

Reflections and questions about the clinical tools and the setting of psychological intervention used in presence of disability

*Roberto Vari**

Abstract

The article analyses the issue of the different types of setting and of the clinical tools available to the psychologist in his/her intervention. It is assumed that the non interpretative interventions, although widely employed in the clinical practice, have not found a suitable theoretical and methodological systematization. The article reports and comments the way different types of setting and of operative tools have been set in four brief clinical episodes occurred in a mental health centre. Further on are presented enquiries and reflections about the criteria presiding over the modulation of the different clinical tools throughout the intervention. The tools of the intervention, including the interpretation, are referred to as the psychologist's relational proposals aiming at the achievement of the objectives. In the absence of a unifying theory of the technique, the considerable variety and the enhancement of the clinical tools available, expose to risk of fragmentary and methodologically incoherent praxis. It is argued that the creative exploration of new tools in the clinical field, starting from the critical analysis of the individualist paradigm, enhances the potentiality of the psychological intervention and contributes to the reflection on the theoretical-methodological constructs including those inherent the classical dual setting.

Keywords: setting; clinical psychological intervention; mental health service; interpretation; relational proposal.

* Clinical Psychologist, formerly in charge of Operational Unit 'Admission Process and Short Term Interventions', Mental Health Center, Third District A.S.L. Roma D. Email: roberto.vari9@gmail.com

Vari, R. (2014). Riflessioni e interrogativi intorno agli strumenti clinici e ai setting d'intervento psicologico utilizzabili in presenza di disabilità [Reflections and questions about the clinical tools and the setting of psychological intervention used in presence of disability]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 74-90. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni>

Riflessioni e interrogativi intorno agli strumenti clinici e ai setting d'intervento psicologico utilizzabili in presenza di disabilità

*Roberto Vari**

Abstract

Viene affrontato il tema delle diverse tipologie di setting e di strumenti clinici che lo psicologo ha a disposizione nel proprio intervento. Si assume che gli interventi non interpretativi, pur ampiamente utilizzati nella prassi clinica, non abbiano trovato una sufficiente sistematizzazione teorico metodologica.

Sono riferiti e commentati quattro brevi episodi clinici occorsi in un Centro di Salute Mentale nei quali sono stati approntati diversi tipi di setting e di strumenti operativi. A seguire sono presentate domande e riflessioni circa i criteri che presiedono la modulazione dei diversi strumenti clinici nel corso dell'intervento.

I dispositivi dell'intervento, interpretazione compresa, sono trattati in termini di proposte relazionali dello psicologo finalizzate alla realizzazione di obiettivi. La notevole varietà e l'arricchimento degli strumenti clinici a disposizione espone al rischio, in assenza di una teoria della tecnica unificante, di una operatività frammentaria e sotto il profilo metodologico poco coerente. A partire dall'analisi critica del paradigma individualista viene sostenuta l'ipotesi che l'esplorazione creativa sul campo clinico di nuovi dispositivi accresca le potenzialità dell'intervento psicologico clinico e contribuisca al ripensamento dei costrutti teorico-metodologici, ivi compresi quelli inerenti il classico setting duale.

Parole chiave: setting; intervento psicologico clinico; servizi di salute mentale; interpretazione; proposta relazionale.

* Psicologo clinico, già Responsabile dell'Unità Operativa 'Accoglienza e Interventi Brevi', Centro di Salute Mentale, III Distretto A.S.L. Roma D. Email: roberto.vari9@gmail.com

Vari, R. (2014). Riflessioni e interrogativi intorno agli strumenti clinici e ai setting d'intervento psicologico utilizzabili in presenza di disabilità [Reflections and questions about the clinical tools and the setting of psychological intervention used in presence of disability]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 74-90. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni>

Introduzione

Risale agli albori della psicoanalisi l'acceso confronto intorno agli strumenti, al metodo e ai limiti della relazione analitica. Mentre Freud (1915-1917/1978) difendeva il metodo interpretativo e ne ribadiva i limiti con certe tipologie di pazienti, Ferenczi & Rank (1924/1974) affermavano che in alcune situazioni cliniche occorreva ridurre la distanza affettiva attraverso modalità d'intervento più attive, che all'epoca erano pensate in termini di gratificazioni affettive di tipo materno di bisogni primari la cui frustrazione non era ritenuta tollerabile dal paziente. Successivamente Strachey (1934/1974) postula la sua definizione dell'interpretazione mutativa considerandola unico strumento della psicoanalisi. Eissler (1953) definiva gli interventi non interpretativi parametri tecnici che avrebbero dovuto essere limitati e sempre seguiti dall'interpretazione.

Nel complesso è lecito affermare che la funzione interpretativa sia stata considerata lo strumento elettivo e quello più scandagliato, anche a ragione del fatto che per lungo tempo la psicoanalisi è stata perlopiù praticata negli studi professionali e rivolta ad una clientela circoscritta. Metodo interpretativo e setting duale in conformità a tale contesto hanno marcato per lungo tempo la specificità della tecnica psicoanalitica. Ancora oggi, le controversie metodologiche e i lavori sull'argomento restano, in grande misura, confinati alla relazione duale e alle caratteristiche intrapsichiche del paziente, su quei soggetti portatori di psicopatologie inadatte all'uso del metodo interpretativo. In alternativa a tale orientamento vanno menzionati, al di fuori dell'ambito della salute mentale, i significativi contributi della psicosociologia che ha approntato e teorizzato setting e strumenti differenti, particolarmente negli interventi rivolti alle organizzazioni.

La diffusione della psicoterapia nei servizi pubblici ha esercitato un notevole impatto sulle metodologie d'intervento. Si è reso necessario, a partire dall'impraticabilità della negazione dell'intervento a coloro ritenuti inadatti, il confronto con un'utenza non più selezionata da tecniche e setting predefiniti. Inoltre nei servizi di salute mentale occorreva misurarsi con dimensioni organizzative peculiari (mandato sociale, risorse, ruoli, funzioni gerarchiche, specifiche dinamiche emozionali etc.) entro le quali setting classici e tecniche date trovavano parecchi limiti nella loro applicazione.

L'intervento entro tali contesti incontrava difficoltà nel relazionarsi a un'utenza che poneva domande nuove o che non poneva domande; a un'utenza contrassegnata da committenti obbliganti oppure a istituzioni nelle quali dinamiche organizzative e mandato sociale ponevano problemi non previsti dalle tecniche di riferimento.

In altre occasioni ho evidenziato come i problemi posti da questa utenza da una parte e dalla dimensione organizzativa del contesto istituzionale dall'altra, se affrontati in un'ottica individualista e decontestualizzante, finiscono per generare nei servizi di salute mentale un fallimento collusivo foriero di altre criticità: assenza di obiettivi e azione automatizzata, cronicizzazione delle relazioni terapeutiche e conseguente senso di saturazione, numerosi drop out, difficoltà nella costruzione di setting d'intervento e così via (Vari, 2011; Vari, 2014). Tali criticità sono affrontate perlopiù ricorrendo a prassi ispirate da costrutti quali sostegno, atteggiamento o clima psicoterapeutico, holding, contenimento, presenza e altri ancora che spesso tradiscono genericità e approssimazione. Sono interessanti le affermazioni di De Martis (1992), psicoanalista impegnato nei servizi che, dopo aver criticato la fantasia onnipotente di applicare la psicoterapia psicoanalitica nei servizi di salute mentale, così prosegue:

L'abitudine al confronto con l'evidenza, alla verifica collettiva delle emozioni, alla riflessione su quanto accade, è accaduto o può verificarsi, il ricorso alla fantasia per animare il significato di un lavoro di accostamento empatico e di una comprensione più approfondita consente, secondo la mia pluridecennale esperienza, la costituzione di un clima psicoterapico che non vuole essere psicoterapia formalizzata o che ritengo poco utile denominare in tal senso, in quanto mancano il più delle volte le caratteristiche che definiscono un preciso assetto psicoterapico. Si tratta a mio avviso, senza aspirazioni velleitarie, di realizzare pienamente un lavoro quanto più corretto possibile di tipo clinico. Vorrei precisare che l'interesse umano, il senso di solidarietà sociale, le possibilità di tatto e empatia, l'apertura alle richieste dell'altro non rappresentano il copyright di nessuna teoria psicologica. Esse esprimono solo potenzialità umane che l'esperienza e il confronto possono affinare (p. 142).

Appare sintetizzata in modo esemplare in questo passaggio la difficoltà che si genera allorché si riconosce l'impossibilità di esportare in modo scontato metodi e setting psicoanalitici nei servizi. L'assenza di una specifica teoria della prassi psicoterapeutica nell'istituzione è mascherata dalla vacuità del costruito "clima psicoterapico". Si fa ricorso a concetti quali "interesse umano" o "solidarietà" appartenenti, come afferma l'Autore, a potenzialità umane più che a specifiche competenze professionali.

