

# Un approccio psicoanalitico alle istituzioni della salute mentale

MARIO PERINI

L'accostamento della psicoanalisi alla psichiatria, per certi versi naturale e scontato, per altri appare invece alquanto problematico. Il termine «psichiatria psicoanalitica», coniato da A.A. Brill (1946), ripreso da Paul Schilder (1951) e più recentemente riformulato come «psichiatria psicodinamica» da Glen Gabbard (1990) e da vari altri analisti e psichiatri di formazione analitica, non ha dopo tutto generato una coppia molto armoniosa, ed ha serbato un certo sentore di ossimoro, destando il sospetto di voler mettere insieme il diavolo e l'acqua santa, laddove ciascuna delle due «parti» parrebbe ancora piuttosto propensa a demonizzare l'altra.

Parlando della psichiatria ciò che colpisce è come una disciplina idealmente nata per occuparsi delle emozioni umane riesca a mostrarsi a volte così avulsa dalle stesse e così ottusamente incapace di gestirle se non dislocandole in qualche fabbricato, classificandole entomologicamente o spegnendole con qualche estintore chimico. Considerando la psicoanalisi ciò che sorprende è come una disciplina originariamente concepita per esplorare il mondo interiore a partire dai suoi derivati psicopatologici e comportamentali riveli ancora tante difficoltà a contribuire alla psichiatria clinica e a misurarsi con i suoi dilemmi. Del resto molti degli analisti che hanno lavorato nei servizi per la salute mentale o che li hanno diretti sono sopravvissuti adottando per lo più meccanismi di scissione (spesso ampiamente consapevoli), ossia dissociando la propria identità di analisti dal proprio ruolo istituzionale, di clinici, di docenti o di manager, ruolo che ben di rado è diventato oggetto di un'analisi approfondita. Pesa probabilmente su questa sostanziale «diserzione» della psicoanalisi dai servizi di salute mentale l'ipoteca dell'esplicito, progressivo disinteresse per le ragioni della cura a favore di quelle della ricerca che Freud ebbe a manifestare nell'ultima parte della vita.

Ma non è di questo territorio, peraltro ampiamente esplorato, che vorrei cercare di tracciare una mappa, semmai di una sua porzione più in ombra, che per ora mi limiterei a descrivere come il difficile rapporto che la psicoanalisi intrattiene con la «dimensione istituzionale», in primo luogo quella della psichiatria ma non solo quella.

## Psicoanalisi e cultura anti-istituzionale

Salvo poche eccezioni la comunità psicoanalitica – temo sia inevitabile doverlo riconoscere – non ha mai molto amato e sembra tuttora avversare il discorso sull'istituzione, che, non inspiegabilmente, sente in larga misura estraneo alla sua cultura, ai suoi paradigmi e alla sua pratica. Oggi più che mai, tra welfare aziendalizzato, prove di efficacia e *spending review*, alla maggioranza di noi analisti l'istituzione deve sembrare un oggetto bizzarro, per non dire ostile, impegnata com'è di questioni di denaro, potere, organizzazione del lavoro, efficienza, procedure, risultati,

pianificazione e controllo, questioni tutte piuttosto lontane e dissonanti rispetto alla nostra esperienza professionale.

Sospetto che questo sentimento di ostilità – che l’istituzione spesso ricambia cercando ad esempio di screditare e di mettere fuori mercato le terapie ad orientamento analitico – coinvolga anche colleghi che da tempo nelle istituzioni lavorano; e ci sono evidenze che questa cultura anti-istituzionale non risparmi nemmeno le istituzioni di cui noi stessi facciamo parte in quanto analisti, le nostre Società nazionali e internazionali <sup>1</sup> (Foresti, 2012).

Del resto la psicoanalisi applicata alle istituzioni, alla società, alla politica, continua ad essere accolta con diffidenza o con «benevola» condiscendenza dalla maggior parte degli analisti. Il recente Congresso Nazionale della SPI svoltosi a Roma nel 2012 su temi inediti quali lavoro, potere e denaro, pur essendo stato apprezzato come un evento innovativo di grande peso scientifico e culturale, ha raccolto a stento 200 adesioni; e il ricorso a certe spiegazioni razionalizzanti, per cui sarebbe stato troppo costoso o troppo ammiccante ai potenti, mi sembra non faccia che sottolineare beffardamente il ritorno del rimosso nel rimovente.

Per non parlare di chi, conversando con un collega sul programma del Congresso, avrebbe tagliato corto dicendo «Beh, se proprio ti interessano queste cose...».

Le radici di questa rimozione o, meglio, di questa dissociazione culturale dal mondo organizzativo, sono probabilmente molteplici e molto diverse. Un’ipotesi potrebbe riguardare la nascita stessa della relazione analitica (così come in generale delle relazioni di cura) all’interno del modello diadico e della simbiosi madre-bambino. Dovremmo immaginare allora che la corrente pratica analitica (come del resto quasi tutte le culture sanitarie) sia per così dire ancora in parte fissata ad una configurazione pre-edipica <sup>2</sup>, e non possa ammettere nella propria sfera d’influenza la presenza del «terzo istituzionale»; il quale peraltro tende ormai sempre più spesso ad irrompervi come un vero padre intrusivo e castrante, con tutte le intenzioni di disturbare la beata relazione simbiotica dell’analista da un lato con il proprio paziente, dall’altro con la disciplina madre.

---

<sup>1</sup> In un suo articolato commento sulla Mailing List della Società Psicoanalitica Italiana Giovanni Foresti ha esplorato appunto questa «attitudine anti-istituzionale» presente da sempre e in varia misura in tutte le società psicoanalitiche.

Le ragioni di questa tendenza secondo Foresti sono di due tipi:

«Alcune sono caratteristiche specifiche del movimento analitico, mentre altre sono un riflesso di condizioni che sono esterne alla psicoanalisi (intesa come gruppo professionale) e devono essere ricondotte alla storia di ogni singolo paese e alla sua cultura nazionale.

Fra le ragioni del primo tipo, si suole menzionare:

a) la natura solitaria della professione (anche in tempi non caratterizzati dalla crisi economica, i Colleghi sono dei concorrenti oltre che dei soci, degli alleati e dei collaboratori),  
b) la tenacia dei legami gruppalì e delle fantasie d’accoppiamento (le linee di discendenza psicoanalitica, gli alberi genealogici immaginari da cui deriva la forza notevolissima dei gruppi e dei sottogruppi) e  
c) il pregiudizio di extraterritorialità della psicoanalisi, ossia l’insofferenza/indifferenza nei confronti delle mediazioni istituzionali cui sottostanno altre discipline e professioni (la cultura degli analisti tende a concepire lo statuto speciale della loro disciplina come un elemento che la rende un unicum nel panorama delle organizzazioni sociali).

Origina da qui la difficoltà a vedere le istituzioni analitiche come un fattore organizzativo necessario e strutturante.

Nel caso del nostro Paese, in questa fase della nostra storia, queste tendenze sono accresciute da almeno due altre serie di fattori. La crisi economica costringe ogni professionista a rivedere i propri bilanci e ciò riduce la disponibilità di tutti a pensare i costi di appartenenza alla società come una necessità istituzionale che è anche una convenienza professionale. Infine, la congiuntura economica poco propizia rafforza quelle caratteristiche di scetticismo sociale e ritiro individualistico che non sono solo una conseguenza della globalizzazione e della liquefazione delle istituzioni sociali, ma anche il risultato di un’atavica sospettosità nei confronti dell’autorità...» (Foresti, 2012)

<sup>2</sup> Ovvero, volendo introdurre una chiave di lettura gruppalè, potremmo ipotizzare che la cultura della comunità analitica sia dominata dall’assunto di base di dipendenza (Bion, 1961).

Un altro movente per questa disaffezione potrebbe essere identificato in una sorta di «ferita narcisistica di categoria»: se non bastasse a documentarla lo scarso credito che il punto di vista psicodinamico riscuote ormai nella maggior parte dei contesti istituzionali, si pensi alla difficoltà per l'analista di accettare di muoversi in un setting non-proprietario, che non ha istituito, che non riesce a governare e che non offre molti spazi riflessivi, e soprattutto alla frustrazione che gli deriva dal dover constatare quanto poco efficace si riveli lo strumentario psicoanalitico tradizionale, in primo luogo l'interpretazione, nel produrre all'interno dell'istituzione i cambiamenti desiderati, persino quando l'analista è chiamato a gestirla come capo o a soccorrerla come consulente.

