

Discussion on setting topics in psychoanalytical psychotherapy: Setting as collusion and its relationship with thinking production

Silvana Assunta Gabriella Bianco *

Abstract

The author develops some reflections about setting in psychoanalysis oriented psychotherapy. More specifically, reporting a case treated as a psychotherapist trainee in a Mental Health Center in Rome, discusses Enzo Codignola's thought about setting on the basis of theoretical constructs of collusion and demand analysis.

Keywords: setting; psychoanalytical psychotherapy; collusion; Mental Health Services.

* Psychologist, specialist in psychoanalytic psychotherapy; email: silvanabianco@msn.com

Bianco, S.A.G. (2018). Questioni di setting in psicoterapie a orientamento psicoanalitico: Setting come collusione e suoi rapporti con la produzione di pensiero [Discussion on setting topics in psychoanalytical psychotherapy: Setting as collusion and its relationship with thinking production]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 4-14. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

Questioni di setting in psicoterapie a orientamento psicoanalitico: Setting come collusione e suoi rapporti con la produzione di pensiero

Silvana Assunta Gabriella Bianco *

Abstract

L'autore sviluppa delle riflessioni sul setting in psicoterapie a orientamento psicoanalitico. Più specificamente, riferendo di un caso seguito come tirocinante psicoterapeuta in un Centro di Salute Mentale di Roma, discute il pensiero di Enzo Codignola sul setting sulla base dei costrutti di collusione e analisi della domanda.

Parole chiave: setting; psicoterapia psicoanalitica; collusione; Servizi di Salute Mentale.

Il principio di simmetria si applica ugualmente a tutte le manifestazioni mentali. Freud scrisse che la psicoanalisi aveva scoperto non solo che gli esseri umani erano peggiori di quel che pensavano ma che erano anche migliori. Eppure l'aggressività è più evidente nelle sue manifestazioni. È necessaria una ricerca più attenta dei fatti clinici per mettere in evidenza i travestimenti sotto cui si nasconde l'amore. (Matte Blanco, 1975/1981, p. 196).

* Psicologa, Specialista in psicoterapia psicoanalitica; email: silvanabianco@msn.com

Bianco, S.A.G. (2018). Questioni di setting in psicoterapie a orientamento psicoanalitico: Setting come collusione e suoi rapporti con la produzione di pensiero [Discussion on setting topics in psychoanalytical psychotherapy: Setting as collusion and its relationship with thinking production]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 4-14. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

Premessa

In questo lavoro mi propongo di sviluppare delle riflessioni sul setting in interventi clinici di impostazione psicoanalitica. A tale scopo prendo come riferimento il pensiero di Enzo Codignola, espresso nel suo lavoro, *Il vero e il falso* (1977). Per l'autore il setting è elemento costitutivo del processo interpretativo in psicoanalisi; egli identifica lo specifico della prassi psicoanalitica con l'interpretazione ovvero la falsificazione di aspetti dell'esperienza, individuando specularmente nella non interpretabilità la caratteristica fondamentale del setting. Per Codignola

Nel momento in cui l'analista interpreta, egli pone nell'ambito del falso ciò che sta interpretando; ma non può far questo, che se ne renda conto o no, senza assumere un punto vero come segnale di riferimento cognitivo (p. 102).

Dove la distinzione fra *falso* e *vero* non è ontologica ma dipende dalla funzione che i diversi elementi, trattati come falsi o assunti come veri, svolgono di volta in volta nell'economia della prassi psicoanalitica. Codignola cita Freud che, nell'*Interpretazione dei sogni* (1899, p. 482), a proposito delle associazioni prodotte dal paziente, sottolinea come queste, per quanto libere, non possano prescindere dalle "rappresentazioni finalizzate" del trattamento; cioè "le cose apparentemente più innocenti e arbitrarie" raccontate dal paziente, sono per Freud inevitabilmente connesse con "il suo stato di malattia" e con le rappresentazioni relative alla persona dell'analista (Codignola, 1977, p. 90); potremmo dire che nelle sue produzioni mentali il paziente non possa prescindere dall'inveramento della situazione attuale, cioè dal rappresentarsi se stesso come portatore di un problema, implicato in un relazione di consulenza con un professionista dotato di strumenti psicoanalitici, atti a trattare il problema presentato. Potremmo considerare questi elementi, seguendo il discorso di Codignola, come il "grado zero" del setting, l'ineludibile vero in relazione al quale, falsificare:

Di fronte alla trasparenza potenziale di tutti i fenomeni trattati come falsi sta la dura opacità di quelli assunti come veri, e la dialettica del processo psicoanalitico include tutti e due questi poli. (*Op. cit.*, p. 98).

Avendo queste categorie in mente e con l'intento di esplorarle resoconterò alcuni aspetti di una psicoterapia che ho seguito per circa due anni e mezzo in un Centro di Salute Mentale a Roma.

