

Notazioni sul resoconto

di Renzo Carli*

1 – Introduzione

Il resoconto è un importante strumento della professione psicologico clinica; può essere descritto quale *complemento necessario dell'esperienza relazionale* che caratterizza e fonda la professione dello psicologo clinico; è una prassi necessaria per il perseguimento degli obiettivi che la professione si prefigge. Non esiste professione psicologico clinica che non sia fondata sull'esperienza della relazione; ma al fine di dare un senso alla relazione professionale, nella stessa psicologia clinica, essa deve essere completata con il resoconto. Il resoconto, in altri termini, è la prassi necessaria per *pensare le emozioni* implicate entro la relazione psicologica.

Il resoconto al quale stiamo pensando concerne la *relazione* tra lo psicologo clinico e l'interlocutore dell'intervento psicologico clinico.

Resocontare, quindi, significa utilizzare *categorie che fanno riferimento alla relazione, per pensare le emozioni evocate entro la relazione e per parlare sulla relazione stessa in funzione di specifici obiettivi*. Nella nostra accezione il resoconto non concerne l'altro, le sue connotazioni psicopatologiche, le sue modalità di comportamento entro la relazione con lo psicologo. E' molto importante distinguere tra un resoconto che riguarda l'altro e che assomiglia, se si vuole, a quanto viene scritto entro la cartella clinica della prassi medica, ed il resoconto che concerne la relazione che caratterizza l'intervento psicologico clinico.

Le parole chiave nel parlare di resoconto, quindi, sono per noi: relazione, categorie, obiettivi, emozioni, pensare, parlare su.

Resocontare significa passare dalle emozioni agite o pensate entro la relazione, ad una categorizzazione degli eventi relazionali attraverso il linguaggio, sia esso scritto o parlato: ad esempio entro l'interpretazione o più ancora la costruzione¹.

Un *racconto narrato degli eventi*, ad esempio all'interno di una relazione di supervisione, non è propriamente un resoconto: il racconto avviene, infatti, entro una nuova relazione che andrebbe anch'essa resocontata. Nella nostra ottica, un resoconto comporta un "pensare su" nei confronti della relazione; "pensiero su" che si dispiega tramite l'utilizzazione di categorie e modelli capaci di organizzare quanto è avvenuto entro la relazione, e di confrontare gli eventi con gli specifici obiettivi della professione psicologica. Pensare su, quindi, si reifica entro un parlare su, visto che intendiamo il resocontare quale prassi che si inverte entro il linguaggio.

Resocontare significa, sempre, andare oltre quanto è avvenuto nell'ambito della relazione; significa dare un *sensu nuovo* alla relazione; senso non individuato nel tempo vissuto della relazione stessa. Il resoconto, in altri termini, è caratterizzato da alcuni elementi di *novità* nei confronti di quanto viene vissuto entro la relazione. Come vedremo, è importante definire il livello a cui situare questi elementi nuovi che compaiono entro il resoconto: possono concernere la relazione stessa; gli obiettivi del rapporto psicologico clinico; il contesto entro il quale il rapporto si situa; il senso

* Professore ordinario di Psicologia clinica presso la Facoltà di Psicologia 1 dell'Università "La Sapienza" di Roma, presidente del corso di laurea "intervento clinico per la persona, il gruppo e le istituzioni", membro ordinario della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association.

¹ Si veda al proposito il lavoro di S. Freud: "Costruzione nell'analisi" (1937). Si ricorda in particolare questo passo del lavoro di Freud: "Se nelle esposizioni della tecnica analitica si sente parlare così poco delle <<costruzioni>>, ciò dipende dal fatto che in loro vece si parla delle <<interpretazioni>> e dei loro effetti. Ma io penso che <<costruzione>> sia la definizione di gran lunga più appropriata. L'<<interpretazione>> si riferisce a ciò che si intraprende con un singolo elemento del materiale: un'idea improvvisa, un atto mancato e così via. Una <<costruzione>> si dà invece quando si presenta all'analizzato un brano della sua storia passata e dimenticata, più o meno nel modo seguente: <<Fino all'anno n della Sua vita, Lei si considerava l'unico ed incontrastato possessore di Sua madre; poi arrivò un secondo bambino e con lui una grave disillusione. Lei fu abbandonato per un periodo da Sua madre, che anche in seguito non si dedicò mai più esclusivamente a Lei. I Suoi sentimenti nei confronti di Sua madre divennero ambivalenti e Suo padre acquistò per Lei un nuovo significato>>, e così di seguito" (la citazione è alle pagine 544-545 della traduzione italiana citata in bibliografia).

istituzionale della relazione; le condizioni del lavoro nell'ambito del rapporto; le caratteristiche della relazione che rendono utile o inutile, a volte impossibile la relazione stessa; alcuni elementi nuovi della teoria o della tecnica che reggono la relazione; le caratteristiche dell'altro e del suo modo di stare nella relazione o nella realtà dei rapporti propri della sua esperienza esistenziale, ed altro ancora. Pensiamo che una analisi ed una classificazione di queste dimensioni nuove del resoconto potrà aiutare a cogliere la specificità del resoconto stesso, nell'accezione che stiamo utilizzando per parlarne.

In sintesi, proponiamo un vincolo molto stretto tra esperienza della relazione e resoconto, nell'ambito della professione psicologica. Perché? Pensiamo che la *relazione* comporti una sorta di immersione emozionale dello psicologo clinico entro le vicende implicanti del rapporto con l'altro. Ogni esperienza di relazione è una vicenda a sé stante, è irripetibile in quanto comporta simbolizzazioni emozionali situate storicamente nell'*hic et nunc* del rapporto tra lo psicologo e quella specifica persona (gruppo o organizzazione), in quel particolare momento, entro la dinamica collusiva che ne organizza obiettivi e finalità. Certo, lo psicologo è formato a "pensare emozioni" entro le proprie relazioni professionali, quindi a proporre all'interlocutore un senso della dinamica emozionale collusiva in atto; ciò è possibile con l'interpretazione, con l'azione interpretativa, con la costruzione di senso. Va tenuto conto, d'altro canto, che il lavoro psicologico clinico si organizza entro un tempo, con discontinuità e ricorrenze: le sedute ripetute nel corso della settimana, nel caso della psicoterapia; gli incontri seminariali a frequenza stabilita, ad esempio quindicinale o mensile, nel caso di un intervento di formazione o di riflessione sulla dinamica culturale di una struttura organizzativa; gli incontri di committenza distribuiti lungo uno specifico periodo di tempo, nel caso della fase istituyente di un intervento psicosociale; le riunioni di gruppo con differenti componenti dell'organizzazione, e la loro distribuzione entro l'arco di uno specifico periodo di tempo, concordato con i partecipanti, nel caso dell'intervento psicosociale stesso. Perché questa distribuzione periodica, nel tempo, del lavoro clinico? Forse non ci si è interrogati a sufficienza sul tema. Pensiamo che un motivo di tutto questo stia nella possibilità di resocontare, da parte dello psicologo clinico: vale a dire di organizzare quanto sta succedendo nel lavoro, entro categorie che consentano di individuare la dimensione innovativa insita nell'esperienza stessa; di resocontare l'esperienza, quindi: a se stesso, all'*altro* che partecipa all'intervento, alla *comunità scientifica* della quale lo psicologo è parte e che è interessato ad informare del suo lavoro, delle idee che il lavoro consente di sviluppare, della teoria della tecnica che si sta sperimentando.