Viceversa, va riconosciuto alla redazione della *Rivista di Psicologia Clinica* e dei *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica* il merito di assegnare un chiaro rilievo all'esplorazione creativa di setting e strumenti metodologici non scontati, in grado di intercettare e trattare nuove potenziali domande nei contesti più disparati senza rinunciare al rigore metodologico. In tal senso trovo significativo che un tema non nuovo al dibattito entro la comunità scientifica, come quello dei setting e degli strumenti dell'intervento psicologico, sia trattato entro una diversa cornice: il superamento del paradigma individualista e il recupero epistemologico della relazione individuo/contesto.

Nelle pagine che seguiranno si persegue l'obiettivo di riflettere e porre quesiti sugli strumenti e sui setting adottati nell'intervento psicologico nei servizi di salute mentale. Intervento in contesti relazionali dove la presenza di disabilità pone problemi rispetto ai quali lo strumento interpretativo, per diverse ragioni, mostra scarsa efficacia.

Si sostiene l'ipotesi che l'esplorazione di strumenti d'intervento creativi, ma rigorosi nella metodologia adottata, generino feedback utilizzabili quali occasioni per ripensare e riorganizzare i costrutti teorici e le categorie cliniche inerenti tutte le tipologie di setting d'intervento, setting duale compreso.

La moltiplicazione dei dispositivi adottabili conduce inevitabilmente alla questione della competenza riguardo ai criteri che orientano la scelta e la modulazione delle diverse tipologie d'intervento clinico.

Saranno riferite alcune brevi situazioni cliniche esemplificative di situazioni e interventi di diverso genere. Questi verranno discussi con la finalità di porre quesiti che lascino aperto il campo a ulteriori esplorazioni. Successivamente saranno sviluppate alcune riflessioni metodologiche.

Episodi clinici

Paolo

Paolo è un uomo di 40 anni, vive con la madre anziana, ha una sorella sposata. Ha una lunga storia di rapporti con servizi psichiatrici e una diagnosi di schizofrenia residuale.

Ha cambiato residenza per stare più vicino alla sorella e viene al Centro di Salute Mentale dopo essere stato seguito da un precedente Servizio. Presenta a tratti idee deliranti con le quali convive da molti anni il cui tema riguarda persone che parlano male di lui. Afferma di essere in difficoltà perché si trova in un nuovo quartiere dove si sente solo. La sorella, che lo accompagna, riferisce che in realtà si sentiva solo anche nel precedente quartiere ma ora è più problematica la relazione difficile e conflittuale tra lui e la madre, la quale poi va a sfogarsi continuamente con lei.

Si intraprendono colloqui che coinvolgono Paolo, la madre e la sorella di lui per comprendere le dinamiche emozionali esistenti tra loro, dinamiche che hanno originato la domanda. Paolo parla molto poco, ha un atteggiamento dimesso verso la madre e mostra povertà nell'espressione linguistica; quest'ultima sembra essere correlata anche ad un stato di deterioramento affettivo e cognitivo. In conseguenza di tali colloqui la tensione familiare si allenta.

Paolo vuole continuare a venire agli appuntamenti senza la madre e la sorella. Durante i colloqui parla poco raccontando fatti concreti con poca partecipazione emotiva. La mia impressione è che per lui sia più importante venire agli appuntamenti che non gli argomenti di scambio con me. In passato ha avuto un'esperienza in un Centro Diurno ma si è sentito a disagio e giudicato nella relazione con gli altri, ragione per cui non è più andato e oggi non è interessato a riprovarci.

Durante i colloqui cerco di lavorare con l'obiettivo di implementare la competenza del paziente a dare un nome alle rare emozioni ma gli esiti sono incerti, è un lavoro che richiede molto tempo scontrandosi con le

limitate risorse. Allo stesso tempo le attività di risocializzazione tradizionali presenti nell'offerta dei servizi non sono percorribili per il rifiuto di Paolo.

A quel punto ho ipotizzato che potesse costituire un'opportunità, da verificare insieme a lui, l'istituzione di uno spazio relazionale che coinvolgesse un infermiere; una relazione non incardinata unicamente sulla comunicazione verbale ma sulla condivisione di azioni legate al suo ambiente di vita quotidiano e che successivamente avrebbero potuto svilupparsi in attività più specifiche che avrebbero potuto emergere quale espressione di un interesse.

Commento

Paolo è, al pari della madre, in una situazione più critica del solito in quanto ha recentemente cambiato quartiere. Le tensioni con la madre si sono acuite investendo la sorella di Paolo che, sentendosi in difficoltà, si rivolge al Servizio. Dopo una prima fase nella quale si lavora alla comprensione delle problematiche relazionali in atto associate alla domanda, Paolo vuole venire ai colloqui solo, forse cercando una relazione differente da quella con la madre, non connotata da ingiunzioni prescrittive reciproche. La relazione terapeutica con Paolo mostra tutti i limiti rappresentati dall'adozione del linguaggio verbale quale strumento elettivo di comunicazione.

L'obiettivo di creare uno spazio atto a facilitare l'emergenza e il riconoscimento delle emozioni associandovi un nome, seppure utile, richiede un lavoro di lunga durata per obiettivi minimali. A fronte della limitatezza delle risorse disponibili vi è un rapporto svantaggioso tra obiettivi ed efficienza/efficacia. La costruzione di un setting imperniato sull'interpretazione non appare in tal senso percorribile. Inoltre si propone un assetto in cui la comprensione linguistico simbolica, sebbene utilizzata per riconoscere vissuti elementari, può assumere il senso di riprodurre una relazione nella quale Paolo si sente inadeguato, in modo isomorfo rispetto ad altri contesti della sua vita. Di contro occorre confrontarsi con una passata esperienza che lo ha condotto a rifiutare le attività risocializzanti del Centro Diurno sentite come una minaccia.

Ho pensato che forse Paolo avrebbe potuto affrontare il senso di inadeguatezza, la rappresentazione di sé deficitaria, la paura di essere emarginato sentendosi partecipe di una relazione psicoterapeutica incardinata su attività da scoprire insieme a lui piuttosto che sul linguaggio verbale; attività che avrebbe potuto condividere con un operatore, evitando le dimensioni gruppali tipiche dei centri diurni da lui vissute persecutoriamente. Un simile intervento avrebbe facilitato la creazione di uno spazio interlocutorio nel quale ansie e sensi di inadeguatezza potevano emergere, per essere compresi e discussi più agevolmente attraverso il feedback dei vissuti generati dall'azione. In tal modo alcune competenze affettive sarebbero potute affiorare ed essere valorizzate.

Un tale assetto avrebbe rappresentato una novità nell'ambiente in cui Paolo vive ed è vissuto, caratterizzato da relazioni che reciprocano un'immagine deficitaria di sé. In un simile ambiente sono inclusi anche i servizi che ha incrociato nel suo cammino che, per esempio, gli hanno 'ingiunto' l'inserimento al Centro Diurno poi fallito.

Ci si può interrogare sui motivi per i quali ho pensato a un infermiere e non allo psicologo per la messa in opera di tale progetto. È certamente una domanda legittima cui sarebbe facile replicare che nei centri di salute mentale gli infermieri esistono e rappresentano una risorsa nel senso qui proposto. La funzione dello psicologo sta nella competenza a pensare le relazioni e quindi nel supportare, tramite questa, anche l'azione dell'infermiere. Tuttavia questo sarebbe un modo sbrigativo di affrontare la questione; l'esistenza del ruolo infermieristico non è ragione sufficiente per liquidare la domanda: il ruolo che si attribuisce all'infermiere è pertinente alla funzione e competenza psicologica? È evidente che il problema non attiene al ruolo tout court ma alla competenza a leggere le relazioni, specifica dello psicologo indipendentemente dalle modalità di estrinsecazione della funzione. Penso che nel contesto dei servizi un simile interrogativo accenderebbe accesi dibattiti su ruoli e competenze reciproche delle diverse figure professionali che aprirebbero nuovi scenari.

Per mio conto, ma penso di interpretare un vissuto più generale, posso aggiungere che mettere in opera in prima persona la funzione progettata nel caso di Paolo costituisce un riposizionamento professionale indubbiamente non facile.

Genitori di Enrico

Enrico ha 35 anni, vive coi genitori, ha avuto il primo breakdown psicotico all'età di 18 anni. Anche lui ha una lunga storia psichiatrica e può essere definito come un paziente cronicizzato.

Il collega psichiatra che lo segue mi invia la madre che descrive come disperata e insopportabile; una persona che non ha mai accettato la condizione del figlio.

