

Editoriale

Renzo Carli^{*}, *Rosa Maria Paniccia*^{**}, *Cecilia Sesto*^{***}

Da alcuni decenni una vasta fascia della “popolazione con problemi”, nel nostro paese come in altri del mondo occidentale, è inserita entro strutture comunitarie. Tali comunità hanno precise finalità: riabilitative, terapeutiche, volte al reinserimento sociale, al recupero dell'autonomia. Pensiamo ad esempio ai malati mentali, ai disabili dell'infanzia o dell'età adulta, agli anziani, ai tossicodipendenti, a chi non ha una famiglia che si prenda cura di loro.

E' noto da tempo come in queste comunità, affidate a operatori di varia formazione e provenienza culturale, spesso si diffonda la violenza nelle relazioni: tra operatori, tra utenti, tra questi e quelli. Una violenza solo a volte fisica, comunque fondata su soprusi e comportamenti aggressivi; che si può raffigurare, il più delle volte, quale risultante di una parziale o totale incomprendimento del significato simbolico delle relazioni. Se la vediamo innanzitutto entro la relazione tra operatori e utenti, che fonda il motivo dell'esistenza delle comunità, si tratta dell'incomprendimento del significato simbolico di ciò che l'utente problematico propone, con il suo comportamento, ad un operatore impreparato o non motivato a coglierne il senso.

Questa problematica origina, a nostro modo di vedere, dall'accettazione acritica di un falso: quello insito nella finalità conferite alle comunità, per questo denominate – lo abbiamo appena visto – come terapeutiche, riabilitative, di recupero, di riadattamento sociale. Finalità palesemente false, in quanto si sa come spesso non siano realizzabili la terapia, la riabilitazione o il recupero di persone problematiche che, nella loro istituzionalizzazione, vedono di fatto realizzato un allontanamento dal contesto sociale ove il problema sarebbe, o è stato, il motivo del fallimento del sistema collusivo di una convivenza fondata sul buon senso e sulla prevedibilità delle relazioni usualmente esperite.

Un esempio: un “giovane adulto” con disabilità è avvicinato per la prima volta da una allieva della nostra scuola di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica, A.; A. inizia quel giorno il suo tirocinio presso la comunità che ospita G. da più di quindici anni. G. è entrato nella comunità “riabilitativa” all'inizio dell'adolescenza e vi risiede stabilmente. A. si avvia alla mensa con lui, che si lamenta per il forte caldo sino a buttarsi per terra teatralmente, quasi a denunciare che non riesce più a sopportare l'elevata temperatura della giornata. Poco dopo i due entrano nella mensa; l'aria condizionata è fuori uso, fa un caldo infernale. G., con un movimento improvviso, rompe con un pugno il vetro di una finestra, creando scompiglio e allarme. Una operatrice, mentre si china a raccogliere i vetri rotti, dice ad A. che si dovrà abituare a questi i gesti violenti di G.. Allo stesso tempo un altro “disabile”, fermo lì nei pressi con la sua carrozzella, dice a voce alta: ”Adesso c'è più fresco, qui!”. A. nota che nessuno degli operatori si era preso cura di avvisare gli ospiti dell'inconveniente dovuto alla rottura dell'impianto di aria condizionata. Nel pomeriggio G. gioca a carte con A.. Giocano, su richiesta di G., a carte scoperte; ad A. appare chiaro come G. giochi a perdere e non a vincere. Glielo dice interrogativamente; G., sorridendo con aria sorniona, risponde che è vero. Lo fa, aggiunge, perché desidera che la partita duri il più possibile.

* Già professore ordinario di Psicologia clinica presso la Facoltà di Psicologia dell'Università di Roma “Sapienza”, membro della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association. Direttore della Rivista di Psicologia Clinica e della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento psicologico clinico e analisi della domanda (SPS).

** Professore associato presso la Facoltà di Psicologia - oggi Medicina e Psicologia - dell'Università di Roma “Sapienza”, docente SPS

*** Psicologa clinica, psicoterapeuta, Roma; docente SPS.

In questi episodi si vede chiaramente come in G. lo sforzo di comunicare le proprie emozioni sia molto attivo e competente. G. protesta perché nessuno lo fa partecipe del mancato funzionamento dell'aria condizionata, ed è efficace nel far entrare aria fresca nella stanza. Certo, poteva aprire la finestra invece di rompere il vetro; ma questo non avrebbe espresso il suo disappunto per l'indifferenza nei confronti del disagio sofferto dagli ospiti. G. è diffidente sul reale interesse di A. nel passare del tempo con lui giocando a carte, e teme la fine repentina della partita, con la conseguente esperienza di abbandono. Lo comunica in modo intelligente, giocando a perdere e al contempo chiedendo di giocare a carte scoperte affinché A. potesse accorgersi del sotterfugio.

La cosa si sarebbe potuta liquidare rapidamente, evidenziando ad esempio come G. non conoscesse le regole del gioco che si stava giocando. Rompere un vetro per protesta, e al contempo porre un qualche rimedio all'aria calda e fastidiosa della stanza; giocare a perdere per prolungare un rapporto piacevole, del quale si teme la fine. A ben vedere si tratta di modalità di rapporto fondate sull'ironia; un'ironia che appare simpatica, che segna affettivamente la relazione tra G. e A. non appena sia reso possibile un pensiero sulle vicende sperimentate.