L'intervento

Lavoravo nel Servizio come tirocinante; in quanto tale mi riferivo a un tutor. Avevo modo di seguire la vita del CSM poiché partecipavo ai lavori di una delle équipes funzionali del centro e alle riunioni dell'équipe Accoglienza; l'équipe Accoglienza incontrava la domanda dell'utenza, la valutava collegialmente, effettuando gli invii ai vari operatori. In quanto tirocinante psicologa mi potevano essere inviati pazienti per brevi psicoterapie.

Invio

L'invio è un po' atipico, infatti non proviene dall'équipe Accoglienza; la paziente mi viene inviata, tramite il tutor, dallo psichiatra al quale era stata assegnata; questi aveva ritenuto opportuno integrare l'intervento con strumenti psicologici e si era rivolto al collega psicologo, chiedendogli se qualcuno dei suoi tirocinanti potesse seguire la paziente. Lo psicologo me ne parla, avendo anticipato allo psichiatra che noi tirocinanti facciamo interventi brevi; l'elemento tempo, durata dell'intervento, sarà un elemento sensibile dell'assetto simbolico che si andrà a istituire. Concordo un incontro con lo psichiatra. Nel lungo colloquio che segue, l'operatore mi parla della paziente, di come è arrivata a lui, dei suoi rapporti con il Servizio. Mi racconta di una

donna sulla cinquantina, Marina, una “personalità dipendente”, un po’ sbandata; non si sa bene di che cosa viva. Il tema principale che Marina ha trattato è quello di una tormentosa relazione con un uomo di venticinque anni più giovane, che lei ha inseguito a lungo; una relazione molto frustrante, vista l’indifferenza dell’uomo, ma dalla quale era comunque ossessionata. Fino a qualche mese prima la donna era stata seguita oltre che dallo psichiatra, da un’altra tirocinante psicologa in una psicoterapia durata sei mesi; l’intervento era stato interrotto perché la psicologa aveva terminato il suo periodo di collaborazione col CSM, proprio quando era finita la relazione della paziente con il ragazzo. Da allora, Marina richiedeva allo psichiatra, con estrema insistenza, una psicoterapia, tempestando il CSM di telefonate e risultando per lui e per gli infermieri che rispondevano al telefono, una vera persecutrice. Lo psichiatra contesta l’invio che gli è stato fatto, ritiene che alla paziente non servano strumenti psichiatrici, che abbia bisogno di altro: “Io, qui, sono un prescrittore di farmaci e un prescrittore di ricoveri”, dice e pensa che la donna non abbia bisogno né degli uni né degli altri; pensa che nei confronti della paziente si sia agito “un controtransfert espulsivo”; in incontri successivi mi dirà che, quasi scusandosi per avergliela inviata, i colleghi dell’Accoglienza gli avevano esplicitamente presentato la paziente come una persona molto sgradevole, con poche risorse, con la quale non c’era molto da fare. Di fatto quando aveva incontrato Marina per la prima volta, questa aveva esordito dicendogli, a proposito del colloquio di accoglienza: “Mi sono sentita scaricata”.

La richiesta dello psichiatra e il modo in cui è agita mi sembra siano espressivi della difficoltà del CSM di interpretare il mandato sociale; pesano le determinanti storico-culturali che hanno portato nei decenni scorsi all’istituzione dei Servizi di Salute Mentale e allo sviluppo delle culture locali che li caratterizzano così come le conosciamo oggi (Carli & Paniccchia, 2011). La difficoltà nell’interpretazione del mandato sociale esita in questo caso, mi sembra, nell’agito di una cultura tecnica, in cui l’intervento si progetta a partire dalle prestazioni specifiche che le differenti professioni possono erogare, con conseguente appiattimento della domanda dell’utenza su categorizzazioni che si prestino all’operazione (Paniccchia, Di Ninni, & Cavalieri, 2006). Purtroppo la tecnicità in salute mentale è problematica. Innanzitutto perché non è poi così chiaro quali siano le prerogative tecniche delle varie professioni e poi, soprattutto, perché è inefficace. La tecnicità non risponde alle domande dell’utenza che continuano a rimbalzare sul Servizio. Come in questo caso. Questa paziente infatti è al suo terzo approccio al CSM; anni prima, a distanza di tempo era stata seguita in due interventi che però aveva abbandonato. In effetti mi sembra che la richiesta di strumenti psicologici sia considerata in senso tecnico, giacché questi sono concepiti secondo una logica, per così dire, farmacologica; come una risorsa che riguarda solo psicologo e paziente e che, “sommministrata”, dovrebbe produrre cambiamenti nell’utente. Mi ripropongo per il prosieguo del lavoro con lo psichiatra e con quelle parti del Servizio che saranno coinvolte nell’intervento, di rendere disponibili, per quello che potrò, categorie che possano aiutare la risignificazione degli eventi e una conseguente riorganizzazione delle relazioni nel contesto.