Dopo un breve periodo viene coinvolto nei colloqui anche il padre di Enrico. Il lavoro portato avanti con questi genitori ha prodotto una radicale e sorprendente trasformazione della relazione tra loro e il figlio in una situazione che appariva, agli occhi di tutti, definitivamente compromessa. Veniamo all'episodio.

I suoi genitori riferiscono che da qualche tempo Enrico è più vitale; ciò fa seguito a una fase durante la quale egli passava la maggior parte della giornata nella sua stanza steso sul letto. Si è venuto a creare un clima piacevole tra loro da quando è diventata abitudine nel pomeriggio guardare tutti insieme film alla televisione. Un giorno accade che i genitori s'intrattengono nel pomeriggio con degli amici per cui non si guarda la TV insieme. Enrico reagisce portando il muso e chiudendosi in se stesso; i genitori non sanno quale atteggiamento assumere e alla fine si ripromettono di evitare di prendere altri impegni durante i pomeriggi dedicati alla TV per non rovinare il buon clima emotivo nella relazione con il figlio; mi chiedono cosa ne penso.

Analizzando i vissuti emotivi ambivalenti si rileva che la buona relazione tra loro costituisce una forza attrattiva per tutti ma, allo stesso tempo, rischia di divenire una limitazione della libertà di ognuno di loro. Entro una simile relazione Enrico tende ad assumere atteggiamenti un po' tirannici.

Sulla base di questa lettura del problema si discute e si formulano diverse ipotesi. Si concorda che, se talvolta ne avessero sentito il desiderio, non sarebbe stato opportuno privarsi della possibilità di impegnare i pomeriggi in attività diverse dallo stare con Enrico a guardare la TV. Allo stesso tempo sarebbe stato importante contestualmente comunicare al figlio la loro comprensione per il suo potenziale vissuto di solitudine e il loro dispiacere per questo (vissuto espresso nel colloquio dai genitori). Inoltre avrebbero potuto sottolineare che, a volte, potevano avere piacere di essere coinvolti in altre attività e non avrebbero voluto sentirsi in una condizione di obbligo; inoltre avrebbero potuto comunicare a Enrico che in questo modo anche lui poteva sentirsi libero di non vedere la TV quando non ne aveva voglia.

Commento

Il lavoro con i genitori di Enrico nasce dalla disconferma della fantasia collusiva soggiacente all'invio, tutta centrata sul paradigma individualista, che prevede l'intrattabilità della madre. L'obiettivo sotteso è di renderla meno disturbante. In realtà in tempi brevi emerge una domanda di questa donna che si trasforma, coinvolgendo poco dopo anche il marito, in una potente risorsa da utilizzare nella relazione col figlio. A fronte di un trattamento psichiatrico di Enrico, contraddistinto da una terapia farmacologica stabilizzata e da un inserimento nel Centro Diurno che andava avanti da circa quindici anni in modi scontati e ritualizzati quanto sempre più cronicizzanti, l'intervento psicologico con questi genitori ha prodotto trasformazioni imprevedibili. Enrico, che tra le altre cose aveva frequenti blocchi catatonici, ha avuto periodi di vitali scambi relazionali durante i quali ai genitori sembrava quasi che non esistessero più problemi.

L'episodio riferito mostra il leitmotiv del lavoro clinico nella relazione terapeutica con i genitori. Il primo passaggio consiste nell'interpretazione delle simbolizzazioni affettive concernenti sia le dinamiche familiari che le dinamiche coi servizi sociosanitari. Tale lavoro è seguito dalla costruzione concordata di strategie in grado di affrontare, attraverso la proposizione di nuovi assetti relazionali, il problema emergente.

Si potrebbe legittimamente contestare che la comprensione interpretativa del fenomeno clinico in oggetto si trasformi successivamente in una azione prescrittiva nella quale è stabilito ciò che è "opportuno fare in quella contingenza". Il rischio di una simile deriva è sempre presente ma vorrei far notare alcuni elementi. Nel momento in cui si arriva a fare ipotesi intorno al problema presente la comprensione diventa una risorsa che offre nuove opportunità di affrontare il problema; opportunità relazionali che possono essere immaginate e discusse. Assieme ai genitori di Enrico si ipotizzano scenari di potenziali proposte relazionali analizzandone le simbolizzazioni affettive implicate. In questo lavoro si genera un prodotto che viene successivamente verificato per essere utilizzato come feedback nei colloqui successivi.

La peculiarità del lavoro effettuato in questa situazione clinica consiste nell'utilizzo di un approccio in cui sono rilevabili due interventi successivi: comprensione interpretativa, progettazione di strategie relazionali sulla base di nuove simbolizzazioni affettive. È evidente che il secondo intervento non può essere definito come interpretazione ma è strettamente associato ad essa e ne è il prodotto; allo stesso tempo, a mio avviso, non può essere definito tout court come consiglio prescrittivo, in quanto ipotetico ed elaborato insieme ai due genitori attraverso un lavoro creativo. A questi due interventi segue la messa in opera della proposta relazionale da parte dei genitori nei modi a loro congeniali; ciò non avviene alla stregua di un adempimento imitativo ma attraverso azioni pensate e propri vissuti. E' bene precisare che il costrutto di proposta relazionale è inteso nel senso di "mi propongo a te in questo modo" e non nel senso di "ti propongo questa cosa".

Coppia genitori

Alberto e Marianna arrivano al Servizio riferendo problemi nel loro rapporto anche per la difficoltà a relazionarsi con i loro due figli, rispettivamente di 7 anni e 5 anni di età, che definiscono come molto impegnativi. Durante un colloquio parlano di quanto sia difficile durante i pasti fare in modo che i bambini stiano al loro posto a mangiare. Si alzano in continuazione e si ribellano a ogni tentativo di stabilire una regola. Alberto e Marianna esprimono molta rabbia e senso di impotenza durante il loro racconto.

Si perviene all'ipotesi che la regola dei pasti a tavola è stabilita a prescindere dalla considerazione dei vissuti dei bambini. In questo modo le regole sono l'esito di una imposizione dell'autorità genitoriale che è da loro sentita come sbeffeggiata dai bambini; quest'ultimo vissuto genera nei genitori un'intensa rabbia che si traduce in nuove imposizioni.

Dopo di che invito Alberto e Marianna a pensare che questi bambini potevano trovare noioso stare seduti e immobili a tavola; l'atto stesso del mangiare poteva trasformarsi per loro in una costrizione piuttosto che un piacere e questo poteva rappresentare un motivo della loro ribellione che poco aveva a che vedere con il prendersi gioco dell'autorità genitoriale.

In seguito a tali osservazioni, che Alberto e Marianna ascoltano, sorpresi di vedere gli eventi in un'altra prospettiva, mi permetto di immaginare e suggerire un atteggiamento diverso da quello finora adottato. Suggesto di trasformare creativamente e nei modi a loro più congeniali il momento dei pasti in un evento giocoso, di modo che i bambini siano messi nella condizione di sentirlo come qualcosa di piacevole. Dopo aver condiviso quello che ci siamo detti, nei colloqui successivi Alberto e Marianna raccontano di aver sperimentato con successo nuove forme di relazione coi bambini durante i pasti e di non aver più provato quella rabbia e impotenza che prima vivevano.

Commento

Il caso dei genitori Alberto e Marianna ripropone, con delle varianti, la stessa tipologia d'intervento avvenuta con i genitori di Enrico. Senza dilungarmi vorrei solo sottolineare che in questo caso, a differenza del precedente, l'intervento è più univoco e diretto mentre nel caso precedente si trattava di una costruzione elaborata con il loro concorso. La proposta relazionale dello psicologo sembra essere un vero e proprio suggerimento a immaginare uno specifico scenario presentato come più efficace per affrontare il problema. Stiamo in una relazione che rasenta il consiglio e la prescrizione? Forse la stretta correlazione tra previa comprensione/interpretazione e ideazione di strategie relazionali consente di allontanare l'idea dell'intervento prescrittivo? Se non fosse prescrittivo come potremmo descrivere e categorizzare tale genere d'intervento? E' un atto che può trovare una propria legittimità coerente con la teoria di riferimento adottata? Credo che la risposta non sia univoca, preferisco lasciare aperta la questione. Pur tuttavia in questo caso una configurazione collusiva ripetitiva che angosciava da molto tempo questi genitori ha trovato nuovi sbocchi.

