

“New psychological work” and the competence to collude

Renzo Carli^{*} e Rosa Maria Paniccia^{}**

Abstract

In the present paper we highlight the centrality of the analysis of relationships as a focal point of clinical psychological intervention and as an alternative to diagnosis. Three clinical examples are presented which help to understand how relationships are the core problem we aim at facing, both within family care, education and social domains. Psychological function can radically change assistance work, changing useless and obsolete goals into effective interventions. This is possible by changing the intervention goal, moving it from the single disabled person or issue to the relationship in which intervention is contextualized.

Keyword: analysis of demand; collusion; failure of collusion; assistance; disability.

^{*} Past Full Professor of Clinical Psychology at the faculty of Psychology 1 of the University “Sapienza” in Rome, Member of the Italian Psychoanalytic Society and of the International Psychoanalytical Association, Director of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology) and of *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica* (Cahiers of the Journal of Clinical Psychology), Director of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychoterapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand. E-mail: renzo.carli@uniroma1.it

^{**} Associate Professor at the faculty of Medicine and Psychology of the University “Sapienza” in Rome, Editor of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology), Member of the Scientific and Teaching board of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychoterapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand. E-mail: rosamaria.paniccia@uniroma1.it

I “nuovi lavori” degli psicologi e la competenza a colludere

Renzo Carli^{*} e Rosa Maria Paniccia^{}**

Abstract

Nel presente lavoro viene proposta l'analisi della relazione come luogo del problema che caratterizza l'intervento psicologico clinico quale alternativa alla diagnosi. Tre esempi clinici aiutano a cogliere come la relazione sia il luogo del problema che s'intende affrontare; sia con il lavoro d'assistenza in ambito familiare, che scolastico o sociale. La funzione psicologica può cambiare radicalmente il lavoro assistenziale, mutando obiettivi inutili e obsoleti in interventi efficaci. Ciò è possibile se l'intervento cambia il proprio obiettivo, spostandolo dalla singola persona disabile o problematica, alla relazione entro la quale l'intervento si contestualizza.

Parole chiave: analisi della domanda; collusione; fallimento della collusione; assistenza; disabilità.

^{*} Già professore ordinario di Psicologia clinica presso la Facoltà di Psicologia¹ dell'Università “Sapienza” di Roma, 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. E-mail: renzo.carli@uniroma1.it

^{**} Professore Associato presso la Facoltà di Medicina e Psicologia dell'Università di Roma “Sapienza”, Editor di *Rivista di Psicologia Clinica*, membro del Comitato Scientifico Didattico del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. E-mail: rosamaria.paniccia@uniroma1.it

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2016). I “nuovi lavori” degli psicologi e la competenza a colludere [“New psychological work” and the competence to collude]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 16-31. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

Premessa

Sempre più spesso, nel censimento delle attività svolte dai giovani psicologi, emerge un “nuovo” lavoro psicologico e psicoterapeutico. Tale lavoro differisce, di molto, dalla rappresentazione “mitica” della psicoterapia psicoanalitica, o dall’attività psicoterapeutica nelle sue differenti declinazioni. Gli psicologi, specie i più giovani, resocontano di interventi entro assetti di lavoro che non solo appaiono mal pagati e poco prestigiosi, ma anche apparentemente poco utili per l’utenza e per la formazione clinica degli psicologi stessi. Nulla di più falso.

Nulla di più falso circa la scarsa utilità di tali lavori; e nulla di più falso se si considera la profonda valenza formativa assunta dal riflettere, tramite il resoconto, sui lavori stessi, al fine della formazione psicologico clinica.

Il vero problema sta nel fatto che dedichiamo pochissimo tempo a “dare senso” a lavori che appaiono, se approfonditi, molto interessanti e coinvolgenti; anche sotto il profilo della psicoterapia. Si tratta di lavori che non hanno una letteratura alle spalle; è raro trovare contributi ove venga proposta una riflessione scientifica che li approfondisca. Si tratta, anche, di lavori storicamente recenti, che sembrano la risultante di modelli culturali della contemporaneità.

I “nuovi lavori” hanno, a nostro modo di vedere, alcune caratteristiche comuni:

- si tratta di interventi realizzati con persone che, spesso, non hanno chiesto direttamente una “assistenza”, una “terapia”, un “intervento”. Il committente può essere il più vario: magistrati, genitori o familiari degli utenti, insegnanti, servizi sociali, psichiatri, neuropsichiatri infantili, servizi socio-sanitari, cooperative.
- l’operatore che interviene non ricopre, formalmente, un ruolo psicologico; l’intervento può essere realizzato in collaborazione con “operatori” caratterizzati dalla più varia formazione: educatori, assistenti sociali, operatori del volontariato, così come – spesso – psicologi. L’intervento può avvantaggiarsi di una funzione psicologica, ma questa non è attesa dalla committenza. Spesso, la committenza si aspetta “solo” di impegnare qualcuno che si occupi della persona problematica, designata non tanto dalla sistematicità del problema per il quale si richiede l’intervento, quanto dalla “sistematicità della diagnosi”. In altri termini, all’operatore si chiede, il più delle volte, di prestare “assistenza”.
- nel nuovo lavoro, lo psicologo ha a che fare con una persona diagnosticata. Diagnosi che spazia dall’autismo alla gamma delle disabilità infantili, dalla malattia mentale ai disturbi neurologici o psichici dell’età anziana, dalle tossicodipendenze alle difficoltà di adattamento sociale, dalle difficoltà di apprendimento ai deficit di genitorialità. Interessante notare che, salvo eccezioni, non viene posta alcuna relazione tra diagnosi e intervento. Si parla spesso di assistenza, a volte di riabilitazione, senza che sia previsto un processo controllato dell’iter di assistenza, o riabilitativo.

Il dato generale è che questi interventi hanno a che fare con *singole persone*: ad esempio il disabile a scuola, il tossicodipendente senza fissa dimora, lo studente da aiutare nei compiti, il giovane da seguire come compagno adulto, il bambino autistico da impegnare in attività le più varie e con gli obiettivi più diversi, i genitori da controllare nelle loro competenze genitoriali, i malati cronici o incurabili da assistere.

La competenza psicologica, nella quasi totalità di queste situazioni d’intervento, consente di trasformare un intervento dalle finalità accennate, ma senza obiettivi precisi, in interventi con obiettivi definiti e verificabili; spostandolo dalla singola persona alle relazioni che caratterizzano l’esperienza entro la quale si lavora. Serve, quindi, una teoria della tecnica che sia capace di capire, interpretare la relazione, e che consenta la facilitazione al cambiamento della relazione stessa.

La diagnosi e il problema

Quando formuliamo ipotesi sulle questioni delle persone che incontriamo nel lavoro clinico, quali criteri utilizziamo? Con quali categorie pensiamo alle persone che si rivolgono a noi, ad esempio nella psicoterapia? Con quali modelli ne definiamo i problemi? Una risposta a questo interrogativo sembra importante, per cogliere il senso dei “nuovi lavori” degli psicologi clinici.

Una proposta, al proposito, sembra venire da una pubblicazione che si può dire recentissima, anche se non vi si rintraccia una data di stampa. La pubblicazione è pervenuta a uno di noi, in quanto membro della Società Psicoanalitica Italiana, alla fine di marzo 2016. Si tratta del *Profilo della Società Psicoanalitica Italiana nell’Indagine SPI 2014*, a cura di Giuseppe Sabucco; è pubblicato dalla stessa società. Molti sono i dati interessanti, in questo rapporto di ricerca; per ora basti ricordare le tabelle 5 e 6. Il ricercatore si chiede quale

sia il motivo dell'invio dei pazienti all'analista, e quale sia la loro diagnosi. Viene precisato che, nella comparazione tra i dati di questa ricerca e quelli emersi nella ricerca 2004, effettuata per la SPI da Eurisko, "è stata mantenuta la stessa classificazione dei possibili motivi dell'invio" (Sabucco, 2016, p. 34), così come è stata ripetuta la classificazione dei pazienti in psicoanalisi. La classificazione è la seguente:

Disturbi dell'umore
Disturbi d'ansia
Eventi di vita stressanti
Disturbi del comportamento
Disturbi di personalità
Stati psicotici (schizofrenia)
Training in psicoterapia o counselling
Training in psicoanalisi

Come si vede, per sapere quali siano i pazienti che fanno domanda di analisi, o che vengono inviati in psicoanalisi, per definire quali sono le persone che frequentano gli studi degli psicoanalisti, chi ricorre alla cura psicoanalitica, si utilizza – con la sola eccezione dei training – la *diagnosi secondo il DSM*.