Dobbiamo riconoscerlo, nell'ambito del gruppo di lavoro e del setting istituzionale non è stato ancora trovato nulla di equivalente a ciò che nel trattamento analitico è rappresentato dalle «interpretazioni mutative» (Strachey, 1934). Io però preferirei partire da un'ipotesi più semplice: la constatazione che di solito si teme o si avversa ciò che non si conosce. E così, come accade nelle relazioni interpersonali, dove l'estraneo diventa facilmente un nemico, suppongo che anche la diffidenza degli analisti per la dimensione istituzionale possa nascere soprattutto dal fatto che per lo più essi non ne hanno se non una vaga e sommaria conoscenza, e quasi mai illuminata da una comprensione psicoanalitica delle dinamiche che l'attraversano e la rendono turbolenta.

Intanto una quota consistente di colleghi lavora nell'isolamento del proprio studio, isolamento che appare almeno in parte favorito dall'enfasi teorica e tecnica sulla vita di fantasia, e che, anche quando non tocchi livelli «autistici», comporta un certo grado di spaesamento oniroide rispetto alla realtà esterna e al mondo delle istituzioni. È ormai leggenda metropolitana la storia di un collega che avrebbe subito un furto in casa mentre stava vedendo un paziente e che, pur essendosene reso conto, non avrebbe lasciato la stanza per non alterare il setting. E, comunque, anche quando da parte dell'analista sussistano impegno personale e interessamento attivo nelle cose del mondo, possiamo presumere che la conoscenza rimanga alquanto generica, prossima a quella del cittadino mediamente informato, o che viceversa risulti un po' troppo schierata come quella del militante.

Ancor più precaria appare tale conoscenza – ma qui forse sarebbe il caso di parlare di pseudo-conoscenza o di bugia (Bion 1962, 1970) – allorché l'analista debordi dai confini del suo setting mettendosi ad applicare in modo improvvisato alla realtà sociale e istituzionale concetti clinici e strumenti interpretativi che sono stati costruiti e validati in contesti ben diversi. La personificazione delle istituzioni e degli oggetti sociali, di cui ognuno di noi ha di sicuro in mente qualche esempio, può rivelarsi un'operazione altrettanto abusiva e «selvaggia» quanto la reificazione degli oggetti interni e delle funzioni mentali, e quando si trasforma in un automatismo diffuso andrebbe considerata alla stregua di un meccanismo di «difesa sociale» (Menzies, 1961) dal contatto con realtà perturbanti e mal decifrabili.

Ho già accennato a come spesso i colleghi impegnati nelle istituzioni della salute mentale dedichino a queste ultime scarsa attenzione da una prospettiva psicoanalitica, come se si sentissero sequestrati dalle logiche organizzative e per gestirle dovessero dimenticarsi di essere degli analisti. Lo sforzo più rilevante che molti di noi hanno tentato per integrare cultura psicoanalitica e cultura istituzionale, con risultati non sempre incoraggianti, è stato semmai quello di «innestare» nel corpo dell'istituzione pratiche o programmi di cura ispirati al metodo psicoanalitico, come psicoterapie lunghe e brevi, terapie focali, terapie di gruppo, supervisioni ad orientamento analitico ecc.; ma assai poco credo sia stato fatto, ad esempio, per comprendere in termini psicodinamici la risposta del sistema a tali innesti, e così in molti casi le reazioni di rigetto hanno interrotto l'esperienza – come già era accaduto a Bion all'ospedale militare di Northfield (Bridger, 1985) – o, ancora peggio, l'hanno svuotata di senso.

Eppure, a dispetto della comprensibile prudenza e di qualche snobistico scetticismo, la maggior parte degli analisti sembra abbastanza interessata o almeno incuriosita dall'idea di usare la psicoanalisi per comprendere più in profondità il mondo esterno e le sue istituzioni, in particolare quelle che si occupano di compiti di cura. Il XVI Congresso Nazionale della Società Psicoanalitica Italiana su «Realtà psichica e regole sociali» (AA.VV., 2012), nonostante le adesioni non plebiscitarie e qualche riserva critica, lo dimostra chiaramente. E lo indicano anche la recente discussione intorno al tema dell'«outreach»<sup>3</sup> sulla mailing list della SPI e la quantità e qualità degli interventi dei soci che – incluso lo scrivente – hanno partecipato ai due recenti dibattiti online avviati nel sito della SPI ([www.spiweb.it](http://www.spiweb.it)) su temi caldi come «Istituzione, Gruppi e Alleanze Inconscie» e «Psicoanalisi e Servizi: Quale incontro».

## La psicoanalisi alla scoperta dell'istituzione

Nella sua nota introduttiva a questo secondo dibattito su «Psicoanalisi e Servizi», Giorgio Campoli ha ben precisato la distinzione tra «essere un analista» e «usare il metodo psicoanalitico» nell'istituzione psichiatrica (Campoli, 2012). Pur sottoscrivendo con convinzione il suo punto di vista, non posso però evitare di osservare come proprio il metodo psicoanalitico abbia generato nel corso degli ultimi decenni una serie di linee di ricerca, modelli concettuali e chiavi di lettura in grado di offrire senso e sofisticate ipotesi esplicative a molti dei più comuni processi istituzionali.<sup>4</sup> Sfortunatamente questo ricco patrimonio di esperienze e di idee, certo ancora provvisorie e bisognose di ulteriori elaborazioni e verifiche, sembrerebbe tuttora sostanzialmente sconosciuto alla maggioranza dei nostri colleghi, mentre è paradossalmente più noto e utilizzato presso altre discipline e pratiche professionali.

D'altra parte quegli analisti che hanno esplorato l'istituzione psichiatrica con metodi d'indagine di tipo psicodinamico hanno cercato soprattutto di capire se e in che modo l'istituzione potesse essere utilizzata come un mezzo di comprensione e di cura del paziente (un caso emblematico sono le ricerche sulla Comunità Terapeutica). Lo studio delle valenze curative dell'istituzione è un compito senza dubbio complesso e di grande utilità, ma probabilmente ancora più impegnativa e oggi non più rinviabile è un'analisi in profondità di quello che Correale (1991) ha chiamato il «campo istituzionale»: in pratica, ciò che forse ancora difetta alle nostre istituzioni – incluse quelle psicoanalitiche – è una conoscenza estensiva e approfondita delle dinamiche, conscie ed inconscie, individuali, gruppali e sistemiche, che ne determinano il funzionamento, la trama emotiva, la cultura organizzativa, le relazioni tra ruoli e compiti, le vicissitudini dell'autorità e del potere, il grado di benessere prodotto – per i clienti esterni (i pazienti) e interni (gli operatori) – e in

---

<sup>3</sup> Le attività di «outreach» sono finalizzate a «promuovere interscambio e apprendimento in relazione alla cultura circostante; a sviluppare interventi derivati dalla psicoanalisi; ad accrescere il coinvolgimento nelle università, nelle discipline della salute mentale, delle scienze sociali e delle scienze umane; a stabilire network internazionali di analisti che operano in questi contesti; e a rispondere alle opinioni negative sulla psicoanalisi». (*International Psychoanalysis*, ed. A. Holder, Volume 14, Issue 1, June 2005, p. 17).

<sup>4</sup> Citerò come esempio solo gli approcci principali: le ricerche del Tavistock (Institute e Clinic) di Londra e dell'ampio network internazionale che ad esso fa riferimento, sulla scorta degli studi di Bion e dei suoi continuatori (cfr. Obholzer e Roberts, 1994; Perini, 2007); la tradizione del William Alanson White Institute negli Stati Uniti; il movimento inglese delle comunità terapeutiche, da Main a Hinshelwood; la scuola istituzionale francese, da Enriquez ad Anzieu, da Kaës a Rouchy, da Tosquelles a Racamier; la socioanalisi argentina, inaugurata da Pichon-Rivière e da Bleger. In Italia, dove non si è affermata una distinta scuola di pensiero socioanalitico, vanno ricordati gli studi di Musatti, Fachinelli, Fornari, Pagliarani, Napolitani, Morpurgo, Resnik, de Martis, Carli, Ambrosiano, Correale, Riefolo, Foresti e Rossi Monti e altri ancora, tra i quali vorrebbe annoverarsi anche l'autore di questo articolo.

definitiva il loro stesso destino. A questa conoscenza la psicoanalisi, certo non da sola ma in integrazione con altri saperi, potrebbe dare un prezioso e, direi, unico contributo.