Senza il resoconto, quindi, il rischio è quello di ripetere la relazione all'infinito, senza coglierne gli elementi innovativi che difficilmente si possono vedere e pensare, se si è immersi emozionalmente entro la relazione collusiva.

Se la relazione comporta un pensare emozioni, il resoconto diventa così l'occasione necessaria per un metapensiero sulle emozioni pensate entro la relazione stessa. Sottolineiamo questa necessaria dimensione di "novità" che il resoconto comporta. E' la novità che può costituire il motore del processo di cambiamento e di sviluppo che l'intervento psicologico clinico vuol promuovere e istituire. Sappiamo che la scansione temporale della psicoterapia o dell'intervento psicosociale hanno anche la funzione di consentire lo sviluppo di un pensiero sull'esperienza da parte del paziente o di chi funge da committente e/o da partecipante all'intervento. Anche i pazienti ed i partecipanti all'intervento necessitano di un tempo per pensare all'esperienza, quindi per resocontare. Ed anche per loro il pensiero sull'esperienza comporta, spesso, l'individuazione di elementi di novità che sono difficilmente ritrovabili se si rimane emozionalmente immersi entro l'esperienza stessa. Ma questa resocontazione può, per chi fruisce del lavoro psicologico, avvenire o meno. Per lo psicologo è di contro un'attività necessaria. E' l'unico modo per dare un senso al prosieguo dell'esperienza professionale: per elaborare strategie volte a promuovere e rendere possibili future evoluzioni, per fondare le premesse di un auspicabile sviluppo della relazione, come anche dello sviluppo nel paziente o nella struttura che fruisce dell'intervento.

Resocontare significa dare senso; ma nel dare senso si trasforma l'esperienza e se ne possono vedere le componenti innovative. Ricordiamo che la relazione psicologica ha una sua connotazione specifica: è una relazione senza obiettivi trasformativi dichiarati ed ostensibili, oltre che condivisi. Mettersi in una *relazione senza obiettivi trasformativi*, significa accettare che le sole emozioni, derivanti dalla simbolizzazione affettiva reciproca della relazione, siano le componenti condivise della relazione stessa. L'obiettivo, solitamente, consente di vivere emozioni frenate, addomesticate, contenute entro le regole del gioco della relazione produttiva. Si pensi, ad

esempio, alla classe scolastica di una scuola media superiore, nell'ora di lezione: l'obiettivo condiviso (un'interrogazione, la lettura ad alta voce di un testo letterario, lo svolgimento di un'equazione alla lavagna, la spiegazione di un fatto o di un periodo storico da parte dell'insegnante) imbriglia le emozioni di tutti entro le regole del gioco della convivenza scolastica. Certo, ci saranno allievi più "indisciplinati" o "distratti", ci saranno compagni di banco che chiacchierano sottovoce di qualcosa d'estraneo alla lezione, ma il tutto è controllato, in qualche modo contenuto dall'attività produttiva che costituisce l'obiettivo comune. Può essere interessante guardare a quello che succede nell'intervallo tra una lezione e l'altra: al suono della campanella si ha un vociare confusivo ed un frastuono improvviso, dovuto al venire meno (provvisorio e reversibile) dei sistemi di controllo della produzione scolastica ed all'emergere improvviso di un'"altra" produzione, quella dell'espressione emozionale senza controllo. Bene: l'attività psicologico clinica comporta, spesso, che la relazione sia senza obiettivi produttivi; con regole del gioco che concernono la sola condizione strutturale della relazione stessa. In altri termini, la situazione psicologico clinica (ad esempio: una seduta psicoanalitica, un incontro di un gruppo psicoterapeutico, una riunione di committenza o un seminario con i membri di una struttura organizzativa) non prevede obiettivi produttivi ed al contempo propone regole del gioco che rendano possibile la relazione stessa: il *tempo* ed il *luogo* dell'incontro, la *condizione del lavoro* (lettino e poltrona per la seduta psicoanalitica, sedie in cerchio per un gruppo od un seminario), le modalità di *partecipazione* all'incontro (il silenzio dello psicoanalista; il riassunto degli scopi dell'incontro, nel caso di un intervento psicosociale) le modalità di *pagamento* che le persone partecipanti alla relazione conoscono. Quindi, assenza di un obiettivo trasformativo condiviso che concerne una cosa terza e che giustifica la relazione (l'apprendimento nella scuola, la produzione di un atto medico di diagnosi, prognosi e terapia nell'ospedale o nella relazione diadica medico-paziente nell'ambulatorio, la progettazione di un edificio entro lo studio di un architetto) ed al contempo presenza di forti regole del gioco che organizzano le condizioni della relazione. Si può allora comprendere come, entro la relazione psicologica, siano costantemente possibili due atteggiamenti contrapposti: l'espressione agita delle emozioni da un lato, la sottomissione cieca all'autorità che tutela le regole del gioco dall'altro. Negli anni '70 ad esempio era usuale che, nel corso di un T-Group, i partecipanti cacciassero il trainer dal gruppo, quale espressione di una emozionalità che voleva esprimersi contro ogni forma od espressione di autorità. Un altro esempio: è noto che in un'analisi "didattica" si confondono, nell'analista, i ruoli di analista, appunto, ma anche di giudice sull'adeguatezza alla funzione analitica dell'analizzando; così come si confondono i ruoli di paziente e di allievo *sub iudice* circa l'ammissione al training ufficiale; nel paziente stesso; tutto questo può comportare, spesso, una falsificazione dell'esperienza analitica per l'adesione acritica di chi fa analisi alle regole del gioco dell'autorità giudicante. Queste stesse dinamiche di reazione o di sottomissione possono essere episodicamente, e non istituzionalmente, presenti entro ogni esperienza psicologico clinica. Quando sono presenti, è interessante notare che tali componenti agite delle emozioni, ad esempio di sottomissione agita all'autorità, *non siano quasi mai resocontate*. Se lo fossero, l'agito potrebbe essere analizzato e perderebbe il suo senso istituzionale, ad esempio di legittimazione dell'esperienza o di motivazione all'agito stesso. Molte istituzioni, ricordiamolo, fondano la loro stessa esistenza sull'agito emozionale non esplorato, non analizzato.