Questa "classificazione" degli invii – e ancora passi – così come della "tipologia" delle persone in analisi, lascia molto, molto perplessi. Pensiamo ai tempi – sembrano lontani, anche se non sono passati nemmeno due decenni – nei quali si discuteva animatamente, entro la SPI, se con la psicoanalisi si promuovesse una "cura" o una "conoscenza". Di sé, ovviamente. C'è da chiedersi che rapporto ci sia tra psicoanalisi e "disturbi dell'umore" psichiatricamente intesi. O tra psicoanalisi e "eventi di vita stressanti". Ci si può chiedere, ancora, in cosa differisca un trattamento psicoanalitico, quando ci si occupa di un disturbo del comportamento o nel caso in cui si intende "curare" un disturbo d'ansia. Quest'appiattimento pretestuoso della psicoanalisi entro una problematicissima classificazione diagnostica psichiatrica, sembra mortificare il processo psicoanalitico in modo irreparabile. Ricorrere, oggi, a una classificazione che esprime la grave crisi della psichiatria, ove conoscenza e intervento psichiatrici vengono associati a sintomi descrittivi, senza alcuna ipotesi eziologica, evidenzia la parallela, grave crisi della psicoanalisi. Si elude, inoltre, il problema concernente i motivi che portano una persona a chiedere il trattamento psicoanalitico; o, meglio ancora, a consultare uno psicoanalista. Si elude il problema della domanda e della sua analisi. Al posto della domanda, si mette la "diagnosi". Nell'illusione che la classificazione diagnostica possa giustificare l'elusione di un problema, quello della domanda, per il quale sembra che la gran parte degli psicoanalisti non disponga di categorie di analisi e di comprensione.

Ma torniamo all'interrogativo circa i modelli utilizzati per categorizzare le persone che si rivolgono alla psicologia clinica o alla psicoterapia, o per le quali viene prescritta la stessa psicoterapia, nelle sue differenti declinazioni. Sempre più spesso, in una sorta di medicalizzazione dei problemi, si guarda alla causa del disturbo più che al motivo che porta una persona a chiedere l'intervento.

a – Una prima categoria è data dai problemi di origine biologico – genetica. Il pensiero corre all'autismo, ma possiamo considerare anche il ritardo mentale, i disturbi d'apprendimento, in parte le psicosi e le infinite altre forme problematiche che la tendenza biologista delle neuroscienze sta moltiplicando. Il connubio con l'approccio neuropsicologico, o più in generale con gli studi delle neuroscienze, ha moltiplicato i disturbi di origine biologica. Disturbi che, in generale, sono definiti quali disabilità. Interessante notare che l'intervento psicologico, in questi casi, non concerne propriamente una "cura", in quanto queste forme vengono considerate – di fatto – come incurabili. L'intervento consiste, regolarmente, in una rieducazione, o meglio in una *riabilitazione*. Il binomio: disabilità – riabilitazione definisce la quasi totalità degli interventi cognitivi – comportamentali.

b – Una seconda categoria di problemi ha a che vedere con dimensioni problematiche generate dalla relazione, in particolare dalla relazione familiare o parentale. La relazione può generare disturbi. Si pensi alla "madre schizofrenogenica", al suo proporre una relazione fondata sul doppio legame e alla conseguente psicotizzazione della figlia o, meno frequentemente, del figlio. Si pensi alla "fortezza vuota", così come se ne parla nel noto libro di Bruno Bettelheim, *The Empty Fortress: Infantile Autism and the Birth of the Self* del 1967, o alla "madre frigorifero". Molte sono le relazioni che, entro le varie ipotesi sociogenetiche dei disturbi di adattamento, possono essere considerate quali cause del problema. In tale ambito sembra esserci, ancora, poco da fare sul piano terapeutico; molto si può fare per riorganizzare la relazione sociale tramite, ad esempio, tecniche specifiche volte a cambiare i sistemi di relazione.

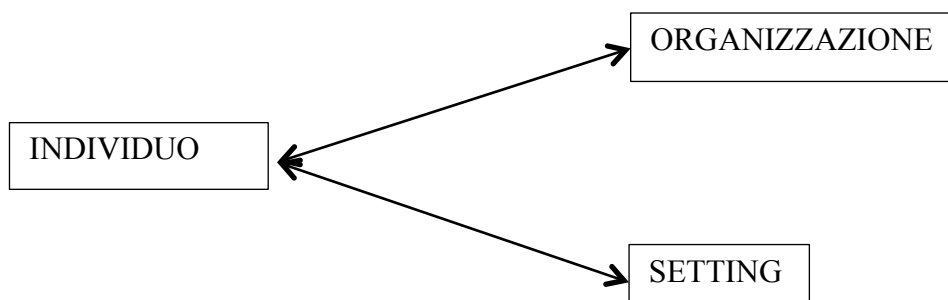
c – Un terzo gruppo di problemi può prendere origine dalle dinamiche intrapsichiche della persona. Si tratta di ipotesi spesso ambigue. Si pensi, ad esempio, alla teorizzazione kleiniana e alla difficile distinzione, nella descrizione del processo proprio del mondo interno, tra la natura interna o esterna di “oggetti” quali “madre”, “seno”; o alla difficile teorizzazione di processi quali l’“identificazione proiettiva”. Si pensi alla povertà psicoanalitica del modello strutturale, ove la dinamica tra Io – Es – Super Io si trasforma, spesso, in una sorta di vicenda familiare fatta di forze, pulsioni, difese, rafforzamenti ecc... La psicopatologia derivante *esclusivamente* dalla dinamica del mondo interno è, spesso, astorica e acontestuale: ne consegue uno iato, incolmabile purtroppo, tra i problemi del paziente e i modelli interpretativi dello psicoanalista. Uno iato che, a nostro modo di vedere, sta alla base della profonda crisi che attraversa la pratica della cura psicoanalitica. Questo terzo gruppo di “cause” che giustificano l’insorgenza di problematiche per le quali ci si rivolge alla psicoterapia, è affrontabile solo con la psicoanalisi. Con una psicoanalisi che fa riferimento al solo mondo interno dell’analizzando. Una psicoanalisi che “funziona” indipendentemente dai problemi del paziente, o meglio di chi si rivolge allo psicoanalista. La prospettiva psicoanalitica, se orientata alla dinamica del solo mondo interno, non ha alcun ancoraggio alla psicopatologia o alla problematica delle persone che “fanno psicoanalisi”. La dinamica orientata all’analisi del transfert può essere praticata con un allievo in training, o con una qualsiasi persona che intenda fare esperienza psicoanalitica, indipendentemente dai suoi problemi o dalla sua “diagnosi”.

In sintesi, abbiamo due approcci psicoterapeutici fondati sulla “diagnosi” e sulle ipotesi genetiche della psicopatologia del singolo. Abbiamo, poi, un approccio – quello psicoanalitico, fondato sulla dinamica del mondo interno – che può essere utilizzato, acriticamente, per tutti, indipendentemente dai motivi che portano la persona alla psicoanalisi: la problematica trattata viene generata dalla relazione psicoanalitica e sarà trattata entro la relazione psicoanalitica, indipendentemente dalla storia personale dell’analizzando e dalla sua modalità di relazione con il contesto. Questo è il motivo per cui il tentativo di ancoraggio, segnalato nella ricerca SPI, alla psicopatologia del DSM – per la definizione delle persone in analisi presso gli psicoanalisti di quella società – appare come penoso e fuorviante. Si tratta del tentativo di iscrivere la cura psicoanalitica, contro ogni teoria della tecnica psicoanalitica, entro l’alveo delle psicoterapie atte a curare specifiche forme di psicopatologia. Questo tradisce, a nostro modo di vedere, il senso dell’intero movimento psicoanalitico e del suo originale apporto culturale alla modernità.

d – Veniamo a un quarto modo di guardare ai problemi trattati dagli psicologi e, in particolare, dagli psicologi a orientamento psicoanalitico. In questo caso, non si tratta di un approccio che vuole proporre ipotesi sulla “eziologia” (genetica, intrapsichica o relazionale) del disturbo. Non si tratta di un approccio *diagnostico*, quindi. Quell’approccio diagnostico così incerto, troppo spesso vago, impreciso, ma al contempo saccente e accattivante, perché fondato sull’imitazione del modello medico. Si tratta di cogliere che, qualsiasi sia la “diagnosi” attribuita a una persona vista come problematica, *il luogo (e non la causa) del problema è la relazione*. Ad esempio, il luogo del problema di un bambino autistico non è, di fatto, il suo “autismo” quanto la relazione tra genitori e ragazzino, tra bambino e compagni di scuola o tra bambino e insegnanti, tra famiglia del ragazzino autistico e contesto sociale, sanitario, riabilitativo. È all’interno della relazione che va proposto l’intervento, così come lo stiamo proponendo.

Ritorniamo al tema da noi trattato, anni fa, con il triangolo ISO (Individuo – Setting – Organizzazione). Un tema che venne analizzato per fondare la teoria della tecnica entro la proposta di analisi della domanda.

Lo ricordiamo:



Vi invitiamo a riflettere su questo triangolo. Il luogo del problema (non della diagnosi che, inevitabilmente, è individuale) è la relazione tra la persona e il suo contesto. Quando avviciniamo una persona, nel modello che stiamo utilizzando, non abbiamo un rapporto con un “individuo”, ma – sempre – con la relazione tra questo

individuo e il suo contesto. La relazione che la persona instaura con noi è strettamente connessa alla dinamica collusiva che la stessa persona esperisce entro i suoi contesti, quello familiare, lavorativo, scolastico, amicale, istituzionale. Questa è la fondamentale differenza tra diagnosi e problema.