Se osserviamo lo scenario nazionale, dobbiamo riconoscere che non sono pochi gli analisti che, come psichiatri o come psicologi, nel ruolo di dirigenti, collaboratori o consulenti, hanno fatto esperienze di lavoro istituzionale nel campo della salute mentale; alcuni di loro hanno scritto pagine significative per la comprensione delle istituzioni psichiatriche italiane, a partire dal tratto finale della parabola manicomiale e dalla riforma avviata dalla Legge 180 fino ai nostri attuali difficili giorni, segnati da una catena di crisi degenerative che hanno colpito contemporaneamente l'economia, la politica, il welfare, il discorso su scienza, tecnologia e progresso, l'ambiente, e l'organizzazione sociale.

Tuttavia solo occasionalmente e in misura marginale la lente psicoanalitica è stata finora applicata alla vita istituzionale per studiarla come un «soggetto», un sistema dinamico di relazioni, un contenitore di processi emotivi e un organismo umano multipersonale, senza dimenticare che si tratta pur sempre anche di un prodotto socioculturale e di uno strumento operativo. Il passo ancora da fare – o da completare – sembrerebbe la transizione dalla «psicoanalisi *nell'*istituzione psichiatrica» alla «psico(socio)analisi *dell'*istituzione psichiatrica».

Ma quale psicoanalisi dovremmo usare per studiare l'istituzione psichiatrica, se vogliamo evitare, accanto ai rischi di una deriva intellettualistica o estetizzante, quelli già menzionati di una «socioanalisi selvaggia» o di un'ingenua importazione di modelli interpretativi inappropriati al contesto? Nel suo intervento al già citato dibattito su SPIweb Campoli (*ibid.*) elenca alcuni concetti ed approcci che ha trovato utili per comprendere il funzionamento dei servizi: le teorie di Bion sui gruppi (Bion, 1961), il concetto di campo analitico (Baranger M. e Baranger W., 1961-62; Correale, 1991; Ferro, 2002) e, appunto, la «psicoanalisi delle istituzioni» (cfr. Nota 4), naturalmente in dialogo con le altre discipline.

Questi strumenti concettuali – insieme a quelli di holding, setting, contenitore, spazio riflessivo, difesa, capacità negativa ecc. – hanno un valore inestimabile per esplorare ciò che si muove «sotto la superficie» di qualsiasi organizzazione. Ma per comprenderne realmente il funzionamento ciò che occorre a mio parere è qualcosa di più, una vera e propria riforma del paradigma: in un contesto come quello attuale, di crisi e profonda trasformazione della società e delle sue istituzioni, di primato della «rete» e dissoluzione dell'idea di contenitore come spazio confinato, dovremmo pensare ad una psicoanalisi che sia disposta a migrare – o forse sarebbe meglio dire ad oscillare – dalla clinica dell'individuo e del gruppo alla «clinica dell'organizzazione», elaborando un approccio che metta insieme, studiandone i legami e le reciproche interazioni,

- l'individuo e il suo mondo interno,
- le dinamiche del gruppo di lavoro,
- i sistemi organizzativi con i loro ruoli, compiti, confini e connessioni, strutture d'autorità, di leadership e di followership, assunti di base, miti e fantasie inconscie

In questo senso può essere utile considerare l'istituzione come un «sistema di gruppi» (Enriquez, 1992; Di Marco, 1999), uno scenario che, integrando elementi psicoanalitici, gruppoanalitici e sistemici, potrebbe aiutarci a identificare le dinamiche complesse con cui le diverse tribù e sottosistemi si relazionano, sia tra loro sia rispetto al proprio ruolo, all'istituzione nel suo insieme e al suo esplicito compito primario, nel nostro caso la salute mentale; sottosistemi che

qui sono rappresentati dai curanti e dai pazienti, in primo luogo e, al loro interno, da tutte le svariate famiglie e identità gruppali: medici, infermieri, psicologi, OSS, educatori, assistenti sociali ecc.; acuti e cronici, schizofrenici e soggetti con disturbi di personalità, pazienti d'ambulatorio, di comunità o ricoverati, TSO e volontari, ecc.; i familiari; l'amministrazione; la direzione; e tutti gli altri svariati «stakeholder» o portatori di interessi, medici di famiglia, dipendenti di cooperative sociali, amministratori locali ecc. Possiamo ipotizzare che ogni gruppo si configuri sia operativamente sia emotivamente per svolgere nello stesso tempo due compiti diversi: uno è quello assegnato più o meno esplicitamente dall'istituzione (e dal mandato sociale che la legittima), l'altro è dettato dai bisogni emotivi del gruppo nel suo insieme, da quelli dei singoli membri e da quelli che il contesto sociale esterno proietta sul gruppo, bisogni che nel loro complesso istituiscono una sorta di «agenda segreta» nascosta dietro alla *mission* dichiarata. In termini bioniani, potremmo dire che ogni gruppo si attrezza per funzionare in oscillazione tra lo stato mentale del «gruppo di lavoro» e quello dell'assunto di base congruente con le percezioni e le fantasie condivise (Bion, 1961).

Ad esempio, gli psichiatri di un dipartimento di salute mentale svolgono il proprio compito diagnostico aderendo alla sua dimensione razionale, istituita dalle loro conoscenze, dal DSM-IV, da protocolli e linee-guida, dalle direttive regionali e aziendali, ma sapendo anche oscuramente che questo ruolo è impregnato di elementi assai meno razionali, come la potenziale competizione con le competenze diagnostiche degli psicologi, le tensioni con il personale infermieristico sugli standard assistenziali da adottare, le pressioni del vertice aziendale a favore di scelte che comportino costi ridotti, la paura di sottovalutare i rischi clinici e di incorrere in errori sanzionabili. Per non parlare del controtransfert, personale e istituzionale, e del suo impatto sulle decisioni diagnostiche.

Così, ad un livello diverso, gli educatori delle cooperative sociali, impegnati in compiti di sussidiarietà ai servizi psichiatrici pubblici, sanno che il loro compito è quello di collaborare con gli operatori, per lo più all'interno delle strutture diurne o residenziali, portando la loro cultura socio-pedagogica al servizio degli obiettivi di assistenza e riabilitazione dei pazienti; ma hanno anche la frustrante sensazione di essere utilizzati come risorse «low cost» in regime di subordinazione gerarchica da un lato nei confronti delle culture sanitarie (e di tecnici che poco conoscono il loro lavoro e forse ancor meno lo apprezzano) e dall'altro dei dirigenti delle cooperative preoccupati per la sorte della loro organizzazione, che la perdita di una gara d'appalto potrebbe spazzare via dal mercato. Senza contare, anche nel loro caso, le ricadute controtransferali di un impervio ruolo «riabilitativo» sul quale altri possono scaricare proiettivamente ansie, colpe e sentimenti di impotenza.

Dal canto loro i pazienti, ad esempio quelli ricoverati in SPDC, hanno il compito di apprendere le norme sociali, il comportamento prescritto e le regole di funzionamento dell'istituzione-reparto, le funzioni e le gerarchie all'interno del personale, le modalità con cui collaborare alle terapie, ecc.; nello stesso tempo devono anche cercare di proteggersi dai pericoli che provengono dal mondo interno e dall'ambiente circostante, senza rinunciare a gratificare i propri bisogni – sani e patologici – ed a ricorrere agli abituali meccanismi di difesa dall'angoscia e di mantenimento degli equilibri narcisistici.

I familiari poi, che in teoria avrebbero un ruolo delicato e importante – quello di collaboratori e insieme controllori del sistema curante – , di fatto giocano nel loro comportamento istituzionale dinamiche cariche di ambivalenza, dominate come sono dallo sforzo di evacuare sugli operatori l'ostilità e la colpa inconscia per la patologia dei propri congiunti e di contrastare il dispositivo di cura per paura dei cambiamenti che la sua efficacia potrebbe comportare per loro.