E' importante, ed il resoconto lo consente, che il processo della relazione non venga falsato, attraverso la trasformazione di un evento episodico in un atteggiamento disposizionale, fondato sulla collusione reciproca circa la reazione all'autorità o la sottomissione alla stessa autorità fantasmaticamente presentificata. Se la relazione può essere intesa quale sequenza di eventi episodici, il resoconto costituisce lo strumento per la costruzione di un processo (terapeutico – d'intervento) che segua linee di sviluppo. E' evidente che il processo non prefigura *una* specifica linea di sviluppo, impossibile entro la psicoterapia psicodinamicamente intesa o entro l'intervento psicologico clinico; lo sviluppo viene seguito nelle sue spesso imprevedibili linee evolutive. Ma il passaggio dalla dimensione episodica al processo, è possibile solo grazie al resoconto. Pensiamo importante ritornare sulla complementarità tra relazione e resoconto. Il resoconto cerca il senso, quindi la continuità entro la discontinuità della relazione. Nella relazione lo psicologo clinico può "interpretare" i singoli eventi; può quindi dare senso alle implicazioni emozionali che di volta in volta emergono nella relazione stessa, grazie alle simbolizzazioni affettive che la connotano. L'interpretazione, parafrasando il Freud di "Costruzione nell'analisi" più sopra ricordato, serve per

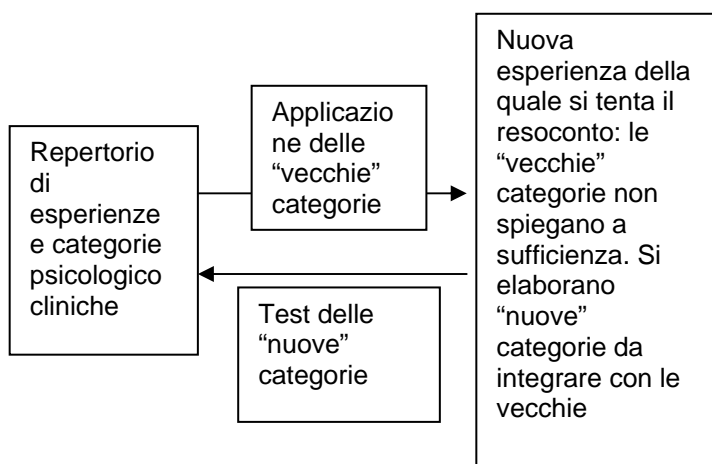
dare senso agli eventi episodici entro la relazione; il resoconto, dal canto suo, consente una *costruzione del processo* che può essere intravisto entro la sequenza degli episodi emozionalmente implicanti della relazione. Ecco definito l'elemento di novità che il resoconto consente: quello di *passare dall'episodicità della sequenza di eventi relazionali alla costruzione di un senso processuale entro la relazione stessa*. Con la sola relazione si può perpetuare all'infinito l'insight riferito all'episodicità emozionale; con il resoconto lo psicologo può fare ipotesi circa la gestalt risultante dall'insieme delle componenti episodiche della relazione. Può quindi individuare quel "di più", quell'elemento nuovo che la costruzione del processo consente di ipotizzare.

2 - Il resoconto che lo psicologo organizza per se stesso, nel corso del lavoro di intervento

Si tratta di un "pensare su" nei confronti della relazione che si sta vivendo, entro il lavoro psicoterapeutico o d'intervento. Si tratta, in altri termini, di organizzare entro categorie di pensiero quanto sta avvenendo emozionalmente entro la relazione; a partire dal vissuto proprio, ma andando oltre il proprio vissuto, per conferire ad esso un significato relazionale capace di individuare le linee del *processo* che caratterizza la relazione stessa. E' importante l'uso del linguaggio (scritto, più che parlato) perché consente di trasformare emozioni in pensieri sulle emozioni; consente, quindi, di passare dall'esperienza vissuta entro la relazione ad una configurazione categoriale dell'esperienza, da parte dello psicologo clinico. Normalmente questo tipo di resoconto avviene sotto la forma del prendere appunti, dello scrivere quanto succede nelle sedute o nelle attività di intervento, del tenere un diario sulle attività.

Cosa succede in questo tipo di resoconto?

E' in questi resoconti che si testano le categorie conosciute e che si esplorano nuove categorie. Possiamo riassumere quanto avviene in questi resoconti utilizzando il seguente schema:



Ad esempio, posso chiedermi perché mi fa arrabbiare quanto dice una paziente quando dichiara, nel corso di una seduta di psicoanalisi, di non aver mai provato piacere nella relazione sessuale, anzi di non averla mai vissuta. Per poi aggiungere, dopo che io ho sottolineato: "Mai vissuta...": "Bhé, mai no, perché qualche volta l'ho anche vissuta, ed ho provato piacere. Diciamo che il 10%, 15% delle volte che accetto di fare l'amore provo piacere, riesco a vivere il rapporto". La paziente ha tentato di escludere, nel parlare con lo psicoterapista del problema concernente la sua sessualità, ogni suo coinvolgimento in tale attività, potendo quindi continuare nella dinamica che possiamo definire del *"lamentarsi" con lo psicoterapista*. Per qualche motivo non chiaro, la paziente smette momentaneamente il lamentarsi, riconoscendo che "qualche volta" può coinvolgersi nella relazione sessuale. Può quindi reciprocare la relazione con il suo ragazzo. Ma il lamentarsi equivale anche al dichiarare, esplicitamente o implicitamente, che lei non riesce a vivere alcuna reciprocità entro la relazione psicoterapeutica. La paziente, quindi, con l'aggiunta

dell'eccezione riferita al "qualche volta", ricorda che "qualche volta" può provare reciprocità anche nella relazione psicoterapeutica. Comunica, inoltre, che il suo vissuto di reciprocità entro l'esperienza psicoanalitica è, per lei, assimilabile a quello del fare l'amore, per il quale si è in due. L'affermazione della paziente, quindi, fa riferimento al fatto che *solo qualche volta*, secondo lei, lo psicoterapista può accettare la reciprocità della relazione; può accettare, in altri termini, che la relazione psicoterapeutica sia assimilabile alla relazione sessuale. Si può così capire perché mi sia arrabbiato all'aggiunta del "qualche volta": si tratta di un rimprovero della paziente alla mia "freddezza" emozionale entro la relazione, che lei mette in associazione alla sua incapacità nel vivere la relazione sessuale. E' come se la paziente dicesse: "Io mi lamento perché non riesco a vivere la sessualità; ma mi lamento anche della tua incapacità di vivere emozionalmente in modo reciproco, e assimilabile alla sessualità, il nostro rapporto terapeutico". Di qui il senso del lamentarsi come di qualcosa di insolubile, in quanto riferito a dimensioni di relazione che sono desiderate, ma catastrofiche allo stesso tempo. Se il terapeuta accettasse di vivere la terapia come se fosse un rapporto sessuale, per lei sarebbe impossibile pensare, quindi sarebbe impossibile proseguire con la psicoterapia. Quindi il lamentarsi concerne un desiderio insoddisfatto, ma allo stesso tempo un desiderio impossibile da soddisfare, perché distruttivo di un pensiero capace di dare senso alla relazione entro la quale ci si lamenta.

Nello scrivere questo resoconto, ho capito il senso della relazione che intrattengo con questa paziente e che lei intrattiene con me. Mi sono messo nell'impresa di scrivere questo resoconto perché sento che la relazione è ferma in una posizione di stallo. Ora penso che il resoconto mi fornisca alcune chiavi di lettura di quanto succede nella relazione. Una relazione ove la freddezza sessuale della paziente viene da lei stessa assimilata alla freddezza empatica dell'analista. E il riconoscere che "qualche volta" la paziente prova piacere nel fare l'amore, è anche una richiesta a che l'analista si conceda, sia pur qualche volta, ad una vicinanza emozionale simile. E' una richiesta a smetterla con l'analisi, con la comprensione pensata, sia pur emozionalmente pensata, delle vicende della relazione analitica. Per accedere ad una vicinanza agita di reciprocità, del tutto assimilabile a quella dell'agito sessuale. Si tratta di una pretesa, evidentemente. La pretesa di poter avere l'analista invischiato entro una relazione di vicinanza ove si perda la funzione pensata e ci si lasci andare alla reciprocità del desiderio e dell'emozionalità agita. Un invito non all'azione sessuale, quanto all'interruzione del pensiero emozionato.