La diagnosi definisce, nella scia del modello medico, la psicopatologia o la disabilità di un singolo individuo. Il problema definisce la modalità della relazione tra l'individuo (il gruppo sociale o l'organizzazione) e il suo contesto.

La diagnosi è una sorta di vicolo cieco, per quanto concerne ciò che la persona porta nella relazione con noi. Il problema, di contro, parla della relazione con il contesto, così come viene "riprodotta" entro la relazione con noi.

Un primo esempio clinico

Porteremo alcuni esempi, al proposito. Il primo è tratto da Ferruta (2015):

Illustro brevemente un esempio clinico: un uomo nell'età di mezzo, con un forte senso di responsabilità verso la moglie i figli e il lavoro, decide di separarsi per dare spazio alla relazione passionale con un'altra donna pure sposata con figli, che vive lontano. Viene con urgenza a chiedere una consultazione, preoccupato per il fatto che gli è capitato di avere comportamenti violenti con questa, in uno stato di non consapevolezza. Ne è profondamente spaventato. Ascolto quest'uomo grande e grosso, che a stento riesce a essere contenuto nella poltroncina del mio studio a lui destinata: attraversa la mia mente una sequenza nella quale immagino che mi potrebbe distruggere con un manrovescio... Passano in rassegna nella mia mente, come nella parata delle Forze Armate ai Fori Imperiali del 2 giugno, tutte le possibili interpretazioni di contenuto (senso di colpa per l'abbandono della moglie proiettato sulla partner, relazione perversa sadomasochista, autopunizione per il tradimento ricercata con i rischi di denuncia penale, rabbia verso la madre che ha sempre sopravvalutato i fratelli ecc.). Aspetto, cercando di non precipitarmi a evacuare interpretazioni per liberarmi dell'ansia che il paziente mi ha trasmesso, di non rifugiarmi in consigli di essere cauto di natura supportiva, consigli che il paziente è in grado di formularsi da solo, di non evitare il problema della violenza che irrompe in seduta, dando l'indirizzo di un collega psichiatra che può spegnere l'incendio con una prescrizione farmacologica.

Mi metto in una posizione emotiva di ascolto, dell'ansia acuta del paziente e delle mie emozioni e associazioni fluttuanti. Utilizzo il problema principale che mi ha portato e che anch'io ho sentito, cogliendo al volo le differenze di 'stazza' tra il paziente e me, sia sul piano fisico, sia su quello del contenimento delle emozioni: la paura. Vedo in lui un uomo spaventato che ha bisogno di un punto di riferimento: non gli bastano l'autocritica e il senso di colpa. Lavoriamo sulla paura: capiamo che l'azione violenta si scatena quando ha paura perché si sente senza via d'uscita e allora deve fare qualcosa per sfuggire alla passività claustrofobica che lo sovrasta. Gli dico che è lui che ha bisogno di tutela, come un animale spaventato, che si sente irretito in una relazione a cui non può sfuggire (quella con l'amante che lo imprigiona con la passione, quello con la moglie saggia che lo lega con la responsabilità verso di lei e i figli, quello con la madre che lo catturava con il non apprezzamento, quello con l'analista che ha appena consultato e che teme lo ingaggerà in un rapporto senza fine) e allora cerca una via d'uscita con azioni disordinate e disperate. Gli propongo alcuni incontri in cui approfondire la questione e nel contempo gli fornisco un kit di sopravvivenza alternativo all'azione violenta che si scatena in lui all'improvviso come una tempesta, costituito dalla possibilità di chiamarmi sul cellulare, se scatta l'emergenza: telefonare è pur sempre una forma di azione, talvolta anche violenta, se avviene all'improvviso, di notte o nei giorni di festa. Da questo contatto con il nucleo affettivo relazionale primario di un legame vincolare non simbolizzato possiamo ripartire e ritrovarlo lungo il percorso in diverse situazioni che stanno alla base della sua sofferenza acuta e del suo senso di fallimento e lasciarlo evolvere in nuove modalità relazionali.

In questi casi il limite è costituito dalla difficoltà di predisporre una situazione analizzante specifica per il caso clinico incontrato, sia per il carattere di urgenza della crisi emozionale, sia per l'immersione del soggetto in un mondo di esteriorità distante dalle sofferenze preverbalí profonde, a lungo allontanate con meccanismi dissociativi e di evitamento. La mente dell'analista si colloca nella dimensione di ascolto del sogno del paziente di incontrare un oggetto disponibile a cogliere il suo sogno implicito e a attivare una funzione psicoanalitica su misura, funzionando da oggetto trasformativo. L'incontro avviene sulla base di associazioni libere non verbali e immaginazioni emergenti nell'attenzione fluttuante, che ristabiliscono un contatto comunicativo con un aspetto incistato e prigioniero che vuole ritornare alla luce (pp. 920-21).

Perché consideriamo molto interessante questo esempio clinico? Un primo motivo concerne il contesto di lavoro in cui l'esempio si svolge: si tratta dello spazio di consultazione della collega psicoanalista, non di una seduta di psicoterapia psicoanalitica. Un po' come nel caso di "Psicoanalisi selvaggia", ove Freud parla dell'incontro con due donne problematiche, dal colloquio con le quali trae lo spunto per il suo lavoro (Freud, 1910; Carli, 2014). È interessante notare la "paura" provata dalla psicoanalista nei confronti dell'uomo "grande e grosso" che le chiede aiuto per i suoi agiti aggressivi verso la donna per la quale prova una forte attrazione, e per sposare la quale si vuol separare dalla madre dei suoi figli. "...mi potrebbe distruggere con un manrovescio". Una paura che sembra derivare dall'assenza della dipendenza del paziente dallo psicoanalista; quella dipendenza che la cura psicoanalitica comporta. Un contesto di intervento, ove prevale l'urgenza del problema, portato dall'uomo che si è recato alla consultazione, sulla dinamica di lungo termine che sostanzia la relazione analitica e, appunto, sulla dipendenza che il lavoro psicoanalitico evoca nel paziente. In questo senso, quindi, l'intervento entro l'ora di consultazione si avvicina al lavoro degli psicologi nelle più varie situazioni di assistenza domiciliare, di assistenza scolastica ai disabili, di lavoro con ragazzi affetti dai più vari disturbi.

Se guardiamo al "caso" riportato, il paziente non porta, come dice l'Autrice, un "sogno implicito"; porta alcuni agiti per lui preoccupanti; agiti fatti di comportamenti violenti nei confronti della donna con la quale ha una "relazione passionale". Una relazione che conduce entrambi, presi dall'attrazione reciproca, alla decisione di rompere il loro legame matrimoniale, per dare inizio a una nuova relazione. Agiti, inoltre, che caratterizzano, almeno in parte, la nuova relazione "passionale". L'uomo in questione, in altri termini, porta all'analista – che vede nello spazio di consultazione – un problema di relazione, non un problema che si possa esplorare entro la dinamica intrapsichica. Le ipotesi che fa – tra sé e sé – l'analista circa gli agiti violenti dell'uomo in questione, e che chiama "interpretazioni di contenuto", concernono:

- *sensò di colpa* per l'abbandono della moglie, proiettato sulla partner
- *relazione perversa sadomasochista*
- *autopunizione* per il tradimento, ricercata in quanto implicante rischi di denuncia penale
- *rabbia* verso la madre, che ha sempre sopravvalutato i fratelli ecc.

È interessante notare che il "senso di colpa" proiettato sulla partner (è "colpa sua" se mi trovo ad abbandonare moglie e figli, quindi la aggredisco in quanto portatrice della colpa proiettata), l'"autopunizione" cercata con un comportamento violento o la "rabbia" verso la madre, sono ipotesi che hanno, tutte, a che vedere con una dinamica relazionale. Si pensi, ad esempio, al senso di colpa: si tratta di un'emozione che è possibile, e acquista la sua valenza distruttiva, solo entro specifiche relazioni. La "relazione perversa sadomasochista", di fatto, è un'ipotesi che concerne la *relazione tra l'uomo e la sua partner*; un'ipotesi che implica una dinamica collusiva tra l'uomo e la sua partner. La partner, di fatto, sembra "accettare" la violenza dell'uomo, senza mettere in discussione, a quanto ne sappiamo, la relazione con lui. L'uomo, in altri termini, porta – all'interno della sua domanda all'analista – un problema che può essere considerato solo entro una relazione. È la relazione, a volte violenta, tra l'uomo e la sua partner, il luogo del problema portato con angoscia e urgenza. Confondere il racconto di un agito collusivo con un sogno, evento tipicamente intrapsichico, rende difficile cogliere un aspetto di questo caso che non può essere affrontato e capito con il solo modello limitato alla dinamica interna di chi si rivolge all'analista. La relazione perversa, infatti, può essere analizzata con categorie diverse da quelle dei "vissuti" evocati dalla dinamica delle fantasie proprie del mondo interno; la stessa cosa vale per il vissuto di colpa, quello di autopunizione o di rabbia. La relazione perversa comporta reciprocità di vissuti, comporta simbolizzazioni emozionali collusive, quindi inconsciamente condivise, del contesto entro il quale la relazione si dispiega. Tutto questo rende possibile anche un riesame dell'analisi condotta sulla "paura", una paura scatenata, nell'uomo, dal vissuto d'impotenza. Dice il testo del caso:

l'azione violenta si scatena quando ha paura perché si sente senza via d'uscita e allora deve fare qualcosa per sfuggire alla passività claustrofobica che lo sovrasta.