Infine, il vertice aziendale – alla cui autorità i tecnici devono adattarsi e sono tenuti ad obbedire – avrebbe a rigore ruoli istituzionali abbastanza chiari e definiti, quelli della pianificazione, della gestione e del controllo, ma nei fatti questa chiarezza è ben presto trasformata in ambiguità dall'uso sistematico di meccanismi schizoidi nella comunicazione politico-istituzionale e nello stile delle relazioni: bisogna fare di più con meno risorse, migliorare la qualità rinunciando alla formazione, produrre riabilitazione sociale ma a rischio zero, fare progetti individualizzati ma adeguandosi a procedure omogeneizzanti, i tecnici hanno la responsabilità dei risultati ma devono sottostare alle decisioni del vertice, il management sollecita la collaborazione dei dipendenti ma non ha tempo per ascoltarli e comunica solo top-down, la critica è distruttiva, chi non è d'accordo è incompetente o infedele, e così via. Queste ed altre contraddizioni, misconosciute o negate e quindi inaffrontate ai piani alti, si riversano lungo la piramide istituzionale fino alla sua base, dove alle persone per sopravvivere, escludendo l'esodo e l'ammutinamento, restano solo le alternative dell'incoerenza o della malafede, ambedue di solito largamente inconsce. Vale la pena osservare come la prima sia tra le radici dell'organizzazione psicotica (Sievers, 2006), mentre la seconda sostiene l'organizzazione perversa o quella delinquenziale (Long, 2008).

Trova così il proprio completamento il ciclo istituzionale di tipo isomorfo (cfr. Kaës)<sup>5</sup> che, trasferendo ansie e difese dal sistema paziente al sistema curante, li rende in un certo senso creature l'uno dell'altro (Hinshelwood, 1998): l'angoscia del paziente e del suo entourage, proiettata nell'istituzione, incontra una leadership indisponibile o incapace di contenerla e di trasformarla, che si limita invece a lasciarla percolare nel gruppo curante, il quale reagisce difensivamente funzionando sul modello del «matto» o del «delinquente» e marcando con questi tratti patologici l'intera cultura istituzionale, che si allinea così alle contraddizioni e alle preconcezioni presenti nel contesto sociale allargato.

Dunque, in definitiva potremmo dire che in un'istituzione ogni gruppo, ogni membro cerca di trovare il proprio spazio e di assumere un'identità di ruolo coerente con il compito primario di questa istituzione e con i propri bisogni emotivi. D'altra parte il funzionamento di un'istituzione riflette prima di tutto il suo compito implicito, il quale non di rado diverge da quello dichiarato, tendendo a istituirsi come un'agenda segreta: è questo mandato nascosto, piuttosto che quello manifesto, ad essere inconsciamente interiorizzato da ogni componente del sistema come la propria «organizzazione-nella-mente» (Armstrong, 1997), ossia la mappa emotivo-cognitiva a partire dalla quale stabilire le relazioni, le alleanze e le collusioni necessarie per garantirsi una base sicura.

## **L'istituzione psichiatrica e il suo compito primario**

Ora, tornando all'istituzione psichiatrica, qual è oggi il suo compito primario? quali i compiti secondari? Vi sono contraddizioni tra gli obiettivi dichiarati e quelli effettivamente perseguiti? E che peso hanno gli aspetti razionali e rispettivamente le emozioni, i miti, i fantasmi nel determinare l'identità dell'istituzione, i suoi ruoli e il suo modo di funzionare?

---

<sup>5</sup> Le istituzioni tendono a funzionare secondo processi e dinamiche organizzative che hanno molte affinità con i problemi che sono chiamate a risolvere, come se le relazioni di ruolo coinvolte in questi processi si impregnassero – attraverso i flussi originati dai processi di scissione-proiezione – delle difficoltà, delle problematiche e persino dei sintomi dei loro clienti. In particolare le organizzazioni destinate a svolgere servizi di cura alla persona tendono ad importare al proprio interno le caratteristiche dei pazienti e spesso a riprodurre i tratti, le problematiche, le ansie e le difese, lo stato mentale e il comportamento. Questo tipo di «impregnazione» che espone l'istituzione a problemi simili a quelli che appartengono ai suoi clienti è stata denominata da Kaës *isomorfismo* (Kaës, 1976; Kaës *et al.*, 1987)

Nel suo intervento al già citato dibattito su SPIweb Campoli afferma che i Servizi psichiatrici sono «gravati... da una *mission* ambigua tra cura e controllo», dove «il mandato sociale ed i “fatti clinici”... sembrano richiedere un forte ricorso all’agire» (Campoli, 2012); naturalmente non di rado ciò accade a spese del pensare e del comprendere.

*Mission* e mandato sociale di un’istituzione possono dunque essere studiati da una prospettiva psicodinamica, ad esempio ricorrendo al concetto di «istituzione come difesa» da potenti ansie collettive. Questo concetto risale agli studi di Bion sulle funzioni difensive dell’esercito e della chiesa, che egli riteneva incaricate di gestire per conto della società angosce persecutorie o rispettivamente depressive legate al fantasma collettivo del nemico esterno (l’assunto di base Attacco/Fuga) o dell’interna insicurezza e vulnerabilità (l’assunto di base di Dipendenza) (Bion, 1961). Sulla scia delle ricerche bioniane alcuni studiosi del Tavistock Institute – in particolare Elliott Jaques e Isabel Menzies – hanno elaborato una concezione organica delle angosce collettive, dove campeggia il ruolo dell’istituzione come «sistema di difesa sociale» nei confronti di specifiche «ansie sociali». (Jaques, 1955; Menzies, 1961)

Potremmo chiederci allora quali angosce collettive siano gestite dall’istituzione psichiatrica e in che modo questa si costituisca come sistema difensivo. Molte delle debolezze e delle zone d’ombra della natura umana – la trasgressione, la violenza, la dipendenza patologica, la perdita del controllo – vengono incarnate per conto dell’intera collettività da persone problematiche, sofferenti o difficili, che ne diventano per così dire i portavoce; le organizzazioni destinate ad occuparsi di queste persone (i servizi per le tossicodipendenze, le carceri, i dipartimenti di salute mentale) assumono in tal modo e silenziosamente il compito di liberare la società da questi suoi aspetti perturbanti, rimuovendo le «mele marce» e mantenendo intatta l’illusione confortevole di un genere umano *naturaliter* buono, sano, onesto e capace di maturità e autoregolazione.

Una risposta alla domanda precedente potrebbe essere che la psichiatria opera come difesa sociale dalla «follia rimossa delle persone sane» (Milner, 1987). Come già Basaglia e, in qualche misura, anche il movimento anti-psichiatrico degli anni ’70<sup>6</sup> avevano intuito, l’ospedale psichiatrico e in generale i servizi di salute mentale possono essere considerati come un dispositivo istituzionale che, confermando l’esistenza e la localizzabilità di un confine tra sanità mentale e follia, protegge la comunità dei «sani» non solo dalla possibile (ancorché improbabile) pericolosità sociale dei pazienti, ma soprattutto dall’angoscia di poter diventare come loro, dall’idea perturbante che «perdere la mente» sia qualcosa che può accadere a chiunque.<sup>7</sup>

Da sempre la psichiatria tiene lo spettro della follia lontano dal nostro sguardo e dai nostri incubi, da quando le *narrenschiffen* (le «navi dei folli») correvano lungo il Reno fino all’epoca in cui gli ultimi lazzaretti sono diventati i primi manicomi, e a dispetto delle periodiche rivoluzionarie rotture come quella di Pinel alla Salpêtrière o di Basaglia a Gorizia. Fino a non molti anni fa peraltro essa osava ancora mostrare senza troppi pudori il suo volto di pratica empirica e branca oscura della medicina, contaminata dalle ragioni dell’ordine pubblico e compromessa con quelle del controllo sociale, generosa nel suo sforzo sovversivo di rinnovarsi e commovente nel suo dibattersi

---

<sup>6</sup> A Basaglia viene talora erroneamente attribuita la leadership fondativa dell’anti-psichiatria italiana. In realtà egli non ha mai sostenuto l’inesistenza della malattia mentale: la sua critica radicale non era rivolta alla psichiatria come tale, ma all’istituzione psichiatrica, di cui aveva colto gli aspetti violenti e alienanti, ma che non credeva potesse essere riformata e bonificata (è nota ad esempio la sua netta avversione alla comunità terapeutica, che riteneva una riedizione della struttura asilare). Il suo punto di vista quindi andrebbe piuttosto definito come «anti-istituzionale».