Allo psichiatra osservo che le modalità di pretesa¹ che Marina agisce con il Servizio sembrano replicare quelle di cui racconta nella sua vita; ottimista, considero che il proporre alla paziente un ciclo di otto colloqui, secondo una delle prassi in uso al Servizio, possa essere pretesto e strumento per lavorare con lei sulla terminabilità delle esperienze. Non sarà così facile.

Primi contatti

Quando chiamo Marina per fissare un appuntamento mi dice perentoria che “è rimasta scoperta con la psicoterapia”, come ritenendo, mi sembra, di aver bisogno di una sorta di costante

¹ Il riferimento è alla teorizzazione sulle neoemozioni (Carli, 2017; Carli & Paniccchia, 2002), dinamiche emozionali agite, frequentemente caratterizzanti l’azione sociale. In una relazione che non riconosce alterità ma è orientata al possesso, le dinamiche neoemozionali, fra cui la pretesa, rappresentano un modo per far fronte al fallimento della fantasia di appropriazione dell’altro.

“copertura” psicoterapica e reclamando il suo diritto ad ottenerla. Le propongo un orario e un giorno, mi dice che non può, ne chiede un altro ma poi accetta il primo che le avevo offerto. Qualche giorno prima dell'appuntamento telefona chiedendomi se era ancora disponibile il secondo orario che le avevo proposto ma ricevuta risposta positiva, conferma l'appuntamento già fissato. Farà manovre del genere per tutta la durata del lavoro. Nel corso della telefonata durata una cinquantina di secondi, per tre volte ribadisce il suo nome chiedendomi se ho capito chi è, se mi ricordo. Penso che ritenga di non essere vista. Al primo appuntamento mi chiederà se ho letto le cose che ha scritto di lei l'altra dottoressa e alla fine del colloquio vuole sapere se parlerò di lei con lo psichiatra che la segue. Ho l'impressione che lei esista se qualcuno la vede, ma se siamo in due a vederla e a parlare di lei, forse esiste un po' di più.

Le ipotesi di lavoro che avevo incominciato a formulare sulla base dello scambio con lo psichiatra e sui primi contatti con Marina, si sono rivelate molto premature quando l'ho incontrata. Marina parla tutto il tempo, anzi inveisce, nemmeno riesce a stare seduta; racconta di fatti e persone passando confusamente da un argomento all'altro, risentita, rancorosa; va tutto male, sta male, ma non è una richiesta d'aiuto (perlomeno non esplicita), è una pretesa: lei sta male, quindi il mondo le deve qualcosa, anzi molto e probabilmente non ha nessuna intenzione di darglielo; e una cosa è certa: in quel momento io sono il mondo. Si lamenta furiosamente, s'infuria lamentosa, esigente, pretenziosa, con una perentorietà che mette soggezione. Sono molto confusa, una confusione che mi accompagnerà fra alti e bassi per tutto il lavoro. Capisco i movimenti espulsivi di cui mi hanno parlato e che ho constatato; è molto facile colludere² con la sua proposta ed espellerla, subirla o litigarci. Al termine degli otto incontri abbiamo appena incominciato a interloquire. In effetti il risultato più apprezzabile di questo primo blocco di lavoro mi sembra sia il fatto che Marina ha incominciato ad aspettare in sala d'attesa. Al CSM c'è per l'appunto una sala in cui gli utenti aspettano di essere chiamati dall'operatore con il quale hanno appuntamento; Marina non aspetta, mi viene a cercare fin dentro la stanza, che fra l'altro, per ragioni organizzative, cambia di volta in volta. Solo verso la fine degli incontri, senza che le abbia mai detto niente in proposito, aspetterà in sala d'attesa che la chiami.

Il lavoro con questa paziente è stato articolato in blocchi; si sono fatti cinque periodi di lavoro intervallati da pause più o meno lunghe. Questa modalità è dovuta a varie ragioni: inizialmente una scelta non troppo pensata (gli otto colloqui che si fanno di default al CSM); motivi amministrativi, relativi ad autorizzazioni che si riferivano alla mia condizione di tirocinante; ma anche considerazioni cliniche. Mi è sembrato infatti che cadenzare la psicoterapia precipitasse degli eventi simbolici che potevano essere utilizzati per il lavoro. In effetti ci sono state cinque chiusure che utilizzerò come punti di repere per ragionare sullo sviluppo del caso.