E' evidente, lo spero, che il resoconto non concerne caratteristiche personali, psicopatologiche o di personalità della paziente; e nemmeno caratteristiche mie. Ciò che si può capire da questo breve resoconto, se si guarda alla sua dimensione relazionale, è il motivo che ha portato la paziente a chiedere ed a vivere l'esperienza psicoterapeutica. Ma una comprensione dei problemi della paziente richiederebbe il ripercorrere la "storia" della sua terapia e delle connotazioni emozionali del suo rapporto con me. Si tratta di una paziente che non ha mai sperimentato una relazione simmetrica, ove l'uno non sia implicato entro fantasie di dominio e di controllo dell'altro. Di qui il suo sottomettersi all'adempimento psicoanalitico; ma al contempo la fantasia di controllare l'analista inducendolo ad una relazione ove venga negata la funzione del pensare le emozioni.

Posso elencare, a questo punto, le categorie relazionali che ho utilizzato nel resoconto:

- la *rabbia* evocata in me dalla sequenza del "qualche volta";
- il *lamentarsi* della paziente, quale modalità di strutturare la relazione con me. Qui la categoria va riferita all'albero delle neo-emozioni;
- la *reciprocità agita* entro la relazione sessuale; che differisce dalla *reciprocità pensata* che può reggere alcuni momenti della relazione terapeutica. Questo apre al tema della *collusione* e dei differenti modi di colludere entro la relazione terapeutica. Ma anche alla *distinzione tra agire senza pensare e pensare a ciò che si agisce*, che sta alla base del processo collusivo;
- l'*impotenza* a cui porta la relazione, quando ci si lamenta di qualcosa che non succede nella relazione, comunicando contemporaneamente che se la cosa succedesse sarebbe la catastrofe per la relazione stessa; quindi la componente *ambivalente* che sostanzia, sempre, la dimensione di impotenza entro la relazione.

Perché?

Ebbene, quando la paziente dice: "Non ho mai provato piacere nella relazione sessuale" sta manifestando, sul lettino dell'analisi, una sua fantasia; sta parlando di una sua fantasia che concerne sia la psicoterapia che il suo fare l'amore: fantasia che assimila l'analisi alla sua relazione sessuale. Fantasia ove l'altro non esiste, ove lei può stare chiusa entro un identificarsi

con le sue fantasie, al di fuori di ogni rapporto con il reale, quindi al di fuori di ogni relazione. Ove la relazione è la dimensione ineliminabile e necessaria per vivere un rapporto con la realtà. Sappiamo che, entro la teoria psicoanalitica, la realtà è assimilabile al vissuto simbolico emozionale tramite il quale si entra in rapporto con gli oggetti; quegli oggetti che, indipendentemente dalla loro natura "oggettiva", la simbolizzazione trasforma in interlocutori emozionali. Ma, entro la stessa teoria psicoanalitica, la realtà è anche il riscontro alle nostre fantasie, quale proviene dalla relazione con l'alterità. Per la paziente, il non provare piacere sessuale equivale all'affermare che *l'unico oggetto che lei simbolizza emozionalmente è se stessa*. La frase "qualche volta ho provato il piacere sessuale", quindi, significa riconoscere che no, qualche volta lei riesce a simbolizzare emozionalmente l'altro: è come se si aprisse un varco entro la chiusura strutturata con la simbolizzazione emozionale, esclusiva, di sé; il che equivale a dire che viene messa in discussione, sia pure per un momento, la convinzione emozionale che le proprie fantasie, quello che la paziente prova emozionalmente, coincida con la realtà; o, per meglio dire, è la realtà, senza alcun dubbio e senza alcun riscontro possibile.

Questa crepa, d'altro canto, sembra vincolata all'accettazione collusiva, da parte dell'analista, di vivere una reciprocità non pensata, quale è necessariamente la reciprocità che si vive nella "relazione sessuale", ove il termine *relazione* è in stretta connessione con un agito emozionale reciproco, senza pensiero su. E' un primo passo, se si vuole. Ma è un primo passo che chiede una partecipazione collusiva acritica del terapeuta, una sua rinuncia alla funzione del pensare entro la relazione. Quindi una sfida alla funzione del lavoro analitico stesso. Si tratta di quanto, in successivi approfondimenti di questo resoconto, ho proposto di chiamare *pretesa empatica inanalizzabile*: la pretesa, di pazienti provenienti da specifiche culture tra le quali, nella mia esperienza, è prevalente quella psicologica, di ottenere dall'analista una vicinanza emotiva, un calore, un affetto incondizionato e acritico, che spesso porta all'interruzione dell'analisi o della psicoterapia, quando si verifica l'irraggiungibilità della richiesta. Si tratta di una pretesa, appunto: di una richiesta che si ritiene giustificata dal proprio ruolo di "paziente", di persona in difficoltà, di persona carente d'affetto; una richiesta alla quale il terapeuta "deve" rispondere soddisfacentemente; una richiesta che, come nel caso del resoconto ora presentato, comporta la rinuncia ad ogni funzione di analisi della relazione. La paziente del resoconto è stata in grado di accettare la costruzione di senso della sua pretesa, ed ha continuato proficuamente la sua analisi; in altri casi, la stessa richiesta ha comportato l'abbandono dell'esperienza. Ma di questo parleremo più diffusamente nell'ultimo paragrafo di questo lavoro.

Rimane un interrogativo: il mio, sia pur breve, resoconto mantiene una sua componente narrativa, pur entro l'uso di categorie che fanno parte, ormai da tempo, del mio modo di costruire una teoria della relazione? Se si vuole, questo resoconto mantiene una struttura narrativa, anche entro le nuove categorie che la sua stesura ha consentito di elaborare? Questo interrogativo, evidentemente, non concerne l'uso privato di questo resoconto, ma l'uso pubblico che di esso sto facendo, per il fatto che il presente scritto intende affrontare ipotesi teoriche sul resoconto, da far leggere ad altri interessati al problema.

3 - Il resoconto che lo psicologo propone all'altro (cliente), nel corso della relazione di intervento

Si tratta del lavoro interpretativo; o meglio di quella proposta che, nell'analisi, l'analista fa al paziente sotto forma di "costruzione in analisi". Ma anche di tutti quei resoconti che accompagnano e sostanziano l'intervento psicosociale. Resoconti verbali, nel corso del lavoro; ma anche resoconti scritti, sotto forma di documenti di riflessione che lo psicologo clinico propone al cliente dell'intervento stesso, nel corso del lavoro d'intervento.