<sup>7</sup> Anche Freud nella sua concezione delle «serie complementari» aveva postulato che persino individui con un corredo costituzionale di grande forza ed equilibrio mentale potessero ammalarsi psichicamente se esposti ad un trauma di intensità sufficientemente elevata (Freud, 1895)



tra movimentismo politico e aspirazione alla rispettabilità scientifica. Finché è esistito, il vecchio manicomio ha agito la propria funzione difensiva con meccanismi grossolani, la segregazione dei pazienti nell'«istituzione totale», fatta di mura materiali, di violenza, abbandono, alienazione, e sostenuta da una cultura pseudo-sanitaria il cui compito primario potrebbe essere descritto come «la gestione dell'intervallo tra la morte sociale e quella fisica» (Miller e Gwynne, 1972).

I moderni servizi psichiatrici hanno da tempo archiviato la maggior parte di questi meccanismi, ma non l'originario mandato sociale difensivo, che continua ad essere perseguito con modalità molto meno violente e tuttavia più subdole, mascherato da dinieghi e razionalizzazioni e pertanto più difficile da riconoscere. Oggi, abbattuti i muri del manicomio, a difendere la nostra vulnerabile pace mentale resta la psichiatria del DSM (leggasi, *ad libitum*, «Dipartimento di Salute Mentale» o «Diagnostic Statistical Manual»), con i suoi nuovi bastioni ideologici e scientifici, le sue liturgie e i suoi tic; una disciplina finalmente riabilitata dalle infamie del passato e dal discredito scientifico, con sempre meno soldi e un equipaggiamento istituzionale sempre più leggero (fatta salva la possibilità di rifornirsi di nuove mura in *outsourcing* presso i privati), ma messa in riga, aziendalizzata, e soprattutto «politicamente corretta».

Le teorie, lo sappiamo da Bion, servono anche come difese dall'angoscia di non sapere e dallo smarrimento di vivere in un mondo incomprensibile. Ma oggi più che l'impianto teorico della psichiatria sono semmai la sua pratica, le sue politiche e il suo apparato istituzionale-procedurale a svolgere questa funzione difensiva, che opera a mio avviso lungo tre direttrici principali:

1. Il diniego della realtà psichica, oscurata dall'enfasi sul comportamento
2. L'evitamento della relazione
3. La dislocazione dell'ansia e dell'insicurezza

Un aspetto paradossale della psichiatria è che, mentre gestisce più o meno bene le insicurezze della comunità che le ha dato mandato di curare i suoi membri mentalmente disturbati, appare a volte seriamente in difficoltà nell'affrontare le proprie: quelle che alimentano il suo storico complesso di inferiorità al cospetto della medicina; quelle suscitate dalle missioni impossibili che si lascia assegnare; quelle che si generano dai sentimenti di vertigine, perdita di senso e impotenza di fronte alle sfide rappresentate dalla cronicità psicotica e dalla turbolenza dei disturbi di personalità; quelle che la rendono fobica e intimidita anche di fronte ai rischi fisiologici del suo compito clinico; quelle che la portano a ossessivizzare misurazioni e procedure, a santificare gli approcci *evidence-based*, a cercare rifugio nella psicofarmacologia, nelle neuroscienze e nell'*hi-tech*.

## **Psichiatria, insicurezza e strategie difensive**

In effetti questa condizione di insicurezza per lo più viene negata o dislocata nei pazienti oppure celata dietro una serie di strategie di rassicurazione, che si nutrono di slogan, cerimoniali, pseudo-certezze, per poi ricorrere, quando le cose si mettono male, ai buoni vecchi meccanismi proiettivi che servono ad evacuare ansie e responsabilità: occorre solo trovare un nemico esterno da accusare o un capro espiatorio da tormentare. Rassicurazioni, esorcismi e parole d'ordine si concretizzano sul piano delle politiche della salute mentale in una serie di enfasi, che senza dubbio contribuiscono a definire valori e priorità, ma che poco o male nascondono le sottostanti valenze difensive.

L'*enfasi su standard e risultati*, più che ragionevole in sede di programmazione e di allocazione delle risorse, tende a costituirsi come bastione difensivo contro la consapevolezza dell'aleatorietà dei processi psichici, dell'imprevedibilità dei comportamenti e della difficoltà a misurare e a governare le emozioni. Il problema delle previsioni e delle valutazioni non riguarda la loro legittimità, che mi sembra fuori discussione, ma l'uso approssimativo o spregiudicato che ne viene fatto per giudicare politiche e persone, con pesanti ricadute sul clima istituzionale e sulle relazioni di lavoro in termini di rabbia, demoralizzazione, invidia e rivalità.

L'*enfasi su procedure e linee-guida*, che hanno il merito di liberare dall'ansia parte dei compiti decisionali e di renderli più efficienti, rischia di impigliarsi in una serie interminabile di conflitti di interesse e lotte di potere: tra capi e collaboratori, tra azienda e dipendenti, tra diverse figure professionali, tra modelli scientifici dominanti ed esperienze personali, tra il sistema professionale e quello amministrativo, tra politici e tecnici. O, come direbbe il solito Bion, tra narcisismo e social-ismo, tra protagonismi e conformismi di ogni ordine e grado (Bion, 1992). Il problema di nuovo non sta nei protocolli e nelle procedure, bensì in chi detiene l'autorità di imporli e di decidere in che modo vadano usati e con quale finalità.

L'*enfasi sui farmaci* è in larga misura il prodotto della deriva organicistica della psichiatria contemporanea, e risponde solo in parte agli indubbi progressi della psicofarmacologia, mentre tradisce palesemente, nella prescrizione come nell'uso, la diminuzione della tolleranza istituzionale e sociale verso la condotta disturbante dei pazienti, la progressiva ritirata dei curanti dal fronte ansiogeno della relazione, l'investimento magico-onnipotente nella chimica a fronte delle delusioni inflitte dagli approcci basati sulla parola o sul contatto personale; e, *ça va sans dire*, riflette la crescente influenza dell'industria farmaceutica nei confronti di una psichiatria sulla difensiva e ormai troppo spesso incline a identificarsi con l'aggressore di turno.

Naturalmente le cose non sono così semplici, perché l'istituzione, mentre da un lato riceve pressioni per aumentare il controllo sul comportamento dei pazienti, dall'altro deve fare i conti con la stretta economica che impone tagli anche alla spesa farmaceutica. Anche questa contraddizione tra interessi diversi, non essendo gestita ai livelli decisionali appropriati, si scarica sulle prime linee, trasformandosi in tensioni interpersonali, conflitti intrapsichici e malessere organizzativo.

L'*enfasi sul contenimento della spesa* attraversa l'istituzione psichiatrica come ormai quasi tutte le organizzazioni, ma nel caso della salute mentale sconta anche una evidente progressiva riduzione del valore sociale dei malati di mente, e, insieme con loro, del sistema curante che li prende in carico. La dura logica amministrativa della *managed care* avrebbe potuto offrire alla salute mentale, oltre ad uno stimolo per la sua maturazione professionale, spunti per uscire da una cultura assistenzialistica dominata dal codice materno, per promuovere una relazionalità più adulta basata sulla corresponsabilità nel processo di cura, e per accettare un esame di realtà che obbliga a riconoscere i vincoli e i limiti delle risorse, a decidere priorità, a scegliere quanto e su cosa investire. Invece si è trasformata in un'altra nicchia di protezione e di esonero: da un lato i manager delle aziende sanitarie sanno che il loro posto dipende, oltre che dagli equilibri politici, dalla loro capacità di controllare i centri di costo e, meglio ancora, di ridurre la spesa – in altre parole che il sistema è fatto per premiare il disinvestimento, l'immobilità e l'ordinaria amministrazione; dall'altro gli operatori hanno modo di medicare il narcisismo ferito nascondendosi dietro l'ottusità degli amministratori e di liberarsi dei sentimenti di impotenza e inadeguatezza incolpando la scarsità delle risorse. Per gli uni e per gli altri la centralità del discorso sul budget rivela indirettamente la sfiducia nella possibilità di realizzare altre forme di «profitto» più professionali come l'autonomia, la riabilitazione, l'efficienza e il benessere, risultati che a ben vedere potrebbero

rivelarsi premianti anche sul piano economico e su quello politico. Ma tant'è, in un'istituzione psichiatrica dove venga a mancare la fiducia di creare salute mentale, l'unico risultato visibile e credibile diventa il risparmio.