L'impotenza, il sentirsi senza via d'uscita, sono emozioni "intrapsichiche" o possono più utilmente essere considerate quali esempi di una dinamica collusiva relazionale? Questo interrogativo, ci sembra, pone alcune questioni di grande rilevanza nella clinica psicoanalitica. Il sentimento d'impotenza viene spesso descritto, a partire dai lavori di Fromm pubblicati alla fine degli anni '30, come una connotazione personale, individuale, descritta con i sintomi di apatia, ansia, collera, inquietudine, rassegnazione, passività. Viene anche descritta come impossibilità di affrontare in modo efficace le "situazioni problematiche della vita" o le "difficoltà che

la vita comporta”. In questa prospettiva, si può “soffrire” di sentimento d’impotenza come si può “soffrire” di un calcolo renale o di un’epatite virale.

No. Il sentimento d’impotenza concerne, sempre, una relazione. Ci si sente impotenti entro una relazione. Al di fuori della relazione, il vissuto d’impotenza perde di senso. L’evoluzione del contesto può far assumere, alle relazioni, connotazioni tali da rendere immanente il senso d’impotenza. Il figlio cresce e la relazione di controllo, esercitata dal genitore sul figlio, si rende impossibile; qui è l’impossibilità di controllare che motiva il vissuto d’impotenza. Anche la paura, evocata dal senso d’impotenza, è un’emozione che si può analizzare solo entro la relazione. Nel caso ora riportato, ciò che colpisce è la propensione ad “agire” del paziente. Ricordiamo al proposito le parole dell’analista, riportate nel caso:

In questi casi il limite è costituito dalla difficoltà di predisporre una situazione analizzante specifica per il caso clinico incontrato, sia per il carattere di urgenza della crisi emozionale, sia per l’immersione del soggetto in un mondo di esteriorità distante dalle sofferenze preverbalí profonde, a lungo allontanate con meccanismi dissociativi e di evitamento.

L’immersione in un mondo di esteriorità, l’evitamento delle sofferenze preverbalí profonde mediante meccanismi dissociativi, tutto questo può essere molto più facilmente compreso tramite il costrutto di “agito emozionale”, sostitutivo del “pensare emozioni”.

Abbiamo proposto il “caso” clinico, proprio per questo motivo: si tratta di una situazione ove l’analista si trova confrontata con “agiti” preoccupanti; agiti riportati nella relazione con l’analista come problemi di difficile, se non impossibile controllo da parte del paziente. Come si procede psicoanaliticamente, in questi casi? Una risposta a questo interrogativo è molto, molto importante. Soprattutto se si tiene presente che situazioni problematiche, caratterizzate da propensioni ad agire irrefrenabilmente le proprie emozioni entro relazioni violente verso l’altro e verso di sé, sono sempre più frequenti nel lavoro clinico. Caratterizzano molte domande individuali di psicoanalisi e di psicoterapia, ma caratterizzano anche i nuovi lavori che gli psicologi si trovano ad affrontare. Ebbene, nel caso tratto dalla *Rivista di Psicoanalisi*, l’analista riferisce di iniziative “agite”, volte a fronteggiare l’agito immanente del paziente.

gli fornisco un kit di sopravvivenza alternativo all’azione violenta che si scatena in lui all’improvviso come una tempesta, costituito dalla possibilità di chiamarmi sul cellulare, se scatta l’emergenza: telefonare è pur sempre una forma di azione, talvolta anche violenta, se avviene all’improvviso, di notte o nei giorni di festa.

Vi invitiamo a riflettere su queste dimensioni agite dell’analista, di fronte a casi clinici caratterizzati da propensione all’agire emozioni. Questa dinamica, caratterizzata dalla propensione all’agito emozionale, accomuna molte situazioni analitiche ai problemi che gli psicologi, e gli psicoterapisti a orientamento psicoanalitico, incontrano nei “nuovi lavori” dei quali stiamo trattando in questo scritto. I “nuovi lavori”, con i quali si confrontano molti psicologi e molti psicoterapisti, hanno questo in comune: il poter affrontare situazioni cliniche ove gli agiti relazionali, gli agiti collusivi, sono il problema centrale che i colleghi sono chiamati ad affrontare.

Un secondo esempio clinico

Vediamo ora il resoconto di una specializzanda della “Scuola di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica – Intervento psicologico clinico e analisi della domanda” proposta da Studio di Psicosociologia (SPS) e diretta da chi scrive questo contributo¹.

F. è una donna di 42 anni, da tempo seguita dal servizio psichiatrico di una ASL cittadina. Ha una doppia diagnosi: ritardo mentale lieve e psicosi depressiva. Di lei si dice che abbia lo stesso carattere della madre. Quest’ultima è morta quando F. aveva 17 anni, gettandosi dalla finestra della casa nella quale F., attualmente, abita con il padre di 80 anni e il fratello di 45. Lavora, da una decina d’anni, nella segreteria di un’istituzione pubblica; si tratta di una occupazione ottenuta grazie a un progetto di inserimento lavorativo seguito dalla Asl presso la quale F. è in cura.

A F. è stato assegnato un servizio di assistenza domiciliare svolto, in accordo con il padre e F., un pomeriggio e una mattina, per un totale di sei ore settimanali, coerentemente con gli impegni lavorativi di F. L’assistenza domiciliare ha rappresentato un importante traguardo per i servizi sociali

¹ Rebecca Borsoi, allieva del primo anno della Scuola di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica, intervento psicologico clinico e analisi della domanda (Studio di Psicosociologia), Roma.

che la seguono, rispetto a una precedente chiusura della famiglia. Da qualche anno è affidata, tramite la Asl, alla cooperativa presso la quale lavoro.

Seguo F. a casa da quasi 4 anni, alternando la mia presenza a quella di tre colleghe. Mi era stato detto che era una persona tranquilla, ma che andava controllata: bisognava stare attenti, almeno questo chiedeva il padre, per una serie di eventi che in qualche modo lo motivavano. Le colleghe assistenti mi parlavano del timore che F. potesse avere le inclinazioni suicide della madre. La cooperativa seguiva F. da cinque anni; quando la incontro, apprendo della sua abitudine di andare in giro per negozi con le assistenti, nell'idea di interessarla a qualcosa, del renderla capace di fare acquisti, di conoscere i prezzi. Anch'io, per lungo tempo, ho "portato in giro F.", anche se lei non si dimostrava interessata; inoltre la vedevo controllare il prezzo, ancor prima di guardarle, delle cose da comprare, come il padre le suggeriva. Ho assecondato questo vagare per negozi; da un lato lo percepivo senza senso, dall'altro la sentivo una prescrizione che era necessario assecondare.

Infatti queste attività, per quanto motivate da una fantasia di controllo, sembravano essere l'unico modo per dare un contenuto alla relazione con F. e con il padre. Provavo a chiedere a F. cosa le piacesse fare, ma ogni volta si rimetteva a quanto io potevo pensare per lei, in una sorta di accondiscendenza passiva. In effetti nel tempo le ho proposto ogni genere di cose che potessero interessarla; ma lei a me, come del resto agli altri, diceva sempre sì, come a volersi tirare fuori da ogni conflitto. Così siamo andate a vedere una mostra, a prendere un caffè sedute ai tavolini in piazza, a prendere un tè in un grazioso locale, allo zoo, a passeggiare al parco, a girovagare per la città.

Continuavo ad avere l'ipotesi che, negli incontri con me, potesse rendersi conto di ciò che desiderava e potesse apprendere a esprimerlo. Va ricordato che F. è sempre insieme al padre; gli unici frangenti in cui può stare senza di lui sono l'assistenza e il lavoro. Il padre chiama F. ogni volta che è a lavoro, e spesso dice a noi assistenti cosa fare con lei, rendendo difficile capire se F. desideri realmente quanto lui propone. Ci troviamo confrontati con la confusione tra F. e il padre. Penso che non sia utile dividere i due, quanto piuttosto entrarci in rapporto. Tale ipotesi è questione attuale, recente; in un primo momento, sento di aver collusivamente accettato il controllo. Comincio a pensare che il padre, attraverso F., comunichi quanto a lui piacerebbe fare; non potendo dare loro voce, utilizza F. Comincio a pensare che i desideri del padre siano importanti quanto quelli di F. Mi chiedo come trattare tale questione nello spazio o per meglio dire nel setting dell'assistenza.