3.1. L'interpretazione

Come esempio di un atto di resocontazione interpretativa, si può pensare ad un paziente che (nel suo secondo anno di analisi) racconta, nel corso di una seduta, il seguente sogno: "Ero nella stanza dell'analisi, ma non sul lettino; eravamo seduti comodamente su un divano molto invitante, dove si poteva stare comodi (non che il divano che c'è qui, dall'altra parte della stanza rispetto al lettino, non sia comodo; ma in quello del sogno si poteva stare "stravaccati"). Io le dicevo che ero

molto contento della mia analisi. Poi lei si trasformava nelle sembianze di mio padre, e mi chiedeva se l'analista aveva ancora lo studio nello stesso stabile ove ha anche casa e dove vive. Rispondevo di sì. Allora mio padre, irridendo alla situazione, mi diceva di dire all'analista che era ora capisse che lo studio, per una questione di prestigio e di decenza, doveva essere in un luogo separato da quella dell'abitazione familiare".

Va subito detto che il paziente esercita la professione di medico oculista, entro uno studio privato. Vanno anche aggiunte due cose: la prima è che il paziente è venuto in analisi per via di alcuni suoi agiti sessuali, entro la professione, con due donne sue pazienti. Ciò lo ha molto impaurito; si è rivolto a me perché gli avevano parlato del mio rigore nei confronti degli agiti che, a suo dire, contraddistingue sia la mia attività terapeutica che il mio insegnamento universitario. La seconda, ma ora la cosa sembra ovvia, è che il paziente ha il suo studio in un quartiere molto lontano dalla casa ove vive con la sua famiglia.

Il padre del paziente è una persona curiosa, caratterizzata da un grande affetto, perfino esagerato, per la famiglia: recentemente, ad esempio, ha fatto un viaggio in automobile da Catanzaro sino alla Val d'Aosta per portare del danaro ad un figlio (fratello del paziente) che era stato derubato del portafoglio durante una vacanza. Il paziente soggiunge che il padre avrebbe potuto benissimo mandare un vaglia, ma lui è fatto così: quando c'è bisogno di lui, si muove senza remore. Il padre, d'altro canto, è anche una persona che vive d'espediti, che fonda la sua attività sull'imbrogliare gli altri, sul rifilare loro patacche di tutti i tipi. Per questo ha avuto guai con la giustizia ed ha una serie di denunce pendenti sul suo capo.

Aggiungiamo, infine, che il paziente vive, come emozione caratterizzante il suo rapporto terapeutico, la *diffidenza* nei confronti dell'analista.

Ricorda, associativamente, che la sera del sogno coincideva con il giorno dopo quello di una seduta anticipata dall'analista, che doveva andare ad un convegno in un'altra città. Ma coincideva anche con il suo venir a sapere che il padre era in città (e non nel paese del Sud Italia, dove vive per lunghi periodi con la moglie) per via di una riunione in tribunale ove intendeva consumare un piccolo imbroglio ai danni di una struttura cittadina. Il paziente s'era vergognato del padre, venendo a sapere della cosa.

C'è anche da aggiungere che, recentemente, il paziente ha "scoperto" in libreria alcuni volumi scritti dall'analista, e li sta leggendo con grande passione ed interesse. Dice, più volte, che la lettura dei libri sembra sostituire la relazione analitica; impara più dalle letture che dalle sedute.

Il resoconto-interpretazione concerne il senso "relazionale" del sogno, ove viene posta una scissione reificata tra affetti familiari ed emozionalità implicata nella psicoanalisi. L'analista *deve* tener ben separata la sua emozionalità rivolta alla famiglia e l'emozionalità investita entro la relazione psicoterapeutica. Questo consente di non vivere gli agiti emozionali della relazione professionale come problemi per l'emozionalità familiare. Ciò che viene agito entro la professione non è un tradimento della propria fedeltà alla famiglia.

In questo senso la "rigidità" attribuita all'analista dal paziente, viene proposta criticamente nel sogno, tramite la trasformazione dell'analista nel padre del paziente stesso. Con l'analista, l'analisi va bene perché aiuta ad integrare le due emozionalità (o meglio la scissione emozionale che il paziente vive entro la sua professione); con il padre-analista imbroglione, l'analisi è molto criticabile, proprio perché motiva al superamento della scissione emozionale e viene ribadita la stupidità, il poco prestigio, la povertà sociale di chi integra le due emozionalità e si preclude, quindi, l'utilizzazione del lavoro medico quale luogo per agire quel potere sessuale del quale il medico stesso viene investito dalle pazienti, specie se carine ed attraenti.

Anche in questo caso, come spero si veda, il resoconto-interpretazione concerne la relazione, e non caratteristiche del mondo interno del paziente. E' certamente una interpretazione di transfert, ma non è solo questo. Si tratta di vedere come il sogno prefiguri una specifica ambivalenza nei confronti della relazione analitica. La diffidenza, che funge da leitmotiv dell'analisi, può essere intesa quale neo-emozione ove *viene chiesto all'amico (definitivamente amico) di dare una giustificazione del proprio essere amico. Vale a dire del suo non essere nemico*. Vediamo: il paziente viene in terapia per affrontare il problema, che sente impellente, del suo agire emozioni nella relazione professionale con le proprie pazienti. Quando chiede di fare analisi, dice anche che sente come problematico questo suo agito sessuale, soprattutto nei confronti della relazione con la moglie e con la figlia di cinque anni. Ha una domanda specifica in tal senso, e configura l'analista come amico proprio perché gli dà garanzie sul fatto che egli possa trovare nell'analista chi

testimonia, con la sua proposta teorica come anche con la sua esperienza pubblica, questo principio del non agire entro la relazione con le pazienti. L'analista è amico, perché è un testimone "vivente" di quello che il paziente vuol diventare. Ma è anche nemico, e per gli stessi motivi: l'intransigenza percepita nell'analista fa sentire ancora più problematico il suo agire entro la relazione professionale, e più volte viene in mente al paziente di sospettare sul fatto che l'intransigenza attribuita all'analista non sia poi così vera ed affidabile. Con il sogno, il paziente viene allo scoperto: è lo stesso amico analista che, in quanto padre disposto a sacrificarsi per la famiglia, lo invita a porsi criticamente nei confronti di questa integrazione della scissione emozionale. L'analista-integratore viene messo sotto accusa per questa stessa proposta integrativa, e gli si chiede di confutare l'ipotesi che tutto questo non sia altro che una cosa poco prestigiosa, "provinciale", propria di chi non sa vivere una vita piacevole e non è in grado di far fruttare il potere che la professione consente di usare. Si può anche dire che il paziente è venuto in terapia per avere un analista che lo sgridasse per le sue deviazioni agite e lo riconducesse sulla retta via; questa funzione di rimprovero, attribuita all'analista, è la stessa che trasforma l'amico in nemico. Ed allora l'analisi che "va bene" – vale a dire che porta come conseguenza l'interruzione degli agiti sessuali – è anche l'analisi che "va male" in quanto proibente e costringitiva nei confronti della *desiderata* ma *repressa* manifestazione agita del potere sessuale associato al ruolo medico.

La differenza tra il resoconto precedente e quest'ultimo, sta soprattutto nella *funzione comunicativa* che il secondo resoconto assume entro la relazione psicoterapeutica. Qui il resoconto che l'analista propone al paziente, a partire dal sogno, rappresenta una sintesi della situazione emozionale del rapporto terapeutico, quindi una sorta di invito a prendere in considerazione la scissione che caratterizza la relazione stessa e la natura della diffidenza che la caratterizza. Si tratta di evidenziare il *processo* che caratterizza la relazione, a partire da un evento episodico come il racconto di un sogno. L'efficacia del resoconto va verificata entro la relazione, sulla base delle risposte emozionali che il paziente porterà nel processo analitico e delle eventuali modificazioni della relazione stessa.