Mauro

Un collega psichiatra mi riferisce molto allarmato che un suo paziente, Mauro di 66 anni, lo ha gravemente minacciato durante l'ultimo colloquio e c'è motivo di temere che possa passare all'atto. Il paziente, seguito

da molti anni, è descritto come affetto da psicosi delirante di tipo paranoico. Mauro ha un processo giudiziario a suo carico in corso a causa di percosse e maltrattamenti alla ex moglie avvenuti in passato durante la loro separazione. Nel periodo del colloquio in esame era stata convocata la prima udienza. Il collega riferisce che Mauro è infuriato perché convinto, prendendo spunto da una cartella clinica del paziente richiesta dal giudice e nella quale lo psichiatra aveva fatto cenno a qualche episodio di aggressività avvenuto nel passato, che il suo terapeuta fosse parte di un complotto contro di lui. Ai tentativi del collega di interloquire con la versione di Mauro questi replica, ancora più rabbioso, di sentirsi preso in giro e va via affermando che sarebbe tornato per ucciderlo.

Dopo aver analizzato con attenzione il senso e il contesto dell'episodio concordiamo col collega l'atto di telefonare a Mauro il giorno successivo per sapere come si sentiva, mostrando interesse al suo stato d'animo e alla sua angoscia; riconoscendo anche la possibilità che il terapeuta potesse aver sbagliato qualcosa. L'azione aveva l'intento di comunicare a Mauro che la disponibilità del suo terapeuta e l'interesse verso i suoi vissuti emotivi non erano venuti meno dopo essere stato oggetto di pesanti minacce da parte sua.

La risposta di Mauro alla telefonata del collega è stata, a dir poco, sorprendente per tutti noi. Ha ascoltato con attenzione e gradualmente il suo atteggiamento è divenuto più disponibile alla riflessione. Nel corso della telefonata Mauro stesso ha proposto al suo psichiatra di vedersi il giorno successivo. Al colloquio successivo la fantasia che lo psichiatra fosse parte di un complotto contro di lui era oramai qualcosa di cui si poteva discutere per essere collegata ai vissuti, mentre l'aggressività di due giorni prima era scomparsa. La relazione con lo psichiatra è ripresa nei colloqui successivi senza tensioni.

Commento

Mauro vive in sistemi relazionali collusivi, quello sanitario e quello giudiziario, caratterizzati da una ottica individualista in cui viene connotato come malato o violento. Sistemi ove le relazioni sono di frequente imperniate sul potere, ovverosia sul controllo sanitario e sanzionatorio dell'individuo. Il giudice chiede implicitamente allo psichiatra una valutazione clinica da utilizzare in sede giudiziaria, quest'ultimo dà seguito alla richiesta senza analizzarla e senza discuterla con Mauro. Questi si sente stretto in una morsa nella quale non vi è spazio per le sue emozioni e per la possibilità di pensare insieme al suo psichiatra il problema giudiziario in corso. La relazione con quest'ultimo prende le sembianze e la rigidità di un complotto delirante ai suoi danni rispetto al quale egli reagisce assumendo un contropotere fallico accusatorio.

I tentativi di chiarificazione entro tale sistema relazionale vengono interpretati come beffardi e associati al complotto. La rabbia ne risulta intensificata e il colloquio termina con Mauro ancora più minaccioso.

Il lavoro di comprensione effettuato con il collega ha avuto quale prodotto la telefonata avvenuta il giorno successivo. In essa si propone un assetto relazionale che pone al centro dell'interesse i vissuti di angoscia, paura e solitudine di Mauro, tali vissuti possono trovare uno spazio di espressione e di ascolto. Viene di conseguenza interrotto il sistema collusivo basato sui poteri medico e giudiziario che generano solitudine ed emarginazione in Mauro. Nel corso della telefonata l'accenno, da parte dello psichiatra, a possibili suoi errori rappresenta l'assunzione di una potenziale responsabilità o colpa che richiama la relazione 'onfalocentrica' descritta da Fornari (1976).

La risposta immediata di Mauro, che sdrammatizza le fantasie complottistiche e riprende la relazione terapeutica discutendo le sue emozioni, rappresenta, a mio avviso, un elemento molto interessante.

L'approccio individualista incardinato sulla diagnosi e sui tratti di personalità definisce Mauro in termini di disturbo paranoico della personalità con presenza di deliri. Sulla base di tale diagnosi o di tale struttura di personalità viene interpretato il suo comportamento aggressivo. Partendo dall'assunto che i tratti paranoici costituiscono parte "strutturale e permanente" della personalità di Mauro nessuno si sarebbe azzardato a pensare che una simile telefonata avrebbe potuto trasformare la relazione terapeutica.

Credo che, pur senza invocare poteri demiurgici di singoli interventi e con la consapevolezza che tali fenomeni non occorrono frequentemente, la trasformazione che ho riferito possa essere letta come un "incidente critico" rispetto all'attesa, parte integrante del paradigma individualista, che la fantasia relazionale di Mauro non sarebbe cambiata nel modo in cui è invece avvenuto. Credo che tale incidente, seppure fosse considerato nella sua unicità, abbia il valore di "evento segnale" che apre molti interrogativi rispetto alle aspettative scontate associate alle diagnosi. Inoltre in questo episodio è mostrata la potenza e l'efficacia di

una proposta relazionale elaborata sulla base di un paradigma alternativo a quello centrato sull'individuo. Paradigma che, come ho avuto modo di affermare in un altro contributo, focalizza le criticità nella relazione triadica "individuo/ambiente di convivenza/Servizio" (Vari, 2014).

Riflessioni

Tutte le situazioni cliniche riferite mostrano che setting e strumenti adottati sono di vario genere e, a volte, compresenti entro il medesimo intervento clinico.

Setting è un costrutto che nella psicoanalisi designa un insieme di variabili dell'intervento clinico le cui caratteristiche concernono ambiti diversi. In generale ci si riferisce al setting per designare tutti gli elementi organizzativi dell'intervento. Lungo la storia della psicoanalisi è stato messo l'accento volta per volta su svariati elementi: le variabili spazio temporali (caratteristiche dello spazio fisico, frequenza e durata delle sedute etc.); le modalità dell'accordo contrattuale tra psicoterapeuta e paziente (onorario, sedute mancate etc.); le istruzioni metodologiche (associazioni libere, sogni etc.); anche la tipologia degli strumenti adottati nell'intervento (es. interpretazioni) è da alcuni considerata parte fondante del setting psicoanalitico; un altro elemento significativo concerne la natura dell'utenza (individuo, famiglia, gruppo, organizzazione etc.); infine la costanza del setting è rimarcata quale preconditione fondamentale per la costruzione e l'efficacia dell'intervento.

Questi elementi materiali, spazio-temporali e mentali presenti nel costrutto di 'setting' evidenziano una complessità che esula dallo spazio di queste riflessioni.

Il setting duale, con il suo corredo strumentale organizzativo dato, basato perlopiù sulla relazione cliente/professionista e su quella medico/paziente, è stato indubbiamente, anche nei servizi pubblici, la forma organizzativa più diffusa dell'intervento psicologico.

Viceversa negli episodi clinici descritti i parametri sono riorganizzati e reinventati attraverso strumenti che non rispecchiano quelli, canonici e predefiniti, del setting duale classicamente inteso. Lo stesso setting è riorganizzato in forme diverse (vedi i casi di Paolo e di Mauro).

Confrontando diverse tipologie di setting e dispositivi è possibile individuare alcune antinomie:

- Costanza/flessibilità;
- Distanza/prossimità;
- Interpretazione/interventi non interpretativi.

La costanza del setting è stata sempre un elemento ritenuto basilare sia come preconditione che rende possibile la funzione interpretativa che in riferimento all'effetto positivo esercitato sul vissuto di coesione e continuità in quei pazienti più fragili sotto tale profilo (Gedo & Goldberg, 1973/1975; Bleger, 1979/1987).

Viceversa se guardiamo al caso di Mauro siamo di fronte a setting mutevoli: nella frequenza variabile degli incontri, nelle modalità in cui avvengono e negli strumenti d'intervento utilizzati volta per volta. Si pensi a quanti pazienti in un Centro di Salute Mentale saltano appuntamenti; oppure effettuano qualche colloquio poi non vengono più e dopo un periodo ritornano strutturando relazioni terapeutiche incostanti e instabili; o ancora si pensi alle volte in cui è l'operatore ad essere incostante a causa di altri impegni (una riunione improvvisa, un'urgenza etc.).

Nei servizi di salute mentale, e non solo, a volte la costanza e la continuità del setting si trasformano in temi intorno a cui si struttura un braccio di ferro col paziente; quest'ultimo è vissuto come colui che sfugge all'impegno derivante dal rispetto degli accordi sul setting. In questi casi l'interpretazione dell'atteggiamento assunto dal paziente verso il setting è vissuta da questi come uno strumento per agire una relazione terapeutica fondata sul potere. Credo che il tema della costanza sia stata analizzato prevalentemente in rapporto alle dimensioni spazio temporali e in questo risieda il limite del ragionamento circa la sua rilevanza. Davanti a setting e strumenti più flessibili il problema richiede di essere posto diversamente.