L'*enfasi sulla logistica* da sempre assilla il sistema psichiatrico con una domanda ricorrente: «dove lo mettiamo?». Non ho alcuna intenzione di minimizzare il problema delle strutture di ricovero e cura, che dalla chiusura dei manicomi ancora attende una pianificazione appropriata e realistica. Tuttavia non v'è oggi chi non veda con quanta frequenza il problema del luogo fisico in cui sistemare un paziente abbia soppiantato lo spazio mentale dell'équipe curante e il quesito su quali siano le cure di cui quel paziente ha bisogno. L'oggettiva penuria di strutture e personale adeguati aggrava una deriva culturale (a suo tempo etichettata come «psichiatria del dove», anziché del «come»), che svilisce i luoghi di cura a mere sedi alberghiere, «depositi» (Miller & Gwynne, 1972) o, peggio, non-luoghi (Augé, 1992), e svuota di senso i transiti istituzionali dei pazienti riducendoli a processi migratori, di «scarico» quando non di autentica deportazione.

Per ultima menzionerei l'*enfasi sulla sicurezza*. L'avversione per il rischio e il bisogno di sicurezza sembrerebbero a prima vista aspetti molto sani e costruttivi, e per certi versi è senz'altro così: la vita quotidiana è già così incerta e minacciata – e quella dei pazienti psichiatrici ancora di più, sia nel mondo interno sia nella realtà esterna – da farci sentire il bisogno di disporre di accurati dispositivi di protezione, legislativi, organizzativi e soprattutto relazionali. Ma anche in questo caso le cose non sono semplici come sembrano, e ciò che si coglie oggi dietro la facciata razionale dei servizi di salute mentale è una istituzione curante carica di rassegnazione e di paura, che non sembra più disposta ad accettare fino in fondo il rischio della relazione col paziente e l'impatto con le emozioni che ne derivano.

Nel mio lavoro come supervisore e consulente d'organizzazione in diverse istituzioni psichiatriche mi accorgo da qualche tempo di intercettare in tutti gli interlocutori livelli di ansia, instabilità e insicurezza sempre più marcati, che sembrano in risonanza con l'inquietudine sociale, politica ed economica in cui siamo immersi e che spesso si traducono in posizioni vittimistiche o demoralizzate, come per un generale smarrimento della sicurezza e della fiducia interiori. Il timore di incidenti o aggressioni, delle reazioni ostili dei parenti, delle denunce della magistratura, sembra pervasivo ben al di là dell'effettiva «pericolosità sociale» diretta e indiretta dei malati mentali. La tendenza a sedare sempre più pesantemente i pazienti in crisi, a «non svegliare il can che dorme» quando sono tranquilli, a cambiare terapie e luoghi di cura non appena compaiono delle difficoltà, a palleggiarsi colpe e scambiarsi accuse al primo insuccesso, questi ed altri fatti testimoniano a mio parere di una generale aumentata insofferenza e vulnerabilità del sistema curante di fronte ai rischi impliciti nella relazione di cura, a quelli emozionali non meno che a quelli penali. In sostanza la psichiatria parrebbe dominata da una cultura fobica e *risk-averse*, ovvero, per usare le parole di Marcel Sassolas, «non vuole più correre rischi» (Sassolas, 2004).

Ma l'accento sulla sicurezza rimanda anche a quella che ho chiamato l'agenda segreta dell'istituzione psichiatrica e il suo mandato sociale implicito. Se la psichiatria serve a tenere lontano dalla coscienza collettiva lo spettro della follia, allora tutto ciò che riporta la società a contatto con questo oggetto perturbante rappresenta un pericolo per la sua sicurezza. E dunque non è solo la psichiatria a paventare dei rischi, ma essa stessa può trasformarsi in una fonte di minaccia, e non tanto quando cura il paziente – perché allora contiene e gestisce le ansie sociali – ma soprattutto quando ne persegue la riabilitazione psico-sociale, poiché con il suo rientro nella collettività ritornano anche le ansie sociali che questa aveva scisso e proiettato nel paziente. Se questa ipotesi è corretta, allora non dovrebbe stupire che tra i settori della salute mentale più colpiti

dai tagli ci sia proprio quello riabilitativo. Tra le vittime di queste dinamiche perverse, oltre naturalmente ai pazienti, dovremmo annoverare le stesse istituzioni, che nel corso del processo vedono danneggiata la loro qualità di spazi transizionali al servizio della cura e compromessa la loro potenziale funzione di contenitori trasformativi di emozioni e relazioni malate o intollerabili. La «ri-manicomializzazione» dell'istituzione psichiatrica è appena dietro l'angolo.

## **Il contributo della psicoanalisi**

Se questo è il quadro attuale – e sono sicuro di non avere calcato più di tanto la mano – allora quale contributo ci si può attendere dalla psicoanalisi per favorire un cambiamento nell'istituzione psichiatrica? Scrive Correale, nel già citato dibattito su SPIweb: «Non c'è convegno, supervisione, consulenza o semplice interazione, in cui l'osservatore non sia colto dalla percezione di avere a che fare con gruppi, che si sentono in stato di assedio. (...) Si è assediati dall'eccesso di richieste da parte dei pazienti. Si è assediati dall'eccesso di richieste da parte dei Dipartimenti. Si è assediati dall'eccesso di richieste da parte della società – famiglie, tribunali, istituzioni sociali. Si è assediati dall'eccesso di richieste in tema di responsabilità – civile e penale – verso i pazienti. Si è assediati insomma dalla percezione di non avere risorse sufficienti per affrontare il compito. Ma a questo punto si pone un interrogativo ancora più inquietante. La mancanza di risorse – innegabile – è solo esterna – mancanza di fondi, di personale, di sedi – o anche si va profilando un assottigliarsi delle risorse interiori, una sensazione di un indebolimento di mezzi culturali, professionali, emotivi, o almeno della fiducia che riponiamo in essi? E se le cose stanno così, possiamo limitarci a denunciare le strettoie finanziarie e non affrontare invece anche il tema di un rischio di un impoverimento delle risorse interiori e cercare almeno di coglierne alcune cause?» (Correale, 2012)

Correale esamina poi gli strumenti significativi adottati nella gestione, la supervisione e la riunione d'équipe, e formula una proposta trasformativa, secondo la quale tutta la vita istituzionale ed ogni suo singolo atto dovrebbero essere oggetto di osservazione e di una lettura, per così dire, «al di là del fenomeno». «Tutta l'istituzione – scrive – deve diventare un libro aperto, a ogni gesto va restituito il suo significato nascosto, il suo messaggio segreto». (Correale, *ibid.*) La proposta di Correale – un «contesto globale interpretante» – si avvicina a quella avanzata da Hinshelwood con il termine di «cultura dell'indagine» (Hinshelwood e Griffith, 1995). La sua finalità potrebbe essere descritta come il tentativo da un lato di creare all'interno dell'istituzione spazi di democrazia emozionale e dall'altro di invertire il flusso delle identificazioni proiettive che negli anni ha determinato:

- la sostituzione del pensiero riflessivo con l'azione procedurale;
- la cultura della valutazione (*assessment*) al posto di quella dell'insight;
- l'uso della conoscenza come evacuazione della consapevolezza (Lopez, 1982)

Ma questo approccio presenta due rischi: uno è l'accanimento interpretativo, che già Napolitani aveva stigmatizzato con il suggestivo termine di «pantanalisi». L'altro, come sottolinea lo stesso Correale, è la scarsa compatibilità di un assetto mentale del genere con la corrente cultura organizzativa dei servizi e con le funzioni della leadership: «E la leadership – si chiede ancora Correale – [...] può conciliare, al suo interno, leadership istituzionale, psicoanalitica, clinica, amministrativa, legale, burocratica, economica?» (Correale, *ibid.*)

Forse la prima mossa potrebbe essere in effetti quella di rinunciare alla fantasia di una rivoluzione psicoanalitica, capace di portare una ventata di verità sovversive nei servizi degradati e imborghesiti del welfare tardo-capitalistico. Il contributo che la psicoanalisi può dare alla conoscenza, al cambiamento e alla gestione delle istituzioni della salute mentale è ancora un work-in-progress, una serie di scorci diagnostici e di ipotesi di lavoro. Nulla che possa far pensare a una strategia organica e articolata.