3.2. Il resoconto di un intervento: gli psicologi del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)

Portiamo un altro esempio: qui il resoconto concerne una attività di riflessione sul ruolo dello psicologo entro i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC). Attività che ho realizzato con alcuni psicologi che lavorano entro gli SPDC di Roma e del Lazio. La loro domanda nasce dall'esigenza di un confronto tra professionisti che non hanno rapporti tra loro, che sono incistati ciascuno entro il proprio Servizio, con funzioni le più diverse e più o meno gratificanti in base a quanto viene loro chiesto dal responsabile del Servizio stesso. Ciò che caratterizza la domanda, quindi, è l'esigenza di incontri tra loro; incontri possibili grazie all'incontrarsi anche con me; al contempo la speranza che si crei una sorta di coordinamento delle esperienze psicologiche entro gli SPDC, orientate ad una definizione del ruolo psicologico; coordinamento che nasca non dalle "concessioni" del responsabile, quanto dalla competenza e dalle aspirazioni degli stessi psicologi. Questa domanda è accompagnata da un lavoro organizzativo che si inverte in due convegni degli psicologi degli SPDC del Lazio prima, d'Italia poi. Nell'ambito di questo lavoro, organizzo alcuni incontri periodici con il gruppo degli psicologi, una quindicina in tutto, e propongo anche di analizzare la loro cultura locale, tramite dei focus group ove possano parlare e confrontarsi, quattro alla volta, sulla funzione psicologica nell'SPDC e su come viene rappresentato il Servizio all'interno del gruppo di discussione.

La ricerca e un resoconto sul lavoro svolto viene sintetizzato entro una relazione che ho letto al Convegno degli psicologi degli SPDC italiani, nel giugno 2007. Riporto il testo di questo resoconto-relazione.

Il pensiero psicologico nei modelli istituzionali, culturali e organizzativi

Un gruppo di psicologi che lavorano negli SPDC della Provincia di Roma ha chiesto, un paio d'anni fa, di confrontare con la mia cattedra la propria esperienza e di realizzare una riflessione sulle

bipolare. Seguono due parole dense interessanti: *curare* ed *incurabile*. Già; si vuol curare ciò che è definito come incurabile, quindi ci si prefigge un compito impossibile; paradosso in parte corretto dai verbi che seguono, *conoscere* ed *integrare*, che riportano all'obiettivo del reinserire il paziente grave entro il contesto sociale di appartenenza, evitando il *carcere*, superando il *delirio*, allontanandolo dalla *morte*. L'obiettivo di fronteggiare la malattia grave porta al privilegiare il tecnico di questo problema, lo psichiatra, e gli strumenti che lo psichiatra può utilizzare, vale a dire il farmaco, o meglio lo *psicofarmaco*. Si capisce allora come la seconda parola densa, in ordine di importanza, entro il cluster sia *medicina*, con le contraddizioni che la psichiatria vive entro la cultura ed il mondo medico.

In sintesi, questa prima componente culturale sembra sottolineare gli elementi fondanti dell'operare psichiatrico: la malattia mentale grave. Una volta entrati in questa ottica, viene sottolineata la profonda incertezza di chi ha a che fare con tale fenomenologia: da un lato la certezza della medicina e della cura; dall'altro l'incurabilità, la morte. Un compromesso tra le due facce del problema sembra essere il reinserimento del malato grave, vale a dire il suo "affidamento di ritorno" a quello stesso contesto entro il quale è avvenuta la crisi che ha motivato il ricovero. Senza che la prospettiva individualista, volta a definire la malattia grave, si proponga altro al di fuori della cura: ad esempio l'analisi delle cause che hanno portato alla crisi, la ricerca di quali connotazioni delle relazioni sociali abbiano facilitato le manifestazioni trasgressive del "malato", ma anche un attento esame del contesto entro il quale la crisi ha avuto corso.

Torniamo brevemente sulla nozione di "gravità" riferita alla malattia mentale.

Sempre più spesso si parla di malati gravi, di forme gravi che vengono affrontate e "curate" nelle varie strutture e servizi della Salute Mentale. Si sente sottolineare, anche, come alcune forme di psicoterapia siano più indicate di altre per le psicopatologie "gravi". Sarebbe utile, a nostro avviso, riflettere più approfonditamente sulla nozione di gravità, così com'è usata in medicina. Uno ed uno soltanto, è il criterio per definire la gravità in medicina: l'irreversibilità della forma patogena, quindi la scarsa probabilità di successo dell'intervento terapeutico entro la forma stessa; gravità, in medicina, fa riferimento soltanto all'esito della patologia *quoad vitam*. Si hanno malattie gravi, perché non si conosce ancora una terapia eziopatogenetica della forma stessa; si hanno malati clinicamente gravi, perché la malattia (pur curabile) interviene entro una situazione clinica altamente problematica, per la co-occorrenza di altre forme patogene, per le condizioni fisiche generali del malato, per l'età avanzata, per il calo delle difese nell'organismo ecc. Qual è il criterio di gravità, nelle cosiddette malattie psichiche? La nostra ipotesi è che la definizione di gravità ha a che fare con un atteggiamento di "preoccupazione": là dove c'è gravità, c'è anche necessità di una competenza elevata: quando la partita si fa dura, i duri scendono in campo. Ricordiamo come la nozione di "gravità" sia stato un cavallo di battaglia della stampa o dell'opinione espressa dai mass media, negli anni settanta ed ottanta del secolo scorso, contro gli psicologi. Nel senso di deplorare, in modo altamente preoccupato, che si affidassero pazienti "gravi" a persone con una preparazione almeno dubbia, e con la pretesa di esercitare una professione che spettava solo agli psichiatri da un lato, agli psicoanalisti dall'altro.

Pensiamo, di contro, che per definire la "gravità" si debba utilizzare un criterio che tenga conto delle potenzialità di sviluppo della persona portatrice del problema, nel suo contesto. Di fatto, sembra che i casi "gravi", nell'ambito della Salute Mentale, siano quelli nei quali l'unico intervento possibile concerne la psicofarmacologia, da un lato; il motivare, o a volte anche il forzare, l'accettazione del "malato" da parte delle strutture organizzative che con lui hanno rapporto: la famiglia, il quartiere, il condominio, il vicinato, alcune volte il luogo di lavoro o di studio, dall'altro. In altri termini, quei casi nei quali non si pensa sia possibile uno sviluppo autonomo dell'individuo nel sistema sociale entro cui è iscritto. Se questo criterio risponde a verità, allora si può vedere come sia falso il far corrispondere, pensiero implicito diffuso, *gravità* con *difficoltà* del caso. Se vale la nostra ipotesi, i casi "gravi" non sono certamente i più difficili: è più difficile intervenire per lo sviluppo della persona nel contesto, che per facilitare adattamenti provvisori e instabili di persone senza speranza di sviluppo, entro un contesto che si vuole accettante e capace di sopportare l'estraneo-malato. Ma, a ben guardare, anche i casi "gravi" possono e debbono essere oggetto di un intervento per lo sviluppo: si tratta dello *sviluppo del sistema simbolico emozionale che regge l'adattamento sociale dei malati stessi*. Se si guarda al passato, recente, della psichiatria e si considera la strategia colpevolizzante degli psichiatri che intendevano "imporre" il malato mentale ai più differenti sistemi sociali, in primo luogo alla famiglia, con il solo stigmatizzare la violenza del

loro rifiuto e della loro “delega” alla psichiatria, viene da sorridere per l’ingenuità ed al contempo la “violenza” di un tal tipo d’intervento. Da quando la colpevolizzazione è stata sostituita da un reale tentativo di creare sviluppo nei contesti di contenimento della malattia mentale, si sta toccando con mano la difficoltà di tale intervento e la necessità di una *teoria del legame sociale* per fondare l’efficacia dell’intervento stesso.

