi stessi promotori dei fenomeni appena detti.

È importante però considerare che in singoli casi anche una terapia farmacologica immediata, se per esempio accompagnata da colloqui individuali e da interventi psicoterapeutici familiari, può aiutare il paziente a pensare. Può essere il caso di deliri paranoici strutturati, dove l’attivazione psichica inconscia, incanalata in aree psichiche rivendicative e aggressive, se “sedata” e “deviata” dal farmaco può ridistribuirsi in aree psichiche diverse, temute e rimosse, mobilizzandole. Ne può derivare, nei pazienti, la ripresa di timide, ma sostanziali richieste di aiuto, segno del riattivarsi di temuti rimossi bisogni di passività e dipendenza. Fermo restando che anche in evenienze del genere è difficile ipotizzare che simili processi, riattivando aree temute, perciò sede di traumi e di vulnerabilità, possano progredire favorevolmente se non accompagnati da un terapeuta, o da più operatori, umanamente e professionalmente “pensanti”.

Occorre sempre, insomma, contribuire “alla realizzazione e all’uso inconsci, da parte dell’analizzando [il paziente], della relazione analitica [in generale terapeutica], che pone la vita intrapsichica all’interno di uno spazio interpersonale,

così che l'analista [o lo psichiatra] possa alla fine *avere effetto* sulla natura della struttura psichica del paziente" (Bollas, 1999, 10-11; il corsivo è nostro).

Emozioni nella relazione

Dall'esempio clinico esposto si può innanzitutto desumere quanto, anche nello psichiatra, siano intense la difficoltà a pensare e l'opposizione a farlo. Il rischio, per converso, è di pensare apparentemente all'eccesso interpretando immediatamente e sistematicamente, magari in chiave psicoanalitica, ogni elemento dell'incontro. In questo atteggiamento può infatti nascondersi una uguale opposizione a pensare: una incapacità di tollerare l'ignoto, di sopportare il non-capire, di attendere che la comprensione, il vero pensiero, nascano come co-costruzione dovuta al proseguire, in due, nel "deserto" cui allude Gaddini. In questi casi accade, difensivamente, di non "lasciare tempo al paziente" (Freud, 1914, 361), e nemmeno a se stessi.

A questo riguardo, un breve accenno agli sviluppi della vicenda di Giovanni non è privo di ulteriori stimoli a pensare. I genitori, infatti, colpiti dall'atteggiamento pur sempre attento da noi mantenuto in sede di urgenza, insistono nel condurre da noi Giovanni per successivi consulti.

Di fatto, Giovanni in breve tempo rimuove i contenuti inconsci da lui non elaborati (e non elaborati neppure da noi, e quindi per nostra causa). Riesce, sotto l'effetto del farmaco, a rimuoverli senza strutturare un delirio, ma altresì riacquisendo la stessa "normalità" che in precedenza nascondeva il non-pensato. Questa tuttavia, se nei già giorni passati aveva ceduto, si sarebbe di certo dimostrata non più in grado, anche in seguito, di arginare le angosce profonde.

Giovanni riprende a lavorare, non si reca quasi mai in visita da noi e poi, trascorsi pochi mesi, decide insieme ai genitori di sospendere la terapia farmacologica. Tutto dunque è rimasto non-pensato, in noi e nel paziente.

Ecco però, trascorsa una manciata di mesi, la comparsa di una cosiddetta ricaduta, definizione opinabile se si considera che il paziente, in realtà, non ricade in nulla, per il semplice fatto di non essersi mai sottratto ad angosce rimaste immutate e non-elaborate. Di nuovo, Giovanni si percepisce al centro di malevolenze, adotta meccanismi di derealizzazione (il lavoro, la famiglia gli appaiono "non reali", e pensa che forse "non esistono, sono una recita"). Ma questa volta, soprattutto, tenta di spiegarsi questi vissuti con iniziali strutturazioni deliranti, ragionamenti che rischiano, sorretti dai meccanismi di difesa, di cristallizzarsi in un più stabile sintomo. Sono però presenti anche elementi positivi: sembra riconoscere la relazione con noi e investirla emotivamente.

Come scrive Bion: "Un'esperienza emotiva avulsa da una relazione è inconcepibile" (1962). In effetti, accettando (o insistendo nel richiedere?) la relazione con noi, Giovanni sembra accettare un contatto con le proprie emozioni, con l'impensabile che lo incalza e con il quale, quindi, incalza anche noi. Emergono perciò, già nel primo colloquio, due indizi "da pensare": da una parte un vissuto per lui centrale, vale a dire l'inspiegabile paura che in quei giorni lo travolge, costringendolo a proteggersi in casa; dall'altra parte l'impressione, cui

le nostre domande lo conducono, che l'evento scatenante sia stata la banale controversia succeduta a un incidente automobilistico. Giovanni, coinvolto in un piccolo tamponamento, ricorda di non aver saputo fronteggiare l'accaduto: di non essere stato capace di tener testa all'altro automobilista, di non aver formulato denuncia, insomma di non aver impedito che l'altro, nei giorni successivi all'incidente, si ponesse ingiustamente dalla parte della ragione. A quel punto è intervenuto il padre di Giovanni, su richiesta di quest'ultimo: si è recato dall'automobilista e ha ottenuto, sì, un risarcimento, ma ricavando in cambio il danno di far denunciare a Giovanni la responsabilità dell'incidente, con conseguente, gravoso aumento delle future rate assicurative da pagare.