A mio avviso la questione può essere concepita nel modo seguente: la flessibilità e l'incostanza delle variabili spazio temporali in queste, come in tutte le tipologie di setting, non ostacolano il senso di continuità dell'intervento psicologico clinico nella misura in cui costanza e continuità, in quanto funzioni mentali, sono

garantite dalla competenza dello psicologo a pensare le relazioni individuo/contesto a prescindere dalla variabilità di setting e strumenti.

Veniamo alla distanza/prossimità nella relazione terapeutica. La prima, tipica dei setting duali di stampo tecnico è strettamente correlata all'utilizzo della verbalizzazione simbolica quale strumento dello scambio relazionale che implica un maggiore distanziamento rispetto all'agire delle dinamiche affettive. La seconda prevede uno scambio basato non esclusivamente sul pensare le emozioni in atto. Se con Paolo ci si accordasse per cucinare qualcosa insieme è evidente che la relazione sarebbe fondata sulla condivisione di un'attività che costituisce un mezzo attraverso cui esperire nuove forme di scambio affettivo. In un setting duale ortodosso se Paolo avesse espresso il desiderio di cucinare assieme, tale proposta sarebbe stata disattesa per lasciare il posto a un'altra proposta relazionale caratterizzata dal pensare le simbolizzazioni affettive soggiacenti quel desiderio.

Allo stesso modo la telefonata a Mauro scardina l'assetto consueto della relazione terapeutica basato su colloqui ritualizzati e prevedibili nella loro organizzazione fondata sui riferimenti culturali e la distanza tipica del rapporto tra medico e paziente, irrompendo sulla scena in qualità di proposta che esprime in termini più diretti l'interesse affettivo per i vissuti di Mauro.

In riferimento all'antinomia interpretazione/interventi non interpretativi possiamo individuare tre tipologie di dispositivi:

- Interpretazione e interventi verbali finalizzati a preparare l'interpretazione;
- Interventi verbali non interpretativi;
- Interventi nei quali prevale l'azione non verbale e la verbalizzazione è secondaria e funzionale all'azione.

Sull'interpretazione (per una più precisa definizione si rimanda a Strachey, 1934/1974 e Laplanche & Pontalis, 1967/1989) sono stati spesi fiumi di parole nella letteratura psicoanalitica che, in questa sede, non è possibile neanche sintetizzare. Essa rappresenta uno strumento di comunicazione linguistica basata sulla comprensione ipotetica delle simbolizzazioni affettive inconsce e ha la finalità di costruire una competenza a pensare emozioni. Pur tuttavia non costituisce l'unico strumento dell'intervento.

Vorrei enucleare dalla vastità dell'argomento alcuni punti utili, a mio avviso, alla riflessione sulla questione.

In primo luogo è importante ricordare, elemento ovvio per tutti ma a volte dimenticato, che l'interpretazione, in qualità di atto comunicativo, costituisce una proposta relazionale e non una mera e neutrale comprensione delle emozioni attraverso il pensiero asimmetrico. A tal proposito si sono espressi chiaramente nel passato molti Autori tra i quali Modell (1984/1992); Mitchell (1993/1999) che dichiara: "le interpretazioni sono sempre più considerate non come alternative o come soluzioni per gli agiti, ma come esse stesse forme di agiti" (p. 162); Gill (1994/1996) afferma che: "il paziente sperimenta come azioni non solo le interpretazioni, ma tutti i comportamenti verbali e non verbali [dell'analista]" (p. 54). Inoltre, anche se entro paradigmi lontani dalla psicoanalisi, non va dimenticata l'opera di Watzlawick, Beavin, Don Jackson (1967/1971) sulla distinzione nella comunicazione interpersonale tra significato di contenuto e significato di relazione.

Nella prassi clinica è frequente la constatazione che il senso espresso attraverso l'interpretazione può andare ben oltre il significato ad essa attribuito dallo psicologo. Come ogni comunicazione, penso in particolare alle opere d'arte, il testo sfugge sempre alle intenzioni dell'Autore, si trasforma e diviene oggetto della creazione del fruitore.

Quante volte accade che, dopo avere interpretato degli eventi emozionali, il paziente torna al colloquio successivo con discorsi che mostrano, con nostra sorpresa, di avere vissuto l'interpretazione espressa nel colloquio precedente come prescrittiva.

Sotto tale profilo si può ragionevolmente affermare che parliamo di uno strumento molto complicato. Il terapeuta è sempre soggetto alle potenziali rappresentazioni e interpretazioni dell'interpretazione. Il senso di una parola o di una frase è sempre correlato al contesto e questo vale anche per l'interpretazione. Sono numerose le variabili che concorrono a determinarne il senso: dal tono della voce al tempismo; dalle fantasie collusive soggiacenti che ne favoriscono una ricezione piuttosto che un'altra al contesto culturale attraverso il quale l'interpretazione viene significata. Ad esempio il contesto culturale sanitario e non solo, imperniato su relazioni di tipo prescrittivo, favorisce massicciamente la ricezione dell'interpretazione in termini prescrittivi.

Accenno solo ad alcuni dei più frequenti vissuti relazionali conseguenti all'intervento interpretativo: sentirsi accettato e compreso; sentirsi contenuto nel senso della holding; sentire di poter esprimere le proprie emozioni; sentirsi in colpa perché in contatto con aspetti spiacevoli di sé; percepire nell'interpretazione un modello ideale di emozioni e valori che porta a vivere un senso di inadeguatezza e la sensazione di provare emozioni sbagliate; sentimento di svalutazione di sé conseguente ad un'interpretazione percepita come atto di potere entro una relazione asimmetrica oppure percepita come esibizione di sapere, o ancora come verità che chiude la polisemia affettiva; sentimento di vergogna e di anormalità perché ci si sente diversi dagli altri; sensazione di non essere creduto. Ricordo come nel caso di Mauro la confrontazione verbale proposta dal suo psichiatra diveniva l'ennesimo raggio.

In altri termini appare evidente che anche con l'adozione del metodo interpretativo siamo in presenza di proposte relazionali che possono assumere svariati sensi. La specifica proposta relazionale insita nel lavoro fondato sull'interpretazione consiste nel prospettare la metodologia del pensare le emozioni quale competenza atta a prendersi cura delle relazioni e dei problemi ad esse associati. In tal ottica l'interpretazione non è unicamente attività conoscitiva. Essa può essere riconosciuta anche come peculiare modalità affettiva di essere nella relazione che implica un distanziamento dall'agire le simbolizzazioni affettive per poterle osservare e pensare. Una relazione che, se contrassegnata da massicce reificazioni delle emozioni oppure da un'intensa pressione ad agire, diventa arduo costruire.

Sotto questo profilo il costrutto della sospensione dell'agito va inteso, a mio avviso, nel senso di sospensione delle configurazioni relazionali che replicano, attraverso modalità isomorfe, complementari e simmetrico conflittuali, le simbolizzazioni affettive e le fantasie collusive proposte nella domanda (Vari, 2014).

Su tale argomento Carli (2014) recentemente si esprimeva così:

Oggi sono in grado di pensare meglio quel concetto. Sospendere l'azione organizzativa significa sospendere l'agito del potere entro la relazione psicoanalitica. La psicoanalisi, se intesa come pensare emozioni, comporta, per una sua fattibilità, la sospensione degli agiti fondati sulle simbolizzazioni emozionali di potere, sulle simbolizzazioni emozionali che comportano il convincimento dell'altro, il suo controllo, se si vuole anche la sua guarigione (p. 13).

In altri termini si parla di una sospensione di specifici agiti emozionali per far posto a una nuova proposta relazionale (azione) che interrompe gli agiti, spesso ripetitivi, che hanno generato le criticità. Nel caso dell'interpretazione la proposta relazionale messa in atto è data dal prendersi cura delle emozioni e dei problemi ad esse associati attraverso il pensare le emozioni.

Gli interventi verbali preparatori dell'interpretazione sono rappresentati da osservazioni, domande di chiarimento, confrontazioni interlocutorie e cose simili che rimandano al discorso intorno all'interpretazione di cui ho già parlato.

La seconda e la terza tipologia d'intervento è stata studiata da molti Autori.

Cremerius (1985) ha esaminato gli interventi di Freud attraverso l'analisi dei resoconti di suoi pazienti e l'ha confrontati con le sue formulazioni di teoria della tecnica cogliendone le numerose incoerenze e mostrando quanto la teoria non incorpori pienamente la prassi. Freud stava costruendo una nuova disciplina e le discrepanze tra teorie della tecnica e prassi operativa erano comprensibili. Tuttavia, a me sembra che una simile discrepanza sia tuttora largamente presente.