Nel lavoro con Marina ho incontrato grande difficoltà ad istituire condizioni di pensabilità. Mi sembrava importante quando abbiamo cominciato i nostri incontri porre come oggetto terzo³ la sua richiesta perentoria e intransigente di psicoterapia ed esplorare quali fossero le attese simboliche reificate in quello che lei chiamava “psicoterapia”. Non era possibile. In parte, credo, perché il fatto stesso che eravamo in stanza a parlare era parte di un agito. Alla pretesa di psicoterapia, qualsiasi cosa lei significasse con questo termine, si era risposto dandole una psicoterapia dopo l'altra. L'oggetto della pretesa così ottenuto era rapidamente liquidato e svuotato di significato dalla paziente che passava immediatamente a pretendere qualcos'altro: un cambio di orario, di giorno, un colloquio con l'assistente sociale. E quando la psicoterapia veniva

² Con il termine “collusione”, si fa riferimento al costrutto fondamentale posto alla base della teoria della tecnica definita “analisi della domanda” (Carli & Paniccia, 2003); è il processo per il quale gli attori nel contesto condividono l'assetto simbolico prevalente, agendo quindi dinamiche emozionali complementari.

³ Nel formulare il proposito espresso avevo presente il principio per il quale le emozioni hanno due soli destini: possono essere pensate o agite; la prassi clinica prevede la sospensione dell'agito, condizione questa che apre alla possibilità di sviluppare pensiero sulle dinamiche emozionali che si propongono nella relazione (Carli, 2016): all'evacuazione delle emozioni propria dell'agito diadico, in un'ottica di sviluppo, subentra la costruzione comune di un oggetto terzo, in questo caso la riflessione sul senso della pretesa di psicoterapia.

messa in discussione, come ad esempio al finire del ciclo di colloqui, furiosa ritornava la pretesa, messa in campo agendo un'urgenza: "Sto male, sto male!".

Prima chiusura

Aspettandola per l'ultimo colloquio della prima tranche di lavoro la sento litigare dal piazzale antistante al CSM, urla con qualcuno al telefono. Entra in furia dicendo che va tutto male, la salute, il lavoro, più del solito. "Allora uno deve prendere una pistola e si deve ammazzare... Poi dice che uno prende un fucile e fa qualcosa..."; le dico: "Ma su, la smetta"; fa un mezzo sorriso storto. Non penso che farà del male a se stessa o ad altri, ma penso che, aldilà delle modalità manipolative, abbia una profonda sofferenza e che se lasciata sola probabilmente non riuscirebbe a trovare uno spazio per fermarsi ed emanciparsi dalla faticosissima condizione che vive. Così, pur col dubbio di perseverare nell'agito, convengo con la paziente un'altra tranche di lavoro.

Dicevo della difficoltà ad esplorare il senso della pretesa di psicoterapia ma in realtà si è trattato di una questione più ampia ovvero della difficoltà ad accedere a una posizione di "riflessione su"⁴. Durante i nostri colloqui infatti, ripetutamente e in maniera sostanzialmente sempre uguale, Marina invisce costantemente contro qualcuno agendo una forte rabbia; più tardi ho ridefinito questo comportamento come una sorta di esigenza di essere vista mentre litiga con qualcuno, giacché sembra che a me non chieda nient'altro che stare lì mentre lei infierisce. Da lì è impossibile lavorare, d'altra parte non mi riesce di interrompere quegli agiti; entrarci dentro, peggio che mai, si rischia la labirintite. Penso che l'unica possibilità per poter lavorare sia costruire le condizioni per fare in modo che, almeno parzialmente, per qualche aspetto della sua esperienza, non abbia più così tanto bisogno di evacuare emozioni a quella maniera.

Il panorama che confusamente viene fuori dalle intemperanze di Marina è abbastanza desolante. Vive da sola; ha una sorella e un nipote ma non sono in buoni rapporti. Lavora poco e saltuariamente facendo pulizie; è il lavoro che ha sempre fatto anche se in passato deve aver lavorato più regolarmente. Mi racconta anche però di un rapporto di lavoro che dura da diciotto anni, dove la stimano, le hanno dato le chiavi di casa: "Pensi", mi dice, "che mi danno del lei". Vive di poco, ma tutto sommato le basta; è sempre alla ricerca di provvidenze, sussidi, aiuti che, manco a dirlo, pretende. È sveglia e, quando è in vena, ha molta iniziativa per procurarsi quello che le serve. Frequenta conoscenti, nei confronti dei quali è perennemente risentita, dai quali esige con violenza cose, attenzioni, affetto che ritiene di non ricevere. Sono perlopiù persone con vite difficili quanto la sua. Un paio di volte dice: "Me ne morirei per avere una famiglia". Le persone di cui racconta nelle sue parole sembrano degli ologrammi, figure senza consistenza sulle quali massivamente calca la sua realtà interna. Frequenta un uomo col quale ha una discontinua relazione e per due anni si è riferita a lui chiamandolo "quello della caldaia"; una sua datrice di lavoro è "Pallino", un amico di famiglia "Nonno". Utilizza meccanismi di difesa primitivi, scissori, dalla cui adozione esitano rapporti stereotipati del tipo "tutto buono", per i primi esigui tempi, "tutto cattivo", molto più diffusamente (Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 2000).