Da tutto questo, e come suggeriva più sopra Bion, grazie all'“esperienza emotiva” che solo la relazione rende possibile, Giovanni giunge ad assumere momentanea coscienza, pur nel mezzo degli spunti deliranti, di qualcosa fino ad allora non-pensato. Ipotizza infatti che i genitori lo abbiano sempre protetto, risolvendo per affetto, al suo posto, molte difficoltà della vita, ma in questo modo impedendo a lui di acquisire capacità e sicurezza. Anzi, suggerendogli implicitamente di dover subire: di non meritare nulla, tantomeno risarcimenti.

Qui il nostro incontro termina, ma si apre su successivi incontri che la nostra disponibilità al coinvolgimento, con lui e con noi stessi, e dunque con il non-pensato suo e nostro, adesso consente.

Conclusioni

È questo il futuro della psichiatria? È necessariamente, secondo quanto qui adottato, di impostazione psicoanalitica? E comunque, ha un'apparenza talmente semplice?

Nel concreto, è di una complessità e di una gravosità, pratiche ed emotive, estreme. Ed è perciò un futuro che richiederebbe di ripensare a fondo l'organizzazione dei Servizi, soprattutto alla luce del fatto che non basta modificarla, a meno di non modificare, nel contempo, le capacità e le attitudini di coloro che lavorano in essi.

Per una psichiatria diversa occorrono psichiatri con attitudini e capacità diverse. Occorre riconoscere le difficoltà a pensare, e le tante teorie e prassi che producono pensieri che si oppongono al pensare. Non perché teorie e prassi dell'uno o dell'altro genere siano errate, ma perché lo è il loro utilizzo, se orientato, appunto, a “piegarle” al non-pensare. Le teorie e prassi di diverso indirizzo, dunque di certo non solo quelle psicoanalitiche, sono efficaci e hanno indicazioni elettive. Ma esiste, di tutte, un utilizzo che si oppone al vero pensiero, e un altro che si apre a quest'ultimo, promuovendolo negli operatori e nei pazienti. Esso solo è il possibile futuro di una nuova psichiatria. La psichiatria non sarà mai nuova senza nuovi processi formativi per gli psichiatri, e dunque senza psichiatri “nuovi”.

Bibliografia

- Bion W.R. (1962), *Apprendere dall'esperienza*, Roma, Armando, 1972.
- Bion W.R., *Memoir of the Future. Book Three. The Dawn of Oblivion*, Pertshire, Cluny Press, 1979.
- Bollas C. (1989), *Forze del destino*, Roma, Borla, 1992.
- Bollas C. (1999), *Origini dell'alleanza terapeutica*, in *Il mistero delle cose*, Milano, Raffaello Cortina, 2001.
- Freud S. (1914), *Ricordare, ripetere e rielaborare*, in *Opere*, vol. 7, Torino, Boringhieri, 1975.
- Gaddini E. (1984), *Se e come sono cambiati i nostri pazienti fino ai nostri giorni*, in *Scritti (1953-1985)*, Milano, Raffaello Cortina, 1989.
- Grivois H. (1992), *Nascere alla follia. Un approccio agli esordi psicotici*, a cura di M. Alessandrini, postfazione di A. Ballerini, Roma, Edizioni Scientifiche Ma.Gi., 2002.
- Jung C.G. (1929), *I problemi della psicoterapia moderna*, in *Opere*, vol. 16, *Pratica della psicoterapia*, Torino, Boringhieri, 1981.
- Jung C.G. (1938/54), *Gli aspetti psicologici dell'archetipo della madre*, in *Opere*, vol. 9, tomo I, *Gli archetipi e l'inconscio collettivo*, Torino, Boringhieri, 1980.
- Lacan J. (1966), *Scritti*, 2 voll., Torino, Einaudi, vol. I, 1974.
- Racamier P.-C. (1968), *Psicoterapia psicoanalitica delle psicosi*, in *Semi A.A., Tecnica del colloquio*, Milano, Raffaello Cortina, 1985.
- Winnicott D.W. (1965), *Psicologia della follia: un contributo della psicoanalisi*, in *Esplorazioni psicoanalitiche* (1989), Milano, Raffaello Cortina, 1995.