Tornando alla nostra analisi emozionale del testo, è interessante notare che questa prima componente culturale non faccia alcun riferimento alla psicologia, alla funzione psicologica, al ruolo dello psicologo. Sembra esprimere una sorta di estraneità della funzione che lo psicologo può rivestire entro l’SPDC, un sentimento di alienazione che può essere elaborato solo con l’identificazione dello psicologo allo psichiatra. Con le conseguenze disastrose, per l’identità professionale, che tale identificazione può comportare.

Il cluster 2 si contrappone al 4 e si può quindi prevedere una comparsa della funzione psicologica entro la cultura che il raggruppamento di parole dense indica. Le quattro parole dense che si riferiscono alla funzione psicologica sono: *cartella, valutazione, diagnosi e test*. Il verbo che regge la prestazione specifica degli psicologi è *proporre*. Proporre vale “lasciare davanti”. Davanti a chi? Al *medico*, naturalmente. Interessante che in questa funzione, associata nella sequenza delle parole dense alla funzione di *segreteria*, lo psicologo si senta *solo*, entro una cultura che vuole il *malato al centro* delle preoccupazioni e dell’interesse di chi opera nell’SPDC. Riemerge la vecchia diatriba che vuole lo psicologo, nella sua collaborazione con lo psichiatra, quale operatore capace di cercare e fornire dati *testistici* a chi deve poi fare diagnosi, ma soprattutto impostare la terapia del paziente. Sembra, nella componente culturale che stiamo esaminando, che la funzione psicologica sia per certi versi ancillare a quella dei medici: una funzione segretariale, volta a tenere in ordine le cartelle cliniche e ad applicare dei test. Una funzione che vede il malato al centro di ogni occupazione del reparto: privilegiando quindi quello specialismo psichiatrico che ha a che fare con il malato, visto nella dimensione individualista e “curabile” con i farmaci. Sembra che, in questa cultura, ogni altra funzione dello psicologo sia esclusa, o venga relegata entro aree che qui non appaiono.

Sul primo fattore, quindi, si ha una contrapposizione, nella rappresentazione dell’SPDC, tra una visione psichiatrica della malattia grave e una funzione marginale di diagnostica testistica dello psicologo. Sembra una sorta di rappresentazione *ancien régime*, propria della psichiatria anni cinquanta e sessanta, ove spesso si sentiva parlare della funzione testistica quale unico apporto possibile per gli psicologi entro l’Ospedale Psichiatrico. Questa credenza sembra davvero dura a morire, anche nella rappresentazione degli stessi psicologi.

Sul secondo fattore si contrappone il cluster 4 al cluster 3.

Del cluster 4 abbiamo già detto: è quello del malato mentale grave.

Il cluster 3 è molto interessante, in quanto rappresenta una reazione culturale eroica ed al contempo umana dello psicologo alla malattia mentale: si parla di *violenza* del malato mentale, che può arrivare a *picchiare* lo psicologo e fargli *male*, sino a mandarlo al *pronto soccorso*. Lo psicologo può opporsi alla *contenzione* e perseguire la politica della *porta aperta*, ma questo può anche avere conseguenze spiacevoli. Si parla della vita quotidiana del reparto, vissuta soltanto da *infermieri e psicologi*; una vita quotidiana fatta di *incazzature*, di scoppi violenti ove lo psicologo si trova a *correre* per il reparto, a *scappare*, a cercare aiuto negli *infermieri* più robusti ed addestrati a trattare con i malati violenti. Lo psicologo prova, a volte, *paura* di fronte alla *violenza* e può così capire la risposta di paura dei familiari o delle persone che convivono con chi, nell’ambito di una crisi psicotica, può minacciare e far male a chi lo avvicina. Ma anche la paura che incute la diversità, quale comportamento non prevedibile e non comprensibile entro quelle linee d’orientamento culturale che usualmente consentono la socializzazione. Emerge, quindi, uno spaccato della vita di reparto, fatta di politica della porta aperta ma anche di minacce e di paure. Sembra che, qui, si voglia sottolineare la difficoltà che lo psicologo incontra nell’intervenire psicologicamente entro una situazione di relazione ove la *violenza*, la *minaccia* e l’*attacco fisico* sono sempre in agguato, ove il pericolo di subire una aggressione è sempre possibile e poco prevedibile. Ove, in altri termini, la *diversità* e l’*alienazione* impediscono quel rapporto di

dipendenza che fonda, in tanti altri campi, l'intervento professionale dello psicologo. Il setting, nell'SPDC, non è *dato* ma va costruito attraverso la relazione e l'impostazione corretta della relazione stessa. Il setting, a ben vedere, non è mai dato; ma nell'SPDC questo appare particolarmente evidente ed inquietante.

Sul terzo fattore il cluster 3, quello della violenza e del male, si contrappone al cluster 1, del quale ora parleremo.

Il cluster 1 parla, come prima parola densa, di *progetto*: dal latino *pro* e *iacio* vale gettare avanti, far avanzare. Il progetto misura chi parla col futuro, con una scommessa sul futuro. Non con il passato o con un presente chiuso in se stesso. Nel cluster si parla anche del passato: *perdita, crisi, ricovero*. Si vedono le problematiche *umane* che hanno provocato la crisi, se ne vedono gli agganci con il *territorio*. Si ripercorrono le traversie del ricoverato, che hanno a che fare con il contesto di convivenza ed in particolare con la *famiglia*. Si sottolinea l'importanza, nell'atto del ricovero, della fase di *accettazione* ove è possibile organizzare un progetto che può orientare la *psicoterapia*.

E' importante sottolineare come, nel cluster, non compaiano termini medicalizzati, quanto eventi od emozioni che hanno senso solo se analizzati entro modelli di riferimento psicologico clinici. Il luogo della crisi è, certamente, quello familiare, ma anche quello del territorio di provenienza di chi è stato ricoverato. L'evento critico sembra collegabile ad una perdita, perdita di affetti, di sicurezza, di legami rassicuranti, di protezione o di assicurazione. La perdita comporta sempre un legame, una relazione; è all'interno di una relazione di possesso che si perde, che si vive la crisi associata al perdere. E' l'accettazione, nel duplice senso di luogo che dà inizio al ricovero e di atteggiamento accettante, che è possibile trasformare la perdita in speranza, quindi in progetto. Ed è interessante che la parola densa *psicoterapia* si trovi proprio in questo cluster, ove non si parla di malato, di gravità, di violenza, di diagnosi, di cura e di farmaci; ove non si parla di psichiatria o di medicina.