Il padre sembra abbia bisogno di F. per dire qualcosa di sé. Anche F. attraverso il padre sembra poter organizzare una propria esistenza. Credo sia fondamentale tenere a mente tutto questo. Se all'inizio ho portato in giro Francesca, coerentemente con una fantasia di controllo, poi mi sono interessata a Francesca e al padre, al loro stare insieme. Nel momento in cui cerco di capire cosa interessi a F., diventa presente anche il padre con le sue emozioni rispetto a F. e a sé stesso.

Infine c'è un evento critico. Propongo a F. di andare a vedere una mostra (che avrebbe scelto lei, tra diverse possibilità) o di andare a mangiare qualcosa insieme per cena. La mia ipotesi è di condividere qualcosa di piacevole. In entrambi i casi ci sarebbe stato bisogno di avvisare la cooperativa per chiedere un cambio di orario. Lo dico a F. Solitamente è il padre che chiama, al posto di F., per avvisare di ogni cambiamento; questa volta chiedo, al padre e a F., che sia F. ad avvisare la cooperativa. Discuto di queste eventualità con il padre e F. assieme, prima di uscire con F., e ribadisco la cosa con F., durante la nostra uscita. Il padre e F. si dicono d'accordo. Apprendo poi dalla cooperativa che F. aveva telefonato, con mia grande felicità, e del cambio di orario. Quando vado da F., trovo il padre furioso: F. aveva chiesto il cambio di orario alla cooperativa, senza dirglielo subito prima. Il padre urla contro F. e allo stesso tempo prova a consolarla; F. è in lacrime, mi abbraccia, si sente mortificata. Questo incontro, fatto di lacrime ed abbracci, non c'è mai stato prima nel rapporto con me. Il padre cerca il mio appoggio, F. piange disperata. Mi trovo in grande difficoltà, mi vorrei scusare; a questo punto il padre, forse cogliendo questo disagio, mi dice che è lui ad aver bisogno di aiuto e che il problema non è mio. Mi sento di dire, a F. e al padre, che non sono soli: possono parlare con me o con altre persone con cui sono in contatto. Si può provare a venirsi incontro, si può anche sbagliare, si può piangere. Pian piano la situazione si fa meno drammatica, ma F. per tutto il tempo resterà sull'orlo delle lacrime. Colgo in lei una grande sofferenza.

F. sembra aver deciso qualcosa senza il padre, con tutta la complessità di questo "senza il padre"; riconosco che è un evento che risponde anche a una mia fantasia. Il padre è stato convocato nel rapporto con F. in modo diverso dal solito; diversità vissuta come drammatica, anche da me. Mi rendevo conto, anche se solo fino a un certo punto, di quanto stava accadendo. Ho avuto difficoltà a recuperare una utilità nel fatto che F. mettesse in atto una iniziativa all'insaputa del padre. Percepivo comunque che qualcosa si muoveva nella relazione tra i due.

Percepisco una scissione. Da una parte c'è la F. dei ricoveri. Una donna che avendo fatto "casini" in passato, non può gestire i suoi soldi, non può frequentare uomini, deve vestire in un certo modo. A questo consegue fare quanto suggeriscono le assistenti, sotto il controllo del padre, in un continuo assenso da parte di F., un sì impermeabile a qualunque esplorazione. In sintesi, c'è una premessa indiscussa da cui deriva tutta una serie prevista di azioni e scelte. Dall'altra c'è la F. della rabbia, dell'inizio di una possibilità di esprimere qualche emozione, forse di differenziarsi dal padre. C'è un universo di emozioni e vissuti che si potrebbe esplorare.

Se si dà per scontata la premessa, legittimata dalla diagnosi, si può “assistere” F. senza interessarsi a lei, entro una routine; ma anche, allo stesso modo, si può ignorare il padre; infine, si può non riconoscere il legame tra i due. Semplicemente, di quando in quando, li si divide: F. uscendo si prende un po’ di respiro, e al contempo può farlo il padre. Ma se ci si interroga su Francesca, se si prova a domandarle qualcosa, se interpellare lei e il padre, riflettendo sul loro rapporto con me, scopro le lacrime, la rabbia e forse una possibile, reale alternativa al ricovero.

Alcune riflessioni su questo resoconto. Se si guarda a F. e alla sua “diagnosi” di ritardo mentale lieve e psicosi depressiva sembra sensato, ma anche palesemente inutile, l’intervento di assistenza domiciliare volto a “portare a spasso e far fare delle cose a F.”. Il mondo dell’assistenza è fittamente popolato da interventi e iniziative di questo tipo: operatori, non meglio specificati nella loro competenza, impegnati nell’assistere – ad litteram – qualcuno al quale è stata “assegnata” una quantità di ore per l’assistenza, appunto.

L’etimo della parola assistenza: *ad* (presso) *sistere* (fermarsi), che deriva dal raddoppiamento della radice *stare*. Il senso: stare presso qualcuno, senza far nulla, senza prendere parte, ma solo per vedere, udire; in senso traslato, vale anche: stare presso qualcuno per aiutarlo, soccorrerlo o in qualche modo essergli di giovamento. Una parola – assistenza – usata, spesso abusata, per indicare lo stare vicino a una persona, senza obiettivi e senza competenza; obiettivi e competenza che sarebbero, di contro, utili a definire il senso di questa “presenza assistenziale”. Gli esempi di tale attività assistenziale “senza senso”, sono innumerevoli: dalla scuola alla famiglia, ai contesti sociali più diversi, sembrano moltiplicarsi le occasioni per l’incremento di un’attività volta a rassicurare e a mobilitare persone per “fare qualcosa”, nell’ambito delle situazioni “difficili” della convivenza.

Ma, questo è il senso del resoconto in questione, l’assistenza può rappresentare un agito emozionale problematico, anche se i problemi che l’assistenza solleva non sono esplicitamente voluti da chi gestisce l’assistenza stessa. Nel caso di F., infatti, l’assistenza contribuisce a rafforzare la dinamica collusiva tra il padre e F., volta al controllo di F. e alla mortificazione di ogni sua possibile iniziativa.

La collusione tra F. e il padre.

Questo è il problema “assistenziale” che la psicologa incontra; un problema che limita l’autonomia decisionale e la consapevolezza desiderante di F., così come incrementa l’angoscia del padre e il suo bisogno di controllare la figlia, nel timore (misto a desiderio, potremmo ipotizzare) che anch’essa possa togliersi la vita come fece la madre di F., molti anni prima. La psicologa si trova confrontata con una relazione collusiva, dunque, fondata sulla passività rinunciataria di F. e sull’intrusività controllante del padre. Se si smette di guardare alla “singola persona” con diagnosi, e si guarda alla relazione quale luogo del problema, l’assistenza può assumere una connotazione sensata, ove obiettivi e competenza trovano una loro definizione.

Più in generale, la dinamica collusiva può dare un senso a tutti quei casi ove l’agito collusivo confronta lo psicologo con relazioni problematiche, non con dimensioni diagnostiche riferite al singolo individuo. Si pensi all’uomo grande e grosso che agisce comportamenti violenti con la donna dalla quale è attratto passionatamente. Si tratta di una relazione collusiva problematica, un agito collusivo ove uno dei protagonisti della collusione porta il problema alla psicoanalista. Si tratta di una relazione problematica, come quella tra F. e il padre. Con un’importante differenza: la psicologa che assiste F., può confrontarsi direttamente con la relazione collusiva tra F. e il padre descrivendo, ad esempio, la drammaticità di una sua trasgressione, quando F. avverte la cooperativa di un cambio di orario nell’assistenza, senza chiedere il permesso al padre. Nel caso “psicoanalitico”, di contro, la relazione collusiva viene raccontata e al contempo “vissuta” nel rapporto con lo psicoanalista. Solo un’attenta analisi della relazione raccontata potrebbe aiutare a cogliere la dinamica collusiva sottesa agli eventi critici proposti e aiutare la persona a coglierne il senso simbolico – emozionale.

Più in generale, possiamo individuare un dato comune alla quasi totalità delle situazioni ove la relazione è il luogo del problema proposto allo psicoterapeuta. Il dato comune consiste nel fallimento di una relazione collusiva e nella *reazione a tale fallimento collusivo*. Pensiamo all’uomo che vive una relazione violenta con la partner dalla quale è attratto: dalle scarse informazioni del resoconto, si può inferire come la coppia, in precedenza clandestina, abbia deciso di “uscire dalla clandestinità” per formalizzare il proprio legame e renderlo pubblico. Ebbene, la relazione amorosa clandestina – nel momento in cui termina, per acquisire una sua ufficialità pubblica – può frequentemente proporsi quale fallimento della collusione che la clandestinità implica. Un fallimento collusivo che può comportare risposte imprevedibili, di profonda ambiguità emozionale, di rabbia per ciò che si sente di perdere, la trasgressione romantica e spensierata, e di ciò che si è costretti ad assumere quale responsabilità, entro una relazione “ufficiale”. La dinamica delle relazioni

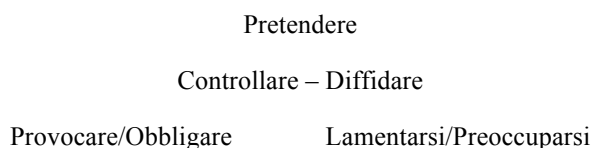
clandestine è poco studiata, ma presenta aspetti importanti, molto interessanti per la comprensione della vita di coppia.