In effetti mi renderò conto poi che questo è uno dei tratti più salienti di Marina. Nel frequentarla si ha l'impressione che prepotentemente esiga di fare tutto uguale: sembra che non riconosca e non voglia riconoscere differenze fra gli interlocutori con i quali ha a che fare, fra i contesti o fra i momenti; utilizza qualsiasi situazione o persona per fare la stessa cosa. Non progetta futuro, non ammette senso al passato, vive in un eterno, estenuante presente. Consuma ed esaurisce ogni esperienza nel momento attuale. Non stupisce allora che abbia un così labile senso d'identità, che non ha strumenti per rafforzare: non investe, non costruisce, non produce.

Seconda chiusura

⁴ Cfr. nota 3.

In prossimità della fine del blocco di lavoro mi chiede se può recuperare un incontro che aveva perso. Le dico di sì ma entro una certa data, per ragioni oggettive: il CSM avrebbe traslocato ad altro edificio con conseguenti problemi organizzativi e, in attesa di un rinnovo, io avrei sospeso per un periodo la mia collaborazione col Servizio. Nonostante le offrissi una disponibilità aperta entro uno spazio di tempo per recuperare la seduta, ritarda ad arte l'incontro, fino a richiedere un appuntamento nelle date in cui non era possibile incontrarsi. Sparisce per un po' e poi ritorna chiedendo un appuntamento per un certo mercoledì, ovviamente nel periodo di sospensione, perché "andava a fisioterapia e le tornava comodo passare al CSM". All'inevitabile no, s'infuria. Cioè: al ravvisare da lontano un blando limite, lo reifica, ci va contro a testa bassa, mettendosi nella condizione di essere scontentata e di avere un diritto da esigere da me e dal Servizio. Quando finalmente dopo qualche settimana riusciamo a incontrarci per l'ultimo colloquio della serie, provo ad aprire sul senso di quello che era accaduto, dicendo: "Sono contenta che siamo riuscite a incontrarci, sembrava molto difficile". "Sì", concede generosa, "io volevo andare al mare, ma poi ho deciso di venire qui.". "E perché poi è venuta?" le chiedo divertita, "Per dare un senso a quello che faccio". Ma non penso dicesse sul serio. Alla fine mi saluta affettuosamente. Trovo consolante che questa volta abbia potuto chiudere senza agire drammi e senza minacciare di morte nessuno. Già che le toglievo la psicoterapia sarei dovuta essere "tutta cattiva" e invece mi saluta con affetto, riuscendo a tenere insieme le due cose. Dopo qualche tempo mi contatta, fissiamo un colloquio nel quale concordiamo un'altra tranche di lavoro.

Nello sviluppare il rapporto con Marina, mi accorgo che è molto facilitata dal sorriso; mi fa pensare a quei bambini che quando vedono un adulto dall'espressione seria pensano che sia arrabbiato con loro. Cerco allora di tenere i nostri scambi su una tonalità lieve e sorridente, cosa che mi riesce facile poiché mi è simpatica. Uso spesso una benevola ironia, giacché il sorriso la rassicura e l'ironia con lei mi sembra l'unico modo per evitare di scivolare nella complementarietà dell'agito. Mi rendo conto che questa Furia che tiene in scacco il CSM ha la sensibilità di una mammoletta. Mi racconta che la sua unica felicità è vedere "i nanetti". Si riferisce a un programma televisivo che segue le vicende di una coppia di coniugi, entrambi affetti da nanismo: mi dice che nella loro quotidianità vede l'esempio del vero amore e ne parla con trasporto, come facessero parte della sua vita. Penso che abbia di sé un vissuto come di una persona intimamente deforme. E allora quando ripropone velate minacce suicidarie, non le dico di smetterla ma sorridendo le chiedo: "Vuol farmi preoccupare?". Vanifico così la pretesa violenta mandandola a vuoto, ma al tempo stesso agisco per bonificarne l'aggressività. Penso di dover tenacemente vigilare per non lasciar passo alle dinamiche neoemozionali⁵ che Marina propone indefessa, ma penso anche che il nostro lavoro debba altresì parlare alla grande fragilità e miseria di sé che intuisco dietro quelle modalità odiose. Più avanti, a conclusione di un incontro particolarmente proficuo, Marina, insolitamente pensosa, mi dirà: "C'ho una rabbia dentro che m'inculerei anche i passerini!", riuscendo per una volta a vedere e a dire la sua rabbia, invece di agirli.