Innumerevoli Autori si sono occupati di interventi non interpretativi, definendoli attraverso l'utilizzo di diverse terminologie. Ne accenno alcuni: Winnicott (1971/1974, p. 152) che si esprimeva così: "Mi sgomenta pensare alla quantità di cambiamento profondo che io ho impedito o ritardato, in pazienti che appartengono ad una *certa categoria di classificazione*, a causa del mio personale bisogno di interpretare"¹; ricordo Anzieu (1979/1987) e Kaës (1979/1987) che, richiamandosi a Winnicott, propongono l'analisi transizionale; Carli e Paniccia (1981) coniano il costrutto di "agire interpretativo" per designare interventi basati su azioni che reinterpretano il contesto relazionale oggetto dell'intervento; anche Ogden (1994/1999) anni dopo adotta lo stesso concetto di azione interpretativa; Cremerius (1991) parla di interventi non

¹ Corsivo dell'Autore.

interpretativi legittimati dal rapporto scopo-mezzi utilizzando una logica operativa contrapposta a quella basata sulle regole; Racamier (1997/1998), che si è molto occupato di Comunità Terapeutiche, si esprime in termini di “azione parlante”.

Gli interventi verbali non interpretativi sono innumerevoli durante un intervento e di vario genere. Si pensi agli interventi in cui si richiama l'attenzione su aspetti della realtà o su limiti che non erano presi in considerazione; oppure ai casi in cui sono evidenziate risorse e competenze che i pazienti sottovalutano; alle situazioni in cui si rilevano conseguenze e costi emozionali delle dinamiche relazionali in cui si è implicati (p. es. sottolineare quanto il mantenimento di una relazione caratterizzata dal reciproco controllo, pensiamo ai rapporti genitori figli di tipo simbiotico o a alcuni funzionamenti di coppia, comporti il sacrificio delle proprie aspirazioni e potenzialità). La lista potrebbe continuare con atti che evocano paradigmi a volte potenzialmente incoerenti con la teoria psicoanalitica ma che hanno alta probabilità di occorrere durante un intervento e su cui è, a mio avviso, bene riflettere senza pregiudizi: psicoeducazione, consigli, elogi, incoraggiamenti, rassicurazioni, ingiunzioni, suggestioni, trasmissioni di valori e così via.

L'accorpamento nella classe degli interventi verbali non interpretativi è alquanto generica in quanto racchiude tipologie molto diverse tra loro. In virtù della rilevanza che essi rivestono nell'intervento meriterebbero un'esplorazione che ne specifichi natura e funzioni in rapporto a contesti.

Uno degli Autori che ha avuto il merito di descrivere più dettagliatamente tipologie di interventi di supporto è Luborsky (1984/1989). L'impostazione individualista e manualistica purtroppo confina il suo contributo entro un decalogo dei “buoni interventi di supporto” che risulta decontestualizzato; nel suo lavoro tali buoni interventi sono associati a supposti e reificati bisogni del paziente.

L'ultima articolazione degli interventi è caratterizzata da azioni non accompagnate da una contestuale significazione linguistica. Mi riferisco a situazioni nelle quali è “il fare entro una relazione” a promuovere esperienze di nuove simbolizzazioni affettive.

Si pensi alla telefonata a Mauro, alla ipotesi di condividere attività quotidiane con Paolo, alle proposte relazionali messe in opera dai genitori con Enrico e da Alberto e Marianna coi propri bambini ma pensate durante i colloqui clinici.

Nel caso di Paolo l'intervento si fonda sulla condivisione di un'attività che spezza un vissuto di solitudine e di marginalità. Nel caso di Mauro l'azione propone una relazione di interesse verso i suoi problemi emozionali e le sue angosce; le fantasie persecutorie sono disconfermate facilitando l'elaborazione della rabbia ad esse associata.

Come rilevavo all'inizio l'interpretazione in senso stretto è stata oggetto di approfondite elaborazioni nel corso della storia della psicoanalisi, viceversa le altre due tipologie di intervento, sebbene sempre presenti nella prassi e vive nel dibattito, a mio avviso non hanno trovato altrettanto inquadramento in una cornice teorico metodologica sufficientemente coerente. La comunità scientifica, tranne lodevoli eccezioni, sembra spaventata dalla possibilità di esplorare più a fondo tali aspetti dell'intervento, preferendo darli per scontati. Pensarli, forse, significherebbe rimettere in discussione alcuni elementi della teoria che a volte paiono essere divenuti oggetti identitari.

Vorrei prestare ora attenzione a un elemento rilevante rispetto al tema di cui sto parlando.

Gli interventi psicologici clinici, messi in opera con diverse tipologie di setting e in differenti contesti relazionali, sono di frequente caratterizzati dalla compresenza delle tre modalità appena descritte.

Sarebbe plausibile ipotizzare che l'adozione contemporanea e una sapiente modulazione di ognuno di tali dispositivi entro uno stesso intervento psicologico clinico ne implementi notevolmente l'efficienza e l'efficacia?

In caso di risposta affermativa, in che modo i differenti strumenti s'intersecano, si potenziano o si ostacolano vicendevolmente? E' ipotizzabile una teoria della tecnica che li rappresenti come coerenti tra di loro?

La questione attinente alla modulazione delle tre tipologie di strumenti prima descritti è, a mio avviso, tutt'altro che semplice. Essa apre nuovi interrogativi.

Quali sono i principi che orientano la scelta e il timing dell'uno o dell'altro? Quali sono i criteri per cui si appronta un determinato setting? L'orientamento è funzione delle caratteristiche assunte dalla domanda? È funzione del contesto relazionale nel quale la domanda emerge?

Dipende dagli specifici obiettivi che vengono perseguiti in relazione alla definizione del problema?

I criteri di scelta sono correlati a situazioni nelle quali una domanda è ancora assente o verosimilmente laddove committente e cliente non coincidono?

In quale misura la presenza nella domanda di relazioni agite tramite un tenace processo di reificazione pone una sfida che implica un'approfondita riflessione sulla modulazione dei dispositivi dell'intervento?

A volte potrebbe apparire semplice rispondere a simili domande ma credo sarebbe ingannevole.

Potremmo immaginare che qualora sia assente una propria implicazione nella domanda lo strumento interpretativo sia di difficile applicazione. In realtà in diverse occasioni non è affatto così. A volte la comprensione e interpretazione della dinamica della domanda, cogliendo le fantasie collusive che soggiacciono alla relazione committente/cliente e conseguentemente alla relazione con lo psicologo, consente l'emergere di una domanda nel paziente. Un marito che va dallo psicologo obbligato dalla propria moglie, che minaccia la separazione, può, attraverso l'interpretazione del senso di tale agito, vedere la sua relazione con la compagna in una nuova angolatura e sviluppare una propria domanda. Allo stesso tempo è altrettanto possibile per una persona che si reca dallo psicologo perché obbligato da una prescrizione di un giudice ritrovare un suo spazio di decisionalità attraverso l'azione dello psicologo che, interloquendo col giudice, si sottrae a istituire una relazione obbligata. In quest'ultimo caso, almeno nella prima fase, non si fa ricorso all'interpretazione.

Un'altra questione in associazione alle precedenti mi sembra particolarmente rilevante.

L'attenzione ai criteri che orientano la scelta del setting e degli strumenti d'intervento è rimasta focalizzata storicamente sulle caratteristiche dell'individuo. Penso, per esempio, alla classica distinzione tra disturbi preedipici nei quali si suppone una scarsa coesione del Sé, e disturbi edipici o postedipici. Per i primi si ipotizza che l'interpretazione e l'utilizzo del pensiero simbolico costituiscano strumenti d'intervento non efficaci.

Nel caso di Paolo il tratto individuale può essere rappresentato dal suo deficit relativo ai processi di simbolizzazione emozionale che riduce le sue "capacità introspettive".

Nel caso di Mauro la caratteristica individuale che segna l'impossibilità di adottare l'interpretazione è data dal suo delirio.

Si parla ancora di tratti individuali se si pensa a un soggetto che fonda le sue relazioni e la sua domanda sulla pretesa o su un presunto diritto, per es. la pretesa di un certificato, che può divenire intrattabile con l'interpretazione.

La questione può essere posta in modo tale da superare i paradigmi fondati sui tratti individuali? E' possibile affrontare il problema adottando paradigmi relazionali? Quali ipotesi sarebbero pensabili se si adottasse la seconda prospettiva?