La funzione riabilitativa, strenuamente perseguita in molti casi di autismo infantile o adolescenziale, comporta frequenti fallimenti della collusione amicale o genitoriale, che possono essere recuperati con la realizzazione di relazioni creative, libere e fondate sul confronto, in gruppo, dei propri desideri e delle aspettative di ogni partecipante al gruppo stesso. L'aiuto-compiti è, nella gran parte dei casi, confrontato con il conflitto tra genitori e ragazzi, in riferimento a un adempimento che sembra simbolizzato solo come adempimento, appunto, imposto ai ragazzi. L'assistenza specialistica a scuola comporta fallimenti collusivi i più diversi, ma quasi tutti organizzati dallo stereotipo emarginante con il quale i ragazzi diagnosticati sono spesso rappresentati nella cultura scolastica "normale", dalle grandi attese di molti genitori che tendono a negare i problemi di apprendimento e di socializzazione dei propri figli disabili, dal loro timore dello stigma, dal conflitto "strutturale" che confronta genitori e scuola, animati da reciproca diffidenza. Potremmo continuare a lungo.

Si può individuare un dato comune ai "nuovi lavori" degli psicologi: il conflitto, latente o esplicito, tra una committenza che vuole "assistenza" al singolo individuo "problematico" e un operatore che, se attento ai problemi con i quali ha a che fare, non può non accorgersi delle relazioni difficili tra committenza, utenza e contesto. I nuovi lavori degli psicologi, quindi, comportano una competenza a trattare con le reazioni – le più diverse – al fallimento della collusione, con la fondazione di nuovi assetti collusivi, organizzati da più adeguate e ironiche simbolizzazioni del problema e delle relazioni che lo generano. La competenza di cui stiamo parlando è, per noi, "competenza a colludere" in un modo nuovo, pensato, ironico, divertito (Carli, 2012a; Carli & Paniccia, 2009).

L'intervento volto ad analizzare le reazioni al fallimento collusivo

Interessante notare come, entro gli agiti di risposta reattiva al fallimento collusivo, spesso o quasi sistematicamente, si propongano quelle dinamiche emozionali che, in altra sede, abbiamo indicato quali *neo-emozioni*. Ricordiamo l'albero delle neo-emozioni (Carli & Paniccia, 2003, pp. 171- 279):



Quando incontriamo un problema definito dagli agiti emozionali, spesso si intende perseguire un controllo della propria propensione ad agire. Controllare e diffidare sono neo-emozioni vissute nei confronti dell'amico che non si sa bene se sia, per davvero, amico. Si pensi al padre di F. e al suo bisogno di controllare ossessivamente la figlia. Si tratta di un padre che non sa bene se la figlia sia davvero amica o se, come la madre, possa commettere un atto violento verso di lui, tramite il suicidio. Il suicidio è un atto violento verso chi rimane in vita ed è, emozionalmente, vicino al suicida. La relazione tra F. e il padre è fondata sulla dinamica collusiva organizzata dal binomio: controllo – dipendenza sottomessa. Una sottomissione che caratterizza l'atteggiamento di F., ma anche di chi le presta assistenza. Quando l'assistenza viene assegnata a una psicologa che si rende conto della situazione collusiva, le cose possono cambiare. La psicologa chiede a F. di assumere l'iniziativa nei confronti di un cambio d'orario dell'assistenza, e F. lo fa, senza avvertire il padre. Sembra che F. non veda l'ora di affrancarsi dal controllo paterno, forte dell'alleanza con la psicologa. Questa trasgressione (non dire nulla al padre circa l'aver telefonato alla cooperativa) comporta, d'altro canto, un pentimento di F. che scoppia in lacrime alla sgridata del padre, e un ripristino dello statu quo. Si potrebbe dire che, per F., l'aver telefonato, senza parlarne con il padre, rappresenta una sorta di marachella trasgressiva, più che un comportamento autonomo. L'autonomia di F. avrebbe comportato non solo il prendere l'iniziativa di telefonare, ma anche il poterne parlare con il padre, avvertendolo di quanto stava per fare, confrontandosi quindi con lui sul tema controllo – dipendenza sottomessa. Tutto questo può essere analizzato nel lavoro di assistenza, il tema problematico può essere esplicitato nella relazione della psicologa con il padre e con F., assieme.

Qualche tempo dopo il confronto drammatico tra la figlia e il padre, F. chiede alla psicologa di andare a una mostra che ha come tema la bambola Barbie. Al ritorno a casa, succedono alcune interazioni interessanti. Il padre, per la prima volta, si lamenta di essere rimasto solo; anzi, di essersi sentito solo, nel tempo impiegato per la visita alla mostra. F. ricorda, commossa, che la mostra su Barbie le ha fatto venire alla mente sua

madre; la mamma che, molti anni prima, le aveva regalato la bambola in questione e che, spesso, le procurava nuovi vestiti per lei. A questo ricordo il padre replica ricordando come, al tempo in cui la madre regalava i vestiti di Barbie a F., lui frequentava molte donne e le corteggiava con successo. La psicologa pensa che il padre di F., per la prima volta, la veda come donna; al contempo, per la prima volta, pensa che il padre comunichi la sua “anzianità” e l’insicurezza che l’età avanzata comporta. F. sembra poter riorganizzare un’immagine “buona” della madre e, tramite il ricordo, presentare una relazione ove la madre è ricordata come accudente e gratificante. Nello stesso tempo, il padre propone un’immagine “bisognosa” di sé, chiede in qualche modo aiuto alla psicologa, e comunica il cambiamento dovuto all’età: si sente vecchio e bisognoso d’attenzione. Sembrano le premesse per un cambiamento profondo nella relazione tra il padre e F.: un cambiamento che vede un padre non più controllante e intrusivo, ma bisognoso d’aiuto; un cambiamento ove F. appare rassicurata dal ricordo di una madre buona, quindi capace di potersi prendere cura del padre anziano. Sembrano le premesse, importanti, per un profondo cambiamento nella relazione collusiva tra F. e il padre; un cambiamento capace di riorganizzare la percezione reciproca e di conferire un obiettivo realistico al rapporto tra i due.

I nuovi lavori degli psicologi aprono, in sintesi, a profondi problemi di formazione. Una formazione capace di orientare la prassi all’analisi delle relazioni: analisi possibile quando si sappia utilizzare lo strumento dell’interpretazione, come anche con quello dell’azione interpretativa (Carli & Panicia, 2005). È questa la sfida che i nuovi lavori pongono a chi sappia coglierne la rilevanza; una rilevanza che richiede, peraltro, nuove categorie di analisi dei problemi posti dall’utenza.

Un terzo esempio clinico

Guardiamo assieme a un terzo resoconto; si tratta, come nel secondo esempio, del resoconto di uno specializzando della Scuola SPS, ove appare chiaramente come l’“assistenza” si possa spostare dal singolo alla relazione². Uno spostamento, è interessante notarlo, fortemente sconsigliato da chi supervisiona l’intervento di assistenza, sino a quando non sembra più possibile negare l’evidenza. Un’evidenza che propone di cambiare l’obiettivo dell’intervento, da un compito insensatamente didascalico e individuale a un obiettivo di implementazione delle relazioni familiari, scolastiche e di assistenza.

Lavoro da qualche anno entro una cooperativa sociale che offre servizi psicologici per adolescenti su invio dei servizi sociali e sanitari del territorio e, in alcuni casi, su committenza privata. Lo trovo un contesto interessante: si lavora in gruppo e c’è la possibilità di interloquire. Periodicamente sono organizzate delle “riunioni di rete” sui casi, cui partecipano i compagni adulti, i coordinatori e chi propone “le segnalazioni” ovvero neuropsichiatri, psichiatri, psicoterapeuti e assistenti sociali. Questi ultimi si incaricano di trattare i rapporti con le famiglie “in separata sede”, entro un setting di psicoterapia o consulenza organizzato attorno ad un assetto collusivo, spesso carico di conflittualità, dove la finalità è il “bene dell’altro”: l’adolescente. Agli operatori della cooperativa viene richiesto di agire una relazione “evolutiva” con l’adolescente/utente del servizio che teleologicamente si concluda con la “maturazione” di una richiesta di psicoterapia, l’inserimento entro i laboratori di gruppo oppure, nei casi più gravi, con l’inserimento entro i servizi residenziali o semi-residenziali per la salute mentale.