Terza chiusura

La terza chiusura mi è sembrata particolarmente significativa. È avvenuta a ridosso della pausa estiva. Ho fatto presente a Marina l'impasse nel quale ci trovavamo, sottolineando la singolare contraddizione che agiva, giacché sembrava estremamente bisognosa di una cosa, la terapia, dalla quale pure non pareva trarre giovamento. Le ho detto comunque che dopo l'estate avrei continuato la mia collaborazione con il CSM e che sarei stata disposta a un altro periodo di lavoro; le ho chiesto di pensarci e, se lo riteneva opportuno, di contattarmi a settembre. Volevo in questo modo trattare la dinamica abituale. Si riproponeva infatti ciclicamente una situazione: in vista dell'avvicinarsi del termine del periodo di lavoro, Marina era tutta presa dalla calamità incombente, sembrava non avesse spazio che per quell'angoscia; ottenuto un supplemento di lavoro, si rilassava, diluendo le presenze; pareva che l'unica cosa che le importasse fosse sapere

⁵ Cfr. nota 1.

che c'era uno spazio per lei, a prescindere da come fosse utilizzato, di fatto svuotandolo. Non c'era verso di esplorare le fantasie sottese a questa routine: porre un termine era colludere, non porlo, oltre che impossibile, era ugualmente colludere; la terza via, l'unica sensata, parlarne, impraticabile: Marina era impermeabile alle parole e al pensiero, catturata com'era dall'angoscia e dalla fantasia di essere totalmente esposta al volere altrui. Cogliendo l'occasione della pausa estiva, mi riproponevo di interloquire con le fantasie che occupavano il nostro rapporto e che non riuscivamo a mettere in parole: questa volta non avrebbe potuto consumare l'oggetto, degradandolo rapidamente e sbarazzandosene; questa volta avrebbe avuto una cosa buona per lei ad aspettarla per tutta l'estate, che sarebbe dipeso da lei scegliere. A settembre Marina mi contatta, vorrebbe proseguire il lavoro; quando le chiedo perché, con quale obiettivo continuare, dice che la terapia è un'occasione per avere un punto di vista diverso da quello che le potrebbero dare gli amici e, mi dice, "per riuscire un giorno a stare da sola". Io sono contentissima. Mi sembra un notevole progresso che Marina riconosca una specificità al contesto terapia e pensi di poterlo utilizzare, uscendo dal suo sterile consumare; ma soprattutto trovo un enorme passo avanti che abbia potuto vedere ed esprimere con tanta precisione e lucidità un aspetto importante dei suoi problemi, dandosi un obiettivo così pertinente.

Nei mesi a seguire il lavoro prosegue fra alti e bassi; a fianco alle solite modalità compaiono spunti di novità. Marina continua le sue frequentazioni disperate ma ha anche conosciuto un nuovo gruppo di persone nel quale si è inserita e attraverso il quale ha ottenuto un'altra opportunità di lavoro. Si accorge che lavorare le fa bene. Ha avuto un breve flirt che ha chiuso senza troppi rimpianti; l'uomo è rimasto fra le sue conoscenze e lei continua a frequentarlo senza perseguirlo o accampare pretese. Del suo compagno abituale mi dice che i loro rapporti sono "più umani" e mi sembra che sia più disposta a riconoscere le sue posizioni e a tenerne conto. Si è iscritta a un programma per l'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati; inizialmente forse una delle tante provvidenze che è solita esigere, ma poi la cosa prende un'altra piega. È molto in ansia per i colloqui che deve sostenere, ma questa volta invece di pretendere e arrabbiarsi, si chiede: "Ma perché dovrebbero prendermi?", ponendosi il problema delle competenze che ha da offrire e sembrandole ragionevole che possa anche non essere assunta se non ha un profilo idoneo. A tal proposito dice che sta pensando di "fare un investimento": a settembre vuole fare un corso per imparare qualcosa; "ma non uno di quei corsi..." dice, riferendosi alla miriade di corsettini che ha preteso, abbandonato e fondamentalmente utilizzato come pretesto per litigare con il mondo; a quanto pare coglie la differenza fra lo sterile saltellare di laboratorio in workshop e la possibilità di investire in un impegno per costruire. Un progetto proiettato nel tempo è per lei una cosa molto nuova. La partecipazione al programma è anche occasione di una parziale ridefinizione dei suoi rapporti con il CSM. Vengo infatti contattata dall'assistente sociale del servizio che l'accompagna in questa iniziativa e che, a tal fine, deve stilare un profilo di Marina. L'occasione viene utilizzata per un confronto in cui la paziente, nonostante le sue problematiche modalità, non viene percepita come una persecutrice ma come una persona per la quale si cerca di facilitare un progetto di sviluppo. Mi sembra che questa evoluzione, anche se i rapporti fra Marina e lo psichiatra continuano sostanzialmente immutati, rappresenti un parziale superamento della ripetitività e della rigidità che così a lungo ha caratterizzato i rapporti della paziente col CSM.