La formula suggerita da Hinshelwood – che egli ritiene realizzabile attraverso le supervisioni, le riunioni, le decisioni della leadership e anche la pratica quotidiana – è semplicemente la «creazione di uno spazio riflessivo», un compito che non è certo da poco. A me sembra che questo sia l'ingrediente essenziale, anche se non esclusivo, per installare nel sistema della salute mentale un «contenitore istituzionale» sufficientemente solido, illuminato e sicuro, che sia in grado di svolgere il suo fondamentale compito trasformativo, quello di mobilitare risorse di pensiero (rêverie, funzione alfa) per bonificare i derivati tossici della psicosi individuale e di quella organizzativa, convertendoli in valore aggiunto in termini di consapevolezza e di benessere. (Foresti, Fubini e Perini, 2011)

A questo percorso il metodo psicoanalitico potrebbe offrire importanti conoscenze, concetti guida, ipotesi esplicative e persino modelli di intervento. Forse occorre rinunciare all'idea che questi contributi siano «azionabili» direttamente dai leader istituzionali, ancorché psicoanalisti e magari persone illuminate, e accettare che siano invece un terreno di sinergie, alleanze di lavoro e concertazioni che possono vedere impegnati, insieme o separatamente, i vari attori della scena istituzionale, ivi incluse le figure «esterne» dei consulenti (supervisor, coach, medici di famiglia) e quelle dell'entourage familiare.

Elenco qui brevemente alcune collaudate metodologie di analisi e intervento istituzionale, ispirate al pensiero psicoanalitico e applicabili ai servizi psichiatrici:

1. L'**osservazione istituzionale**, derivata da opportuni adattamenti dell'*infant observation* di Esther Bick, ed applicata alle culture istituzionali manifeste e latenti secondo una prospettiva analoga alla ricerca antropologica sul campo (Hinshelwood e Skogstad, 2000)

2. Le **Group Relations**, metodo di studio dell'organizzazione «in vivo» attraverso la partecipazione ad un'istituzione temporanea creata per finalità di apprendimento dall'esperienza, in particolare su autorità, leadership e *followership*, a partire dalle ricerche di Bion e dei suoi continuatori del Tavistock Institute e della Tavistock Clinic (Miller, 1989)

3. Il **Listening Post**, un metodo di esplorazione psicodinamico-sistemica delle tendenze culturali e dei processi psicologici operanti «sotto la superficie» all'interno di un sistema sociale (un'organizzazione, una collettività, un Paese), creato da OPUS (*Organization for Promoting Understanding in Society* – London) e dal suo direttore Lionel Stapley, e applicato su scala internazionale – anche in Italia – in un gran numero di sedi e contesti. (OPUS website <http://www.opus.org.uk/lstngpst.htm>)

4. La **Psicoanalisi multifamiliare**, una metodologia di lavoro terapeutico «in rete» – creata da un analista argentino recentemente scomparso, Jorge Garcia Badaracco – che fa interagire in un setting ben definito i curanti, i pazienti e le loro famiglie, e che pur essendo finalizzata primariamente alla cura dei pazienti mostra di svolgere un'azione trasformativa anche sull'istituzione curante (Narracci e Badaracco, 2011).

Tali metodologie sono tra loro ampiamente compatibili e persino complementari, e oltre a rappresentare utili strumenti per comprendere le «culture sommerse» di un'istituzione, sono esse stesse espressione di uno sforzo di auto-esplorazione da parte dei soggetti coinvolti, che può offrire dell'istituzione psichiatrica una visione di tipo binoculare – anzi, per la precisione, di tipo prismatico. E comunque, poiché le istituzioni sono composte, abitate e gestite da persone, in fin dei conti ciò che la psicoanalisi può portarvi come contributo è soprattutto quello che Giovanni Foresti e Mario Rossi Monti hanno chiamato il «*visioning* clinico», funzione specifica del leader (ma necessaria anche ai *follower*) applicata non solo al lavoro della cura ma anche alla gestione dell'istituzione curante (Foresti e Rossi Monti, 2010). La duplice sfida che gli autori affidano a questo approccio consiste, mi sembra, prima di tutto nel superamento della tradizionale ambivalenza della cultura analitica verso le questioni istituzionali relative alla leadership e all'autorità; e poi nello sforzo di trovare una risposta alla domanda: «perché accade tanto spesso che gli “psi” si limitino a sopportare malvolentieri le istituzioni cui appartengono, senza sviluppare nei loro confronti un atteggiamento più affettuosamente critico e dunque più efficace?» (*ibid.*).

Per concludere – e anche per raffreddare gli entusiasmi eccessivi – aggiungerei che forse la psicoanalisi non è ancora pronta ad assumersi questo ruolo. Pur disponendo delle risorse potenziali, per svolgerlo creativamente e con efficacia credo che dovrebbe prima affrontare alcune trasformazioni impegnative. In primo luogo andrebbe abbandonata l'idea di una psicoanalisi che porta il proprio divano nell'istituzione, per sviluppare invece una psicoanalisi in grado di affrontare le istituzioni «senza divano» (senza il suo strumentario e il suo setting abituale) oppure che sappia sdraiare su un divano appropriato l'organizzazione stessa.

In secondo luogo dovremmo superare la storica diffidenza nei confronti del dialogo interdisciplinare con altri approcci, metodi e discipline, in particolare con i paradigmi sistemici e con le scienze sociali, politiche ed economiche

Dovremmo infine riconoscere ed affrontare le «sordità», le «macchie cieche» e le altre resistenze che la pratica e la cultura psicoanalitica tuttora manifestano rispetto a oggetti perturbanti quali autorità, potere e leadership, denaro ed economia, lavoro, organizzazione e management, politica, tecnologie, culture info-telematiche e social media, ambiente e sostenibilità dello sviluppo, processi macro-sociali e geo-planetari.

Ammetto che l'obiettivo è piuttosto ambizioso e che forse è un azzardo spingersi tanto al di là dell'istituzione psichiatrica nello sforzo di disegnare un'idea di salute mentale più di ampio respiro, dove il contributo della psicoanalisi possa incidere creativamente sulla vita civile e sul benessere sociale. Tuttavia forse è anche vero, come un'infermiera ebbe occasione di dirmi durante una supervisione, che «per fare questo mestiere ci vogliono sia il coraggio che l'umiltà».

## SINTESI

L'Autore tenta di descrivere il difficile rapporto che la psicoanalisi intrattiene con la «dimensione istituzionale», nell'area della psichiatria ma anche in generale nello scenario sociale, e di individuare i diversi tratti di una sua «cultura anti-istituzionale», a dispetto del fatto che molti analisti sono impegnati nei servizi di salute mentale. In una seconda parte dell'articolo traccia una mappa dei tentativi fatti dalla ricerca psicoanalitica per esplorare e comprendere più in profondità il mandato sociale della psichiatria, le sue funzioni difensive e le dinamiche istituzionali che la caratterizzano, proponendo un'oscillazione tra la clinica dell'individuo e la «clinica dell'organizzazione». L'articolo si chiude con la sottolineatura del cruciale

contributo che una psicoanalisi «senza divano» può offrire allo sviluppo dei servizi di salute mentale, ed un accenno ad alcune recenti metodologie applicative.