Come si vede, si tratta di una cultura locale (quella emersa dall'Analisi Emozionale del Testo dei focus group) complessa e molto differenziata.

Sul primo fattore si contrappone la funzione diagnostica, ma sarebbe meglio dire testistica, dello psicologo alla funzione psichiatrica totalmente centrata sul malato mentale grave e sulla sua cura/incurabilità.

Sul secondo fattore si contrappone la funzione psichiatrica ufficiale alla vita del reparto, fatta di paura per le minacce nei confronti degli psicologi e degli infermieri; di botte prese, di contenzione quale rimedio alla politica della porta aperta, che urta contro lo scoglio delle rabbie e degli scoppi violenti d'ira, imprevisi ed imprevedibili, da parte dei ricoverati.

Sul terzo fattore compare il progetto di psicoterapia, orientato non dalla diagnosi ma dalla conoscenza degli eventi che hanno portato alla crisi ed al ricovero, dall'accoglienza e dalla comprensione.

La funzione psicologica si delinea, sia pur per brevi tratti, sul terzo fattore, ed è strettamente collegata alla psicoterapia. E' una funzione che contraddice le attese stereotipali di uno psicologo appiattito sull'imitazione dello psichiatra, di uno psicologo esperto di test e di psicodiagnosi ancillare al medico, di uno psicologo impaurito dalla violenza della malattia mentale.

La funzione psicologica, sembra dire il cluster 1, si dispiega pienamente solo se *si differenzia* chiaramente, sia sul piano dei modelli adottati per leggere ed analizzare la realtà dell'SPDC che sul piano della metodologia d'intervento, da altri modelli, in primis quello che regge la prassi psichiatrica.

Proviamo ora a passare dalla cultura locale degli psicologi partecipanti all'indagine, ad alcune ipotesi sulla funzione professionale che gli psicologi possono rivestire nell'ambito dell'SPDC.

Servizio, ricordiamolo, che è preposto a fronteggiare le crisi di convivenza con il ricovero di chi è ritenuto il responsabile della crisi stessa, quindi del malato mentale.

Si parla usualmente di crisi, quale situazione che motiva al ricovero della patologia psichiatrica entro il Servizio in analisi. Perché crisi? Vorrei soffermarmi su questo termine e sulla fenomenologia ad esso sottesa.

Crisi, nome d'azione che deriva dal latino "crisis", a sua volta dal greco "crinò" (io giudico). Vale scelta, decisione, poi momento culminante di una malattia.

Crisi, quindi, come decisione, come comunicazione comportamentale di una scelta, entro una relazione.

Che si tratti di un evento che ha a che fare con una relazione, viene dalla stessa *ratio* della legge 180: adattare i malati mentali al proprio contesto di convivenza. *La crisi, quindi, è intesa quale momento di problematico adattamento al contesto.* Che significa? Significa che il contesto non sopporta, non accetta uno specifico comportamento di un singolo, entro quel contesto relazionale, perché segno di violazione delle regole del gioco della convivenza. La crisi, quindi, ha a che fare con le regole della convivenza e con le attese di rispetto delle regole stesse.

Potremmo dilungarci sul problema della violazione delle regole del gioco. E sul modello individualista che regge la lettura di questo fenomeno. Un modello individualista che prevede, in stretta relazione con i modelli giuridici, come la violazione delle regole del gioco abbia quale responsabile un singolo individuo, o singoli individui. Con i singoli individui si è in qualche modo tranquillizzati: il singolo lo si può individuare (verbo che ha a che fare con l'individuo, appunto!), se ne può valutare la responsabilità, si può decidere se la violazione commessa sia fatta involontariamente, preterintenzionalmente, oppure con intenzione, od ancora sia riferibile a stati di incapacità di intendere e di volere. Ecco il crinale che separa, sia pur con qualche difficoltà epistemologica, la responsabilità giuridica dall'irresponsabilità della malattia mentale.

Alla base della crisi, d'altro canto, non c'è un singolo individuo: sia esso deviante o malato. *Alla base della crisi c'è il fallimento di un sistema collusivo che presiede alla convivenza.*

Senza questo fallimento della collusione non si dà atto delinquenziale, così come non si dà malattia mentale.

La diagnosi, la definizione del singolo o delle sue azioni vengono *dopo*, e sono una conseguenza diretta della crisi. Possono essere invocate, anche, come causa della crisi: "quella persona ha fatto tutto questo perché...". Ma non sono in stretta relazione con la crisi. Se questa relazione stretta fosse possibile, sarebbe anche fattibile una previsione della crisi, quindi una sua reale ed efficace prevenzione. Ma non è possibile, almeno entro certi limiti, una prevedibilità della crisi. Perché la crisi non è un evento individuale, bensì un *evento sociale*, concernente la relazione tra persone entro un contesto.

Interessante notare che né la giurisprudenza né la psichiatria hanno modelli operativi in grado di fare ipotesi e di leggere l'evento relazionale. La ricostruzione della crisi, quindi, avviene sempre "post hoc, ergo propter hoc".

Interessante come la psichiatria tratti la crisi quale evento a carico del singolo individuo, vale a dire del malato mentale. L'SPDC è lo specchio di questa *vision* dell'evento crisi. Il ricovero è a carico del protagonista della crisi, mentre i vari deuteragonisti vengono coinvolti soltanto quali "alleati", per default, del medico che tratta il malato. Quando ci si chiede "il motivo" della crisi, lo si fa soltanto per cogliere i contorni della risposta critica, per delinearne i motivi scatenanti, così come in ipotesi sono apparsi entro il vissuto del protagonista.

Perché? Il motivo risiede nel fatto che la psichiatria, come la giurisprudenza, non ha modelli per leggere e comprendere gli eventi concernenti la relazione. Con questo rilievo non intendo criticare la psichiatria, che utilizza modelli e categorie molto utili nel fronteggiare la crisi psicotica, nel sedare il malato mentale, nel rendere possibile il suo reinserimento entro il contesto. Quanto sto sottolineando è che questa visione della malattia mentale è parziale, anche se efficace. Che guarda ad un solo aspetto del fenomeno, e ne trascura necessariamente altri, a mio modo di vedere molto importanti proprio entro l'intervento sulla crisi.

Pensiamo ad esempio alla famiglia, al sistema familiare quale dimensione di rapporti. Pensiamo al vicinato, alle vicende che concernono i vicini di casa. Nei due casi siamo confrontati con dimensioni sociali che *non hanno obiettivi produttivi*, nel senso trasformativo che viene dato usualmente alla nozione di produzione. Quale è la differenza tra dimensioni produttive da un lato, situazioni sociali non produttive dall'altro?

Utilizziamo una nozione della psicologia clinica, al proposito. Nelle dimensioni relazionali produttive, le relazioni sono emozionalmente orientate verso una "cosa terza", il prodotto inteso come dimensione trasformativa di un aspetto della realtà che non concerne la relazione stessa, che è *esterno* alla relazione produttiva. Se, ad esempio, cinque architetti di uno "studio associato" discutono su come realizzare il progetto di una villa in montagna, per un committente che vorrebbe