Verso la conclusione

La quarta chiusura passa quasi inavvertita, è più l'occasione di fare il punto del lavoro che una vera e propria cesura. Quando per l'ennesima volta le chiedo perché continuare, Marina dice: "Perché sto meglio, va bene? Perché sto meglio!". A me non sembra poco, detto da una persona che aveva fatto dello "Sto male, sto male!" il suo biglietto da visita e talismano.

Penso di focalizzare l'ultima tranche di lavoro sulla conclusione, che questa volta non prevede proroghe. Ma, da un certo punto in poi, è tutto un rovinare. Marina salta varie sedute e quando viene è rabbiosissima; lei, che è stata anarchica, provocatoria ma mai maleducata, delle volte è sgradevolmente scortese. Ha ripreso a perseguire gli operatori del servizio che le capitano a tiro,

rinverdendo le antiche modalità e innescando agiti a catena. Io non so cosa pensare, mi sembra che due anni di lavoro siano trascorsi inutilmente.

All'ultimo incontro Marina è distratta; fuori c'è un amico che l'aspetta e lei guarda continuamente il cellulare. Si sforza di essere educata ma si capisce che è già da un'altra parte: questa faccenda della separazione l'ha già risolta per conto suo nelle settimane precedenti, mettendo a soqquadro il CSM. Non resisto e nel salutarla mi lascio andare a una raccomandazione: "Si impegni in obiettivi concreti, cose di cui possa vedere i risultati, di cui possa dire 'Questo l'ho fatto io!'" ; "Sì," mi fa lei tutta contenta, "a settembre voglio andare a New York a trovare i nanetti!". Sic!

Come dicevo, al termine della terapia mi sembrava di aver lavorato inutilmente. Oggi credo che non si torna indietro dall'aver pensato, nemmeno Marina che pure è una specialista dell'azzerare tutto. Spero e conto che aver avuto modo nel nostro lavoro di entrare in contatto con parti di sé fino ad allora poco frequentate, abbia potuto fare per lei un po' di differenza.

Conclusioni: Setting come collusione

Mi chiedo quali siano stati i fattori che hanno permesso i rari sprazzi di pensiero che si sono aperti nel lavoro con Marina. Questa paziente faceva un massivo ricorso ad agiti e aveva una particolare difficoltà ad accedere ad una posizione di riflessione sull'esperienza, ma credo che in ogni intervento clinico si ponga il problema di costruire condizioni che facilitino il pensiero sulle emozioni.

Penso a quella parte dell'esperienza che non è pensiero, la più parte; penso che la mente non conosca assenza di simbolo e che la costante attività di simbolizzazione è comunque connaturata alla distillazione del pensiero più rarefatto. Ho presente in questo la teorizzazione di Matte Blanco (1975/1981) sui due modi di essere della mente e quella di Fornari (1976) sulla doppia referenza del simbolo, operativo e affettivo. Entrambi suppongono nella mente due modalità di significazione dell'esperienza compresenti e interagenti: laddove, irriducibile alla logica asimmetrica aristotelica, ma funzionante secondo sue proprie leggi, è l'inconscio la vera realtà psichica. In premessa definivo quelle che Freud chiama "rappresentazioni finalizzate del trattamento" come il grado zero del setting. Ma quelle rappresentazioni, con il loro corredo di emozioni a rivelare le simbolizzazioni affettive attive, non sono affare solo del paziente e non riguardano solo la sua mente. Come in ogni situazione sociale le simbolizzazioni affettive saranno condivise dagli attori in gioco nel contesto, paziente e terapeuta, stabilizzate in assetto coerente a ridurre la polisemia potenziale e a rendere possibile l'azione sociale. Facendo riferimento all'idea di Codignola, mi rappresento quindi *il vero*, ciò che nel rapporto clinico viene assunto come vero, ovvero il setting, come l'assetto simbolico che viene reificato e condiviso nella relazione terapeutica. Detto con altre parole, mi rappresento il setting come la collusione opportunamente istituita e agita nel contesto terapeutico (Carli, 2006).

D'altra parte credo che "il grado zero" del setting sia un'astrazione: probabilmente molta parte di quello che viene reificato in una situazione clinica passa sotto traccia. Per ciò che dipende da noi, che cosa possiamo fare per facilitare la produzione di pensiero? La mia ipotesi è che i pazienti, nel pensare la loro esperienza, possano essere aiutati dal fatto che, declinate nel rapporto professionale, siano agite dinamiche emozionali che testimonino la presa in carico della domanda espressa (Carli & Panizza, 2003).