Partiamo dall'ultimo esempio. La pretesa di avere un certificato, a volte, è ardua da trattare attraverso la comprensione interpretativa nella misura in cui esiste una rete di relazioni tra vari soggetti, tra questi servizi sanitari e altre organizzazioni, che reciprocamente e legittimano tale richiesta costruendo una cultura collusiva che la organizza come un diritto. Potrebbe l'individuo accampare una simile pretesa se non esistessero tali trame relazionali? Quello che intendo dire è che la pretesa, in quanto tratto dell'individuo, non è incentivata ma è verosimilmente 'creata' entro il contesto relazionale.

Nel caso di Mauro abbiamo visto come il vissuto delirante del complotto a suo danno sia inserito in un ambiente nel quale l'organizzazione giudiziaria e l'organizzazione sanitaria si rapportano con lui quali poteri rispettivamente sanzionatori e valutanti per cui l'interpretazione è interpretata da Mauro in rapporto a tale contesto e non rappresenta unicamente il frutto di una percezione intrapsichica delirante; infatti non appena il contesto relazionale cambia anche i vissuti di Mauro si trasformano.

Nel caso di Paolo forse la difficoltà a costruire una relazione simbolica può essere messa in rapporto a una storia psichiatrica nella quale vissuti emozionali e relazionali sono stati nel corso degli anni ignorati nel suo contesto relazionale e nell'incontro coi servizi socio sanitari.

Sulla base di tali argomentazioni è legittimo affermare che nel pensare i criteri che orientano l'adozione di uno strumento piuttosto che un altro sarebbe fuorviante ricorrere alle caratteristiche del singolo. Tuttavia il paradigma individualista è stato e tuttora rappresenta il faro che ha prevalentemente orientato la riflessione

sulla modulazione degli strumenti d'intervento e del setting. Riconoscere i limiti dell'approccio individualista equivale, a mio avviso, a ripensare in modo del tutto diverso l'intera questione.

Un altro aspetto che merita un accenno è rappresentato dalla possibilità di vedere le articolazioni dei dispositivi d'intervento come non strettamente correlati all'antinomia setting duale/altri setting, in ragione del fatto che tutti gli strumenti sono utilizzabili, e nella prassi questo accade di frequente, in tutte le varianti dei setting possibili. Mi sembra più appropriato correlare la modulazione di tali tipologie d'intervento a tutte quelle variabili che ho prima elencato sotto forma di domande aperte. In quest'ottica si favorisce anche il ripensamento del setting duale che, se opportunamente ricontestualizzato, può essere svincolato da categorie che lo caratterizzano in modo scontato e tecnico.

Conclusioni

In conclusione proviamo a cercare un filo conduttore che possa restituire una qualche forma di coerenza a interventi così differenti.

Sebbene evidente, è utile ricordare che setting, interpretazione, interventi verbali non interpretativi, azioni non centrate sulla verbalizzazione sono dispositivi che non esauriscono la loro funzione in se stessi ma costituiscono strumenti attraverso i quali si perseguono finalità generali e obiettivi specifici.

Sono le finalità e gli obiettivi della funzione psicologico clinica che possono costruire quel filo conduttore che unifica sul piano teorico e orienta la modulazione degli strumenti dell'intervento.

Gli obiettivi sono correlati ai modelli di lettura del problema posto dalla domanda. Se quest'ultima è letta quale espressione di criticità presenti nelle simbolizzazioni affettive reciproche tra i protagonisti dell'ambiente relazionale, l'obiettivo dell'intervento psicologico potrebbe essere definito in termini di processo che favorisce nei protagonisti del sistema relazionale implicato la competenza a esperire nuove potenziali simbolizzazioni affettive che prima erano interdette da vincoli reciproci e angosce. Ci si potrebbe chiedere se possa essere soddisfacente la definizione: qualsiasi nuova simbolizzazione affettiva. Mi pare una domanda che apre problemi delicati e complessi. La risposta potrebbe essere negativa in quanto il nuovo potrebbe significare, per esempio, anche una simbolizzazione affettiva fondata sul potere perverso. Si potrebbe precisare che si parla di nuove simbolizzazioni affettive che implementano le possibilità di affrontare i problemi presenti. Di contro, precisando i contorni delle simbolizzazioni emozionali attese, oltre al rischio prescrittivo, si entrerebbe in merito alle visioni del mondo e ai valori che forse informano sempre i paradigmi teorici e che, proprio per la peculiarità della nostra disciplina, dovrebbero essere concettualizzati entro la teoria della prassi clinica.

Se l'obiettivo è accrescere la competenza dei protagonisti del sistema relazionale a esperire nuove potenziali simbolizzazioni affettive utili ad affrontare i problemi presenti la questione dei criteri che orientano la modulazione degli strumenti potrebbe essere esplicitata nel modo seguente: si tratta di individuare i dispositivi che, in relazione a un insieme di variabili (domanda, contesto, etc.), sono più appropriati al raggiungimento delle finalità appena descritte.

Modulare strumenti e obiettivi dell'intervento ha quale premessa la comprensione, tutt'altro che semplice, del problema. In tal senso l'identità professionale dello psicologo non può che essere definita quale competenza a pensare emozioni nelle relazioni.

Come ho già avuto modo di affermare, quando si traspone la competenza a pensare emozioni nella relazione clinica essa assume una connotazione specifica: può essere rappresentata simultaneamente come strumento conoscitivo emozionato che si suppone faciliti un cambiamento delle simbolizzazioni affettive nella relazione tra soggetto e contesto (strumento), ma anche quale obiettivo metodologico che equivale all'introduzione della funzione del pensare emozioni quale modalità di prendersi cura delle relazioni (obiettivo). Come ho più volte asserito, siamo in presenza di conoscenza riflessiva e insieme di una peculiare proposta relazionale affettiva caratterizzata dal pensare emozioni.

Sebbene auspicabile nella clinica, ma non sempre è possibile, tradurre la funzione del pensare emozioni, sempre presente quale specifica competenza nello psicologo, in una proposta relazionale su di essa

imperniata. La possibilità di esperire nuove forme di relazione, anche non necessariamente, almeno in alcune fasi, incardinate sulla comprensione asimmetrica delle emozioni è resa possibile dall'adozione degli altri dispositivi non basati sull'interpretazione. La funzione esercitata da quest'ultimi è legittimata dal perseguimento di quelle finalità dell'intervento a cui poco prima facevo riferimento.

Infine trovo utile riproporre la questione che ricorre lungo tutto questo contributo in forma di interrogativo: entro le finalità dell'intervento è plausibile la distinzione tra l'obiettivo di arricchire il campo delle potenziali simbolizzazioni affettive esperibili come utili ad affrontare i problemi relazionali presenti e l'obiettivo di implementare e trasmettere la competenza a pensare emozioni? In altri termini la funzione del pensare emozioni è solo una tra le possibili simbolizzazioni affettive realizzabili quale prodotto dell'intervento?

Lascio aperta la questione con la consapevolezza che si sta parlando di sfumature e distinzioni funzionali ad una maggiore chiarezza metodologica e pragmatica. Pensare emozioni costituisce in ogni caso una funzione di grande rilevanza nelle relazioni umane, direttamente correlata all'adattamento. Pensiero e azione sono inestricabilmente intrecciati l'uno all'altra, anche se va precisato che qui il riferimento è al pensiero linguistico riflessivo che costituisce una funzione più specifica.

In diverse circostanze, peraltro, interventi relazionali non interpretativi spianano la strada a una relazione clinica incardinata sul pensare emozioni.

A mio avviso integrare i vari dispositivi dell'intervento psicologico costituisce un'operazione complessa. Si tratta di rendere coerenti strumenti diversi che, a volte, sul piano teorico sembrano contraddittori. Nella prospettiva considerata la varietà degli strumenti d'intervento a disposizione si allarga notevolmente. Questo comporta nuove potenzialità nella capacità dell'intervento psicologico a trattare problemi di convivenza ma segna anche, proprio per la complessità delle variabili in gioco, una maggiore difficoltà ad inquadrare tali interventi entro una teoria della tecnica rigorosa e coerente.

Pensiamo a come l'intreccio della proposta del pensare emozioni con altre tipologie di proposte relazionali possa dare luogo a fantasie collusive coerenti o contraddittorie. Abbiamo visto che, se attraverso l'interpretazione possono passare messaggi prescrittivi, questo è ancora più probabile con interventi non interpretativi caratterizzati da un maggiore grado di potenziale ambiguità.