Pensare emozioni. Questo, lo abbiamo sottolineato più volte, è l'obiettivo dello psicologo clinico – psicoterapeuta a orientamento psicoanalitico, nel suo rapporto con le differenti componenti di un sistema sociale, sia esso una comunità, un servizio di salute mentale, un reparto d'ospedale, un ospite o un operatore all'interno di queste strutture. Già, ma pensare emozioni è un compito difficile. E' difficile perché implica la competenza ad andare "oltre" la risposta collusiva che il senso comune suggerisce nei confronti dei comportamenti inusuali proposti entro le strutture delle quali stiamo parlando. Implica, ad esempio, uno sguardo ironico, quindi pensato, circa le finalità – spesso fondate su pregiudizi ideologizzati – che la prassi consolidata e acritica intende perseguire.

C'è ancora chi crede, a volte in buona fede, che i pazienti psichiatrici gravi possano guarire; c'è ancora chi ritiene che la detenzione entro l'istituzione carceraria, così com'è oggi, sia finalizzata alla riabilitazione di chi ha commesso atti devianti. C'è ancora chi pensa che qualche forma di terapia renda possibile l'"autonomia" di persone cui è stata diagnosticata una disabilità mentale grave. C'è ancora chi pensa che l'ospedale generale, se finalizzato all'umanizzazione della cura, possa curare i malati ricoverati e al contempo prendersi cura della loro soggettività, espressione della loro relazione con il contesto ospedaliero.

Pensiamo che queste credenze siano espressioni di un passato ideologizzato e ideologizzante, un passato ove l'attenzione alla marginalità e la valorizzazione della marginalità fondavano visioni del mondo contrapposte a quelle dell'egoismo marginalizzante e diversi, tutto volto ad esaltare il conformismo. Un passato meritorio, indubbiamente, ma che ben presto ha posto il problema della *prassi* nei confronti della marginalità valorizzata.

Una prassi che si è trovata confrontata, ad esempio, con il difficile "reinsediamento" dei malati mentali gravi, in famiglia o entro il più ampio sistema sociale. Si è spesso invocato il mai compiuto processo di riforma, iniziato dalla legge 180, per giustificare la difficile gestione della malattia mentale entro un sistema sociale che si era posto, giustamente, in alternativa all'ospedale psichiatrico. Pensiamo che prima delle insufficienti strutture volte alla prevenzione e alla cura della malattia mentale, vada approfondito il disorientamento - nelle strategie d'intervento - del sistema psichiatrico, incapace di una integrazione con le altre professioni iscritte entro la riforma, quali lo psicologo, l'educatore o l'assistente sociale. Un disorientamento fondato sull'incapacità di individuare strategie di rapporto, con il malato mentale grave, alternative a quelle autoritarie del vecchio manicomio, da parte degli psichiatri. Incapace, quindi, di darsi obiettivi derivanti non dalla "diagnosi" e dalla "cura" del malato mentale - che la psicofarmacologia aveva da qualche decennio reso possibile con tutti i limiti insiti

nella terapia psicofarmacologica - quanto dalla competenza a stabilire relazioni capaci di cogliere la dinamica simbolica del rapporto tra malato e contesto, tra malato e operatore.

Si sono a lungo esaltate le iniziative volte a umanizzare il sistema sanitario, in particolare l'ospedale generale. Con scarsissimi risultati. Tutto questo è avvenuto perché l'analisi del sistema sanitario non ha colto l'incapacità – insita nel sistema stesso – di interrompere l'azione “sanitaria” e di farsi carico della soggettività del paziente e del suo sistema parentale. La soggettività del paziente si può analizzare, quindi “vedere” e trattare, solo se si interrompe l'azione sanitaria che, per sua stessa definizione, non si sofferma a considerare tale soggettività in quanto opera, quindi agisce, per il bene del paziente stesso. Il recupero della soggettività dei pazienti ospedalizzati è possibile con l'ingresso, entro una funzione integrativa, degli psicologi a fianco del personale sanitario.

Potremmo continuare a lungo. Pensiamo che la violenza caratterizzante le strutture comunitarie ove vengono “trattati” i diversi (pazienti, malati mentali, disabili, carcerati) sia la diretta conseguenza di una difficoltà, entro le strutture deputate al trattamento, a sospendere l'azione “terapeutica” o “riabilitativa” per istituire un pensiero sulla relazione e sulle simbolizzazioni affettive che la relazione tra operatore e “paziente” comporta. Pensiamo che un intervento fondato sulla competenza psicoanalitica – riferita alle relazioni entro i sistemi di cura e di riabilitazione – sia in grado di recuperare la soggettività delle persone, la simbolizzazione affettiva delle relazioni, quindi il pensiero ironico sulle relazioni stesse.

Questo primo numero dei *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica* è interamente dedicato a questa tematica. Vengono presentati i contributi discussi entro tre incontri seminariali tenuti nel 2013 dalla Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica dello Studio di Psicosociologia di Roma. I temi di questi seminari sono stati:

- il “gruppo” nell'esperienza di intervento entro le strutture organizzative;
- l'“ospedale” e la funzione integrativa dello psicologo clinico entro l'ospedale stesso;
- la “disabilità” e una rivisitazione della funzione psicologico clinica entro tale ambito;

Il lettore potrà trovare, per ogni tematica, una introduzione al tema e alcune esperienze, spesso innovative, descritte e commentate da allievi della Scuola. Esperienze di tirocinio o esperienze lavorative. Potrà emergere, lo speriamo, la rilevanza del tirocinio nella formazione degli allievi e la valenza di sperimentazione del tirocinio stesso, volta a individuare nuove modalità di presenza della funzione psicologico clinica e psicoterapeutica, entro le strutture.