Una delle direttrici che ho seguito nel lavoro con Marina è stata il trattare un problema identitario; ho definito così, nello sviluppo della relazione, quello che mi era stato presentato come un tema di dipendenza. Ho ipotizzato come riconducibile a un'identità labile il rapporto che la paziente stabiliva con gli oggetti della sua vita. Li viveva come necessari, da non poterne fare a meno; una volta che la invitavo a immaginare il dopo-terapia, mi disse: "Mi fa paura" e credo che avesse qualche ragione per avere paura perché penso visse il rapporto con il Servizio, nonostante i tafferugli, come qualcosa che le dava consistenza e continuità. In effetti credo che

questa fosse una componente importante della domanda agita dalla paziente nei confronti del CSM: con tutto il suo provocare e pretendere, rivendicando il diritto ad essere tenuta indefinitamente, penso cercasse riparo all'esperienza di profonda frammentazione da lei vissuta. D'altra parte non riconosceva alterità all'oggetto; era costantemente impegnata in violenti e assoluti tentativi di assimilazione, che per ciò stesso, esitavano nella distruzione dell'oggetto. Era quindi come in una sorta di circolo vizioso: faceva fronte alla sua fragilità pretendendo pseudo-relazioni dalle quali, in forza delle sue modalità, usciva vuota e con un vissuto di sé ancora più distruttivo. L'identità si costruisce nella relazione con l'oggetto, riconoscendone l'alterità; Marina si privava di questa possibilità.

Può avere allora avuto qualche utilità proporsi e proporre il nostro lavoro come un oggetto che non si lasciava assimilare e distruggere, mandando a vuoto le pretese manipolative e impedendo, per quanto possibile, lo svuotamento dello spazio terapeutico; penso infatti che questa strategia contribuisse a restituirle un'idea di sé meno distruttiva, dandole l'aire per futuri investimenti. Così credo sia stato importante, anche se poteva non essere facile avere a che fare con Marina, perseverare nel lavoro con lei. Mi sembra infatti che, in una relazione terapeutica, non sottrarsi al rapporto sia, per così dire, il tool simbolico fondamentale, la maniera con la quale il clinico, comunica ma ancora meglio, reifica, agisce la fiducia nel paziente e nella sua possibilità di pensare.

Penso che quando si arriva a mettere in parole le emozioni già una buona parte del lavoro è fatta; mi interessava in questo scritto riflettere sulle condizioni che precedono e facilitano quest'acquisizione. Ritornando alle parole di Codignola, mi è sembrato utile pensare alla dialettica fra *vero* e *falso* nei termini sopra esposti: dove il *vero* non è solo cornice o riferimento cognitivo ma dinamica emozionale agita che, interloquendo con la domanda del paziente, facilita il superamento delle difese, agevolando il riconoscimento del *falso*.

Bibliografia

- Carli, R. (2006). La collusione e le sue basi sperimentali [Collusion and its experimental bases]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2-3, 179-189. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (2016). I fondamenti teorici dell'intervento psicologico clinico [Theoretical foundations of clinical psychological intervention]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 4-15. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Carli, R. (2017). Gli agiti nel lavoro psicoanalitico [Acting out in psychoanalytic work]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 97-106. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Carli, R. & Paniccia, R.M. (2002). *L'analisi emozionale del testo: Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi* [Text Emotional Analysis: A tool for reading texts and discourse]. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica* [Analysis of demand. Theory and technique of intervention in clinical psychology]. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia. Dai malati psichiatrici alla nuova utenza. L'evoluzione della domanda di aiuto e delle dinamiche di rapporto* [The culture of mental health services in Italy. From psychiatric patients to new users. The evolution of demand for help and of relational dynamics]. Milano: FrancoAngeli.

- Clarkin, J.F., Yeomans, F.E. & Kernberg, O.F. (2000). *Psicoterapia delle personalità borderline* [Psychotherapy for Borderline Personality] (L. Bartocchetti, S. Galati, & M.C. Verga, Trans). Milano: Raffaello Cortina Editore (Original work published 1999).
- Codignola, E. (1977). *Il vero e il falso: Saggio sulla struttura logica dell'interpretazione psicoanalitica* [The truth and the false: An essay on logic structure of psychoanalytical interpretation]. Torino: Bollati Boringhieri.
- Fornari, F. (1976). *Simbolo e codice* [Symbol and code]. Milano: Feltrinelli.
- Freud, S. (2011). *L'interpretazione dei sogni* [The interpretation of dreams]. (E. Facchinelli & H. Tretti, Trans). Torino: Bollati Boringhieri (Original work published 1899)
- Matte Blanco, I. (1981). *L'inconscio come insiemi infiniti. Saggio sulla bi-logica* [The Unconscious as Infinite Sets. An Essay in Bi-Logic] (P. Bria, Trans.). Torino: Giulio Einaudi editore (Original work published 1975).
- Paniccia, R.M., Di Ninni, A., & Cavalieri, P. (2006). Un intervento in un Centro di Salute Mentale [An intervention in a Mental Health Center]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 80-95. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>