L'esplorazione e la ricerca volta a dare statuto teorico agli interventi non interpretativi e a setting non scontati nella loro tecnicità, oltre che accrescere gli strumenti a disposizione dello psicologo, costituisce anche un cambiamento per certi versi rivoluzionario. Penso, per esempio, al fatto che giocare con un bambino autistico o andare a vedere una mostra insieme al paziente rappresentano atti relazionali messi in opera dallo psicologo simili agli atti relazionali quotidiani tra le persone. La differenza con il setting fondato sulla stanza dei colloqui è rilevante poiché quest'ultimo istituisce una relazione diversa da quelle che avvengono nella realtà quotidiana. Questo può condurre ad affermare che nell'intervento psicologico il cambiamento delle simbolizzazioni affettive nelle relazioni può avvenire anche attraverso le stesse azioni che producono trasformazioni spontanee nella convivenza. L'esercizio della funzione psicologica si avvicina alla quotidianità della convivenza; ciò significa che il repertorio a disposizione degli psicologi diventa ricchissimo. Ma qual è la differenza rispetto ai cambiamenti spontanei che si producono nei rapporti interpersonali?

E' la competenza dello psicologo a pensare le emozioni e i problemi presenti nelle dinamiche relazionali di quello specifico contesto e di collegarli ad un'azione di cambiamento diretta a uno scopo: implementare la competenza di quel contesto relazionale ad affrontare le proprie criticità.

Per concludere mi preme sottolineare una variabile nota ma spesso inconsapevolmente ignorata: la sostenibilità dell'intervento entro le risorse date. Questo elemento è stato appena accennato nel caso di Paolo. Mi sono occupato per diverso tempo di interventi psicologici brevi nel Centro di Salute Mentale e ho avuto modo di sperimentare che in una relazione terapeutica della durata di pochi colloqui l'utilizzo dell'interpretazione, se non accompagnato e modulato con altri interventi verbali non interpretativi, sia di scarsa efficacia. Credo che quando si pone la questione dei criteri che orientano la modulazione degli strumenti nel lavoro psicologico clinico la sostenibilità, le risorse a disposizione e i limiti organizzativi con i quali si entra in rapporto rappresentino un elemento distintivo della competenza psicologica clinica.

Bibliografia

- Anzieu, D. (1987). L'evoluzione dell'analisi transizionale nella psicoanalisi individuale [The evolution of the transitional analysis in the individual psychoanalysis] In Kaës, R. et al. *Crisi, rottura e superamento. L'analisi transizionale come intervento psicoanalitico sulla crisi* [Crisis, break and overcoming, The transitional analysis as psychoanalytic crisis intervention]. (P. Cavani, Trans.). Torino: Centro Scientifico Torinese. Capitolo 4, 167-200. (Original work published 1979).
- Bleger, J. (1987). Psicoanalisi del setting psicoanalitico [Psychoanalysis of the psychanalytic setting]. In Kaës, R. et al. *Crisi, rottura e superamento. L'analisi transizionale come intervento psicoanalitico sulla crisi* [Crisis, break and overcoming, The transitional analysis as psychoanalytic crisis intervention]. (P. Cavani, Trans.). Torino: Centro Scientifico Torinese. Capitolo 6, 233-249. (Original work published 1979).
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (1981). *Psicosociologia delle organizzazioni e delle istituzioni* [Psychosociology of organizations and institutions]. Bologna: Il Mulino Editore.
- Carli, R. (2014). La psicoterapia e il suo contesto. Un caso di mancata analisi della domanda [Psychotherapy and its context. A case of lacking analysis of demand]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 1-15. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni>
- Cremerius, J. (1985). *Il mestiere dell'analista* [The job of the analyst] (A. Cinato, Trans.). Torino: Bollati Boringhieri Editore.
- Cremerius, J. (1991). *Limiti e possibilità della tecnica psicoanalitica* [Limits and possibility of psychoanalytic technique]. (C. Spinoglio, Trans.). Torino: Bollati Boringhieri Editore.
- De Martis, D. (1992). Considerazioni critiche sulla psicoterapia nei servizi di salute mentale [Critical considerations about psychotherapy in mental health services]. In G. Germano, C. Pellicanò, A. Caneschi, (eds.). *Argomenti di psichiatria*, 140-144.
- Eissler, K.R. (1953). The effect of the Structure of the Ego on Psycho-analytic Technique. *J.Am. Psychoanal. Ass.* I, 103-143.
- Ferenczi, S. & Rank, O. (1974). Prospettive di sviluppo della psicoanalisi. Capitoli 1, 3 [Development perspectives in Psychoanalysis] (M. Novelletto Cerletti, Trans.). In S. Ferenczi, *Fondamenti di psicoanalisi* [Foundations of Psychoanalysis] vol. 3 (pp. 175-193). Rimini: Guaraldi Ed. (Original work published 1924).
- Fornari, F. (1976). *Simbolo e codice* [Symbol and code]. Milano: Feltrinelli Editore.
- Freud, S. (1978) *Introduzione alla psicoanalisi* [Introduction to Psychoanalysis] (M. Tonin Dogana, E. Sagittario, Trans.). Torino: Boringhieri (Original work published 1915-1917).
- Gedo, J.E., Goldberg, A. (1975). *I modelli della mente. Una teoria psicoanalitica* [Model of the Mind. A Psychoanalytic Theory]. (A. Giuliani, Trans.). Roma: Astrolabio-Ubaldini Editore. (Original work published 1973).
- Gill Merton, M. (1996). *Psicoanalisi in transizione* [Psychoanalysis in Transition]. (S. Federici, Trans.). Milano: Raffaello Cortina Editore. (Original work published 1994).
- Kaës, R. (1987). Introduzione all'analisi transizionale [Introduction of the transitional analysis] In Kaës, R. et al. *Crisi, rottura e superamento. L'analisi transizionale come intervento psicoanalitico sulla crisi* [Crisis, break and overcoming, The transitional analysis as psychoanalytic crisis intervention]. (P. Cavani, Trans.). Torino: Centro Scientifico Torinese. Cap. 1, 3-77. (Original work published 1979).
- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1989, quinta ediz.) *Enciclopedia della psicoanalisi* [Encyclopedia of the psychoanalysis]. (G. Fuà, Trans.). Roma-Bari: Laterza Editori. (Original work published 1967).

- Luborsky, L. (1989). *Principi di psicoterapia psicoanalitica. Manuale per il trattamento supportivo-espressivo*. [Principles of Psychoanalytic Psychotherapy. Handbook for the Supportive-Expressive Treatment]. (P. Azzone, R. Ferrari, Trans.). Torino: Bollati Boringhieri Editore. (Original work published 1984).
- Mitchell, S. (1999). *Influenza e autonomia in psicoanalisi* [Influence and Autonomy in Psychoanalysis] (M.A. Schepisi, Trans.). Torino: Bollati Boringhieri Editori. (Original work published 1993).
- Modell, H.A. (1992). *Psicoanalisi in un nuovo contesto* [Psychoanalysis in a New Context] (F. Ortu, Trans.). Milano: Raffaello Cortina Editore. (Original work published 1984).
- Ogden, D. (1999). *I soggetti dell'analisi* [Subjects of Analysis]. (S. Gianetti, P. Leoni, Trans.). Milano: Masson. (Original work published 1994).
- Racamier, J.C. (1998). Una comunità di cura psicoterapeutica. Riflessioni a partire da un'esperienza di vent'anni [A community of psychotherapeutic treatment. Reflections from an experience of twenty years]. In A. Ferruta, G. Foresti, E. Pedriali, M. Vigorelli (eds.) *La Comunità Terapeutica. Tra mito e realtà* [The therapeutic Community. Between myth and reality]. Milano: Raffaello Cortina Editore. (Original work published 1997).
- Strachey, J. (1974). La natura dell'azione terapeutica della psicoanalisi. [The nature of the therapeutic action in psychoanalysis]. *Rivista di Psicoanalisi*, 1974, 20, 92-126. (Original work published 1934).
- Vari, R. (2011). Intervento psicologico breve e nuove domande nel centro di salute mentale [Short term psychological intervention and new demands in the Mental Health Center]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 102-120. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Vari, R. (2014). La psicoterapia nel centro di salute mentale: analisi critica e nuovi orizzonti di sviluppo [Psychotherapy in a mental health center: critical analysis and future developments]. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 1, 35-56.
- Vari, R. (2014). Centro di Salute Mentale. La relazione 'individuo/ambiente di convivenza/Servizio' nell'intervento clinico per le malattie mentali [Mental Health Center, The relationship 'individual/social coexistence milieu/Service' in the clinical intervention for mental illness]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 154-185. Retrieved from: <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., & Jackson Don, D. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana* [Pragmatic of Uman Communication]. (M. Ferretti, Trans.). Roma: Astrolabio-Ubaldini Editore. (Original work published 1967).
- Winnicott, D.W. (1974). *Gioco e realtà* [Playing and Reality]. (G. Adamo, R. Gaddini, Trans.) Roma: Armando Editore. (Original work published 1971).