A questo proposito ripenso al colloquio di selezione e penso a come la cooperativa agisca una fantasia “evolutiva” anche al proprio interno, prevedendo in modo scontato “la crescita” del personale dal ruolo di operatore con scarso potere a quello di psicoterapeuta, che coincide con l’affiliazione alla scuola di specializzazione a cui la cooperativa è associata. Passano circa sei mesi e arriva una segnalazione per un caso che la cooperativa ha pensato di assegnarmi. La richiesta d’intervento arriva, privatamente, dal padre di D., un ragazzo di 17 anni con diagnosi incerta: in passato “psicosi infantile”, ora forse “autismo ad altissimo funzionamento”. Le condizioni di vita del ragazzo mi sono descritte in modo anamnestico: sta vivendo un momento di ritiro depressivo dopo la morte della madre, passa molto tempo con una tutrice, vede poco il padre, spesso fuori casa per lavoro, e ha un rapporto complicato con il fratello e con la scuola. La cooperativa è stata interpellata su consiglio dello psicoanalista di D. che, passati alcuni mesi dalla morte della madre, decide di “mettere il padre alle strette” ritenendo l’analisi – una sola seduta settimanale – insufficiente a occuparsi dei problemi del ragazzo. Lo psicoanalista viene descritto come l’autore di “un miracolo” che ha permesso al “ragazzo” di “evolversi”, nonostante un contesto familiare affettivamente inadeguato.

² Felice Bisogni, allievo del terzo anno della Scuola di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica, intervento psicologico clinico e analisi della domanda, Studio di Psicosociologia, Roma.

A me viene richiesto di insegnare a D. come trovarsi una ragazza e sviluppare rapporti con i coetanei, con la fantasia che possa fargli da amico, aiutandolo a perseguire dimensioni di “normalità”. Il primo incontro con D. si svolge in una sede della cooperativa, dove il ragazzo e il padre giungono insieme. Il padre, come a volersi mostrare affettuoso, dà una pacca sulla spalla al figlio invitandolo a parlare. D. dice che è molto contento di iniziare questa esperienza: “Mi serve qualcuno che mi aiuti a staccarmi dal pc; io ci provo, ma quello mi si riattacca”. Mi sono sentito in una di quelle situazioni in cui i genitori di due famiglie amiche si mettono d'accordo per far incontrare i bambini. Ripenso all'emozionalità artefatta che ha caratterizzato l'incontro e a come il suo “evolversi” fosse già stato deciso altrove.

In seguito, nei primi incontri, pur spaventato all'idea di entrare nell'abitazione di D., gli chiedo di mostrarmi dove vive. Inizia così un viaggio nella memoria, costellato da un mito di persecuzione. D. racconta che alle medie è stato perseguitato da un gruppo di bulli che gli rendevano la vita impossibile. “I compagni di classe del liceo invece, quando è morta mia madre, sono stati fantastici: da solo non ce l'avrei fatta”. Inizio a pensare che D. si dipinga come una vittima e che, agendo questo ruolo, costruisca i propri rapporti.

Con il passare del tempo ho modo di capire qualcosa in più del contesto familiare. Passiamo buona parte degli incontri in casa, mentre D. con tono grave passa il tempo a raccontarmi le storie atroci di un fumetto che inventa, di cui il protagonista è il suo alter ego e in cui “non esita” a trucidare figure adulte dittatoriali che lo perseguitano. Una volta messe in fumetto, le emozioni di D. sembrano trasformarsi in contenuti che non lo riguardano e che può manipolare a proprio piacimento, utilizzandoli con il gusto sadico di chi sa come poter incutere timore nell'interlocutore: il timore del folle.

Dal canto mio, forse per torturare a mia volta, riporto “fedelmente” i contenuti dei racconti di D. nel gruppo di supervisione, che sembra angosciarsi e mi invita ad astenermi dall'ascoltarli, interrompendoli se necessario. “Sicuramente – mi dicono – di quei racconti si sta già occupando lo psicoanalista”. Nell'indicazione della cooperativa, mi sembra di cogliere la stessa paura della famiglia di D. e la fantasia di eliminare tutto ciò che inquieta e che si pensa non sia “normale”; nell'ipotesi salvifica che uno degli “adulti” della rete arrivi a toglierci, magicamente, le castagne dal fuoco.

Per quanto mi riguarda, ritengo utile ascoltare quanto D. vuole raccontarmi. Su questo, con la cooperativa c'è un conflitto: più volte propongo che D. ha la possibilità di pensare le proprie emozioni, che un possibile obiettivo dell'intervento potrebbe essere, ad esempio, contestualizzare i vissuti che mette nei racconti fantastici, entro il rapporto con me ed entro il suo contesto di vita. Più volte mi rispondono che non è possibile: “il ragazzo è psicotico”. Non è facile intervenire in disaccordo con la cooperativa e mi confondo, disinvestendo sulla possibilità di contribuire attivamente alla costruzione dell'intervento.

Così, per qualche mese, passiamo il tempo con D. che disegna il suo fumetto o assembla miniature e io che, accanto a lui, combatto disperatamente con una forte sonnolenza. Provo a dare senso alla noia che provo e propongo di lavorare insieme alla sceneggiatura del fumetto. Mi improvviso dattilografo, ho meno sonno, mi diverto anche. Il fratello di D., a questo punto, s'incuriosisce: inizio a trovarli insieme a pranzo, nell'orario degli incontri. Il fratello prepara il pranzo e D. apparecchia, mentre sul pc scorre un telefilm. La scena mitica si ripete più volte, fatta di fratellanza e reciproca cura.

In cooperativa mi dicono di proteggere da “intrusioni esterne”, l'esclusività del mio rapporto con D.. Dal canto mio guardo alla curiosità del fratello come a un evento interessante, anche se non so bene che farmene. Un giorno, trovo il padre di D. a casa. Ha ritardato la partenza per andare ai colloqui con gli insegnanti. “E' la prima volta che ci vado, mi dice; quando c'era mia moglie, trovavo sempre un modo per sbolognarmela”. Parla del suo lavoro che comporta l'essere sempre in viaggio. “Quando sono fuori casa, vorrei tornare; quando torno, non vedo l'ora di andarmene: sarà per tutto questo silenzio”. “Dillo a me – risponde D. – l'anno scorso c'era talmente tanto silenzio che ho iniziato a parlare con la cassa del computer”. Emerge, così, un problema di solitudine e di isolamento e la difficoltà, condivisa dai membri della famiglia, di trovare una modalità affettiva, vera ed emozionalmente soddisfacente, di stare insieme in seguito alla morte della madre.

Nel corso degli incontri di questo ultimo periodo, D. inizia a parlarmi della sensazione che, alla fine della scuola, il suo rapporto con “la classe” ineluttabilmente finirà. Mi racconta di sentirsi entro rapporti artefatti, con la sensazione che i compagni non gli dicano mai veramente ciò che pensano. “Sai quei compagni delle medie che mi insultavano? Anche se può apparire assurdo, mi mancano: erano chiari”. Cerchiamo di mettere in relazione il comportamento della classe con il desiderio, di D., di voler fare sempre una buona impressione, aderendo a quanto pensa che gli altri si aspettino da lui. Sembra che, da entrambe le parti, potrebbe essere utile costruire un rapporto diverso. “Se costruisco le miniature, potrò anche costruire la mia vita, no? Fino ad ora, sembra che l'abbiano sempre costruita gli altri” mi dice.

Riporto nella riunione in cooperativa le parole di D. e, questa volta, mi sorprende. La coordinatrice mi dice che, in effetti, potrebbe essere utile intervenire “direttamente nell'ambiente familiare”, proponendo gradualmente, al padre, di intensificare gli incontri; aggiunge che, forse, è stato un errore pensare che la presenza del fratello di D. fosse così intrusiva.

Questo resoconto pone alcuni interrogativi interessanti, se considerato entro il contesto trattato in queste pagine. Innanzitutto il compito, privo di senso, che la cooperativa assegna allo psicologo. Un compito privo di senso (insegnare al giovane a trovarsi una ragazza e a sviluppare rapporti con i coetanei), perché formulato entro pregiudizi altamente problematici. Ad esempio, il pregiudizio che ci sia una gerarchia tra gli operatori che fanno assistenza e lo psicoanalista. Ai primi spettano compiti assurdi, mentre i problemi “veri” sono trattati in psicoanalisi. Questo pregiudizio impedisce di cogliere il “luogo” dei problemi del ragazzo e della sua famiglia; impedisce di cogliere che la relazione di assistenza può diventare il “luogo” ove quei problemi possono essere trattati.

Infine vorremmo porre l'accento sul passaggio dalla “noia”³ al “divertimento”⁴, nel racconto dello psicologo: un passaggio importante, reso possibile grazie alla partecipazione dello psicologo alla costruzione del fumetto; al prendere parte, assieme al ragazzo, alle sue attività. Lo psicologo smette di pensarsi come un ascoltatore passivo dei racconti del ragazzo; decide di instaurare un rapporto di condivisione (Carli, 2012b), nella costruzione del fumetto che diviene, così, una “cosa terza” nella relazione tra i due; ciò consente di trasformare in “cosa terza” la relazione professionale.

Questa condivisione, seguendo la dinamica del resoconto, dà inizio a una serie di cambiamenti nel rapporto familiare. Ad esempio, la partecipazione del fratello a quanto costruiscono, i due, nel lavoro di assistenza; quindi, lo strutturarsi di una relazione importante tra il ragazzo “problematico” e il fratello. Ma anche il cambiamento della relazione tra il ragazzo “problematico” e il padre, quindi la possibilità che i due possano comunicare le loro emozioni circa il “silenzio”, un silenzio che ha mascherato, sino a quel momento, il lutto ineffabile per la perdita della madre di Davide.