**PAROLE CHIAVE:** psicoanalisi, istituzioni, psichiatria, servizi, organizzazione

## BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (2012). Atti del XVI Congresso Nazionale della Società Psicoanalitica Italiana «Realtà Psicica e Regole Sociali: denaro, potere e lavoro fra etica e narcisismo» (Roma, 25-27 maggio 2012).
- Armstrong D. (1997). «The 'organization-in-the-mind': reflections on the relation of psychoanalysis to work with institutions». *Free Associations*, 7, 41: 1-14; e in *Organization in the Mind: Psychoanalysis, Group Relations and Organizational Consultancy*. London, Karnac, 2005.
- Augé M. (1992). *Non-Lieux: Introduction à une anthropologie de la surmodernité*. Paris, Seuil, rev. 2009. (tr.it. *NonLuoghi: Introduzione a una antropologia della surmodernità*. Ed. Elèuthera 1993, rev. 2009).
- Badaracco J.E.G., Narracci A. (2011). *La Psicoanalisi Multifamiliare in Italia*. Torino, Antigone.
- Baranger M., Baranger W. (1961-62). «La situación analítica como campo dinámico Paris. *Revista Uruguay de Psicoanálisis*, 4, 1, 3-54 (Tr.it. «La situazione analitica come campo dinamico». In *La situazione psicoanalitica come campo bipersonale*. Milano, Cortina, 1990).
- Bion W.R. (1961). *Experiences in groups*. London, Tavistock Publications (Tr.it. *Esperienze nei gruppi*. Roma, Armando, 1971).
- Bion W.R. (1962). *Learning from experience*. London, Heinemann (Tr.it. *Apprendere dall'esperienza*. Roma, Armando, 1972).
- Bion W.R. (1970). *Attention and Interpretation*. London, Tavistock Publications (Tr.it. *Attenzione e interpretazione*. Roma, Armando, 1973).
- Bion W.R. (1992). *Cogitations*. Karnac, London (Tr.it. *Cogitations*. Roma, Armando, 1996).
- Bridger H. (1985). «Northfield reconsidered». In M.Pines (ed.), *Bion and Group Psychotherapy*. London, Routledge & Kegan Paul (Tr.it. «Alcune riconsiderazioni sull'esperienza di Northfield». In M.Pines (a cura di), *Bion e la psicoterapia di gruppo*. Roma, Borla, 1988).
- Brill A.A. (1946). *Lectures on psychoanalytic psychiatry*. New York:, A.A. Knopf.
- Campoli G. (2012). «Psicoanalisi e servizi: quale incontro?». Intervento introduttivo al Dibattito su SPIweb su psicoanalisi e servizi. ([www.spiweb.it/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2219:dibattito-su-psicoanalisi-e-servizi-psicoanalisi-e-servizi-quale-incontro&catid=256&Itemid=437](http://www.spiweb.it/index.php?option=com_content&view=article&id=2219:dibattito-su-psicoanalisi-e-servizi-psicoanalisi-e-servizi-quale-incontro&catid=256&Itemid=437)).
- Correale A. (1991). *Il campo istituzionale*. Roma, Borla.
- Correale A. (2012). «Un fantasma nei servizi». Intervento introduttivo al Dibattito su SPIweb su psicoanalisi e servizi. ([www.spiweb.it/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2219:dibattito-su-psicoanalisi-e-servizi-psicoanalisi-e-servizi-quale-incontro&catid=256&Itemid=437](http://www.spiweb.it/index.php?option=com_content&view=article&id=2219:dibattito-su-psicoanalisi-e-servizi-psicoanalisi-e-servizi-quale-incontro&catid=256&Itemid=437)).
- Di Marco G. (a cura di) (1999). *L'istituzione come sistema di gruppi*. Centro Studi e Ricerche di Psichiatria Istituzionale (Atti del 2° Incontro di Psichiatria Istituzionale: «L'istituzione come sistema di gruppi», Folgaria TN, 1998).
- Enriquez E. (1992). *L'Organisation en Analyse*. Paris, P.U.F.
- Ferro A. (2002). *Fattori di malattia, fattori di guarigione*. Milano, Cortina.
- Foresti G. (2012). «Non basta mantenerle...». Intervento sulla Mailing List della SPI, 3 aprile 2012 (comunicazione pers.).
- Foresti G., Fubini F., Perini M. (2011). «Supervisione e consulenza psicoanalitiche: promuovere il contenimento e il sostegno nelle istituzioni». *Funzionegamma*, n° 27, ottobre 2011-  
[www.funzionegamma.edu](http://www.funzionegamma.edu)
- Foresti G., Rossi Monti, M. (2010). *Esercizi di 'Visioning'*. Roma, Borla.

- Freud S. (1895). A proposito di una critica della 'nevrosi d'angoscia'. O.S.F., 2, 177-192.
- Gabbard G.O. (1990). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press (Tr.it.: *Psichiatria psicodinamica*. Milano, Cortina, 1992).
- Hinshelwood R.D. (1998). «Creatures of each other: some historical considerations of responsibility and care, and some present undercurrents». In A. Foster e V. Zagier Roberts (eds.) *Managing Mental Health in the Community: Chaos and Containment*. London, Routledge. (tr. it. «Pazienti ed operatori: creature l'una dell'altra», a cura di M. Corulli, *Terapia di Comunità*, 1, 4, genn. 2001, [www.terapiadicomunita.org](http://www.terapiadicomunita.org)).
- Hinshelwood R.D., Griffiths, P. (1995). «A culture of inquiry: Life within a hall of mirrors». Paper pres. at ISPSO Annual Symposium, London 1995 (tr. it. «Una cultura dell'indagine: la vita in una sala degli specchi» - *Psychomedia*, [www.psychomedia.it](http://www.psychomedia.it)).
- Hinshelwood R.D., Skogstad W. (eds.) (2000). *Observing Organizations: Anxiety, Defense, and Culture in Health Care*. London, Routledge. (tr. it. *Osservare le organizzazioni*. Torino, Ananke, 2005).
- Jaques E. (1955). «Social systems as defense against persecutory and depressive anxiety». In M. Klein, P. Heimann, R. Money-Kyrle (eds.). *New directions in psychoanalysis*. London Tavistock Publications. (tr. it. «Sistemi sociali come difesa contro l'ansia persecutoria e depressiva». In M. Klein, P. Heimann, R. Money-Kyrle (a cura di), *Nuove vie della psicoanalisi*. Milano, Il Saggiatore, 1966).
- Kaës R. (1976). *L'appareil psychique groupal. Constructions du groupe*. Paris Dunod (tr. it. *L'apparato pluripsichico: costruzioni del gruppo*. Roma, Armando, 1983).
- Kaës R. et al. (1987). *L'Institution et les Institutions: Etudes psychanalytiques*. Paris, Dunod. (tr. it. *L'istituzione e le istituzioni. Studi psicoanalitici*. Roma, Borla, 1991).
- Long S.D. (2008). *The Perverse Organisation and its Deadly Sins*. London, Karnac.
- Lopez D. (1982). «La conoscenza come deiezione della consapevolezza». *Gli Argonauti*, IV, 13, 81-93.
- Menzies I.E.P. (1961) «The functioning of social systems as a defence against anxiety: A report on a study of the Nursing Service of a General Hospital». London, Tavistock Publ.; e in *Containing Anxiety in Institutions: Selected Essays*. London, Free Association, 1988 (tr. it. «I sistemi sociali come difesa dall'ansia». *Psicoterapia e scienze umane*, 7, 1/2, 1973).
- Miller E.J. (1989). *The «Leicester» Model: experiential study of group and organisational processes*. Occasional Paper n°10, London, The Tavistock Institute (tr. it. M. Perini «Il modello Leicester», in Sito Web IL NODO group - <http://nuke.ilnodogroup.it/TAVISTOCK/tabid/475/Default.aspx> )
- Miller E.J., Gwynne G.V. (1972). *A Life Apart: a pilot study of residential institutions for the physically handicapped and the young chronic sick*. London, Tavistock Publ.
- Milner M. (1987). *The Suppressed Madness of Sane Men. Forty-Four Years of Exploring Psychoanalysis*. London, Routledge (tr. it. *La follia rimossa delle persone sane*. Roma, Borla, 2000).
- Obholzer A., Roberts V.Z. (eds) (1994). *The Unconscious at Work. Individual and organizational stress in the human services*. London, Routledge (tr. it. *L'Inconscio al Lavoro. Stress Individuale e Organizzativo nei Servizi alla Persona*. Milano, Etas Libri, 1998).
- Perini M. (2007). *L'Organizzazione nascosta*. Milano, Franco Angeli.
- Sassolas M. (2004). «Elogio del rischio». Relazione presentata al Seminario «Elogio del rischio» organizzato dall'Associazione Italiana per la Terapia di Comunità (Milano, Casa della Cultura, 7 giugno 2004) (non pubbl.).
- Schilder, P. (1951). *Introduction to a Psychoanalytic Psychiatry*. New York, International Universities Press.
- Sievers B. (2006). «The Psychotic Organization: A Socio-Analytic Perspective». *Ephemera*, vol. 6(2), 104-120 ([www.ephemeraweb.org/journal/6-2/6-2sievers.pdf](http://www.ephemeraweb.org/journal/6-2/6-2sievers.pdf))
- Strachey J. (1934). «The nature of the therapeutic action of psychoanalysis», *Int. J. Psycho-Analysis*, 15, 127-159.