Il resoconto racconta della trasformazione di un intervento insensato in un lavoro psicoanaliticamente importante. Un lavoro ove si è resa possibile la riorganizzazione dei rapporti familiari e di quelli scolastici, tramite una sistematica proposta, da parte dello psicologo, di pensare emozioni. Questo è reso possibile grazie a una trasgressione, a un allontanarsi dello psicologo dall'ovvio annoiante. La partecipazione alle attività del giovane assistito comporta una sorta di “rovesciamento” dell'assetto assistenziale “ortodosso”, dell'acquiescenza passiva e inerte al “compito” professionale che richiede di non perdere mai la propria immagine di persona “superiore” all'assistito, che guarda con il solo sguardo interpretativo a ciò che l'assistito fa. Qui il riassetto collusivo comporta un partecipare dello psicologo al lavoro di costruzione del fumetto. Comporta, quindi, un avvicinarsi al giovane e ai suoi deliri persecutori, sadici e al contempo vittimistici, non lasciandolo solo entro questa produzione fantasmatica. Comporta una partecipazione che cambia radicalmente la situazione: il giovane passa dalla solitudine angosciante, che satura con fantasie agite di sadismo sconvolgente, a una relazione produttiva ove, nel dare corpo alle proprie fantasie, si trova a tener conto della presenza dello psicologo, della relazione con lui. E nella relazione le emozioni agite possono, al contempo, essere pensate. Si tratta di un altro esempio di competenza collusiva.

Conclusioni

L'intervento psicologico, se avviene entro le relazioni collusive, è profondamente diverso dall'intervento psicoterapeutico rivolto al singolo individuo. Quando s'interviene con la singola persona, il rischio di perseguire comportamenti conformisti è sempre in agguato. Un conformismo che, spesso, è fondato sulla profonda dinamica collusiva tra lo psicologo e il senso comune rappresentato dal committente: la famiglia, il magistrato, i servizi sociali, la comunità acritica dei colleghi, la cultura delle cooperative di servizio e di assistenza, gli enti locali, la cultura psichiatrica o, a volte, quella psicoanalitica. “Portare a spasso F.” o “insegnare a D. a trovarsi una ragazza” sono esempi eloquenti di quel conformismo del quale stiamo parlando. Non “fare” le cose sbagliate, scorrette, socialmente riprovevoli; “fare” le cose corrette, socialmente auspicabili.

Il problema sta, a nostro avviso, nel verbo “fare”: il comportamento del singolo diviene l'oggetto della valutazione sociale e si propone, così, come l'unica modificazione auspicabile e desiderabile per la committenza di quest'area dell'assistenza alle persone problematiche. “Comportamento” e “singola persona” sono le parole chiave di una cultura assistenziale, riabilitativa, volta a riportare alla norma ciò che scarta

³ Noia, dal latino *in odio*, vale: il disgusto che deriva dalla ripetizione di situazioni non piacevoli o dalla durata di uno stato fastidiosamente uniforme. La noia, sotto il profilo psicodinamico, appare quale trasformazione difensiva della propria aggressività, vissuta nei confronti di un contesto che rende impotenti. La noia, quindi, è una risposta difensiva all'impotenza provata verso eventi del contesto che evocano aggressività e, al contempo, impossibilità di cambiamento.

⁴ Divertimento, dal latino *divèrttere, divèrsus*, vale: volgersi altrove, allontanarsi, andare in direzione opposta.

dalla norma stessa. Nulla di male in tutto questo; l'importante è la consapevolezza di quanto si sta perseguendo e agendo con tali interventi conformizzanti.

L'importante è cogliere come si passi sotto silenzio la relazione, quale luogo del problema che si cerca di compensare con l'intervento rivolto alla singola persona. Abbiamo visto che la ricerca delle "cause" dei disturbi, delle disabilità, delle difficoltà di adattamento, porta con sé, inevitabilmente, l'ipotesi che il luogo del problema sia la singola persona. Un problema, come s'è visto, che può avere cause genetiche, relazionali, intrapsichiche; un problema che, comunque, caratterizza solamente la singola persona, il singolo individuo. In un parallelismo sconcertante, nella sua dimensione acritica, con il procedere del modello medico ove la malattia – in quanto propria dell'organismo – non può appartenere che alla singola persona caratterizzata da quell'organismo.

Quando il problema che giustifica l'intervento psicologico concerne la relazione, l'intervento stesso è possibile solo se si formula una teoria della relazione e se si elabora una teoria della tecnica volta a intervenire entro la relazione.

Con il costrutto di "competenza collusiva" intendiamo proporre una teoria della tecnica fondante l'intervento psicologico e psicoanalitico entro le relazioni sociali (familiari, amicali, lavorative, ludiche) problematiche. La relazione tra F. e il padre, nell'esempio clinico qui riportato, è problematica perché – a nostro modo di vedere – reattiva al fallimento della collusione familiare evocato dal gesto suicidario della madre di F.. Il padre sembra temere il ripetersi di un gesto analogo nella figlia e instaura un controllo che mortifica la figlia nei suoi desideri, irretendola entro agiti controllanti, con i quali ella collude in modo passivamente rinunciatorio. Questa dinamica di controllo sembra aver sostituito, per lunghi anni, l'elaborazione del lutto e l'esplicitazione del bisogno di aiuto che il padre ha nei confronti di F.. Solo con il progressivo facilitare l'espressione del desiderio in F., la psicologa può essere d'aiuto nell'elaborazione del lutto e nel rovesciamento della relazione tra F. e il padre: dal controllo, all'aiuto accidentale. L'azione interpretativa dello psicologo che si mette al lavoro con D., nella costruzione del fumetto, consente un pensiero sull'agito sadico che il fumetto ha rappresentato sino a quel momento per D.. Di lì il cambiamento nelle relazioni familiari e la possibilità che le relazioni stesse divengano il contenitore di emozioni condivise e rassicuranti. Nell'esempio "psicoanalitico", di contro, al problema portato dall'uomo "grande e grosso" si risponde con un altro agito, il "kit di sopravvivenza". Il lavorare nello studio, infatti, sottrae alla psicoanalista un rapporto diretto con la relazione problematica; al contempo sembra evidente l'assenza di modelli relazionali capaci di guidare un intervento non riferito al singolo ma alla relazione problematica. Pur aprendo, a nostro modo di vedere coraggiosamente, al tema di interventi diversi dalla "cura psicoanalitica", il caso sembra indicare una difficoltà a trattare temi e problemi che non siano situabili entro una cura psicoanalitica di lunga durata.

Competenza a colludere: si tratta di una competenza a leggere e interpretare la dinamica collusiva che caratterizza l'intervento assistenziale; si tratta di cogliere il "falso" insito negli obiettivi d'assistenza alla disabilità o nelle finalità di correzione dei deficit individuali in molte, troppe situazioni nelle quali si tenta di dare una risposta alla domanda, non analizzata, di familiari preoccupati, di insegnanti impotenti di fronte ai problemi degli allievi, di contesti sociali che debbono far fronte alla devianza nel comportamento di giovani, di gruppi sociali, di sistemi culturali non conformi alle aspettative. Si tratta di una competenza a utilizzare la lettura della dinamica collusiva per riorganizzarla, per renderla più consona allo sviluppo produttivo delle relazioni familiari, scolastiche, sociali.

Tutto questo pone problemi di formazione degli psicologi clinici che intendono affrontare in modo nuovo, più competente, la funzione psicoterapeutica. Perché, è importante sottolinearlo, la competenza collusiva è competenza psicoterapeutica. Una competenza psicoterapeutica volta alla psicoanalisi delle relazioni problematiche.

Bibliografia

Bettelheim, B. (1967). *The Empty Fortress: Infantile Autism and the Birth of the Self*. New York: The Free Press.

Ferruta, A. (2015). La clinica psicoanalitica contemporanea. Esperienze psicoanalitiche [Contemporary psychoanalytic clinic. Psychoanalytic experiences]. *Riv. Psicoanal.*, 61, 4, 913-929

- Freud, S. (1910). Psicoanalisi “selvaggia” [‘Wild’ Psychoanalysis]. *OSF*, Vol. 6, pp. 325-331, 1974. Torino: Boringhieri.
- Carli, R. (2012a), Editoriale [Editorial]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 1-2. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (2012b), L’affascinante illusione del possedere, l’obbligo rituale dello scambiare, la difficile arte del condividere [The charming illusion of possessing, the obligation of ritual exchange, the difficult art of sharing]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 285-303. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- 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, 3-17. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2003). *Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell’intervento in psicologia clinica*. [Analysis of demand: Theory and technique of psychological clinical intervention]. Bologna: Il Mulino
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2005). *Casi clinici. Il resoconto in psicologia clinica* [Clinical cases: the report in clinical psychology]. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2009). Obiettivi e metodologia della formazione: pensare emozioni entro la relazione clinica [Objectives and methodology of training: think emotions within the clinical report]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 11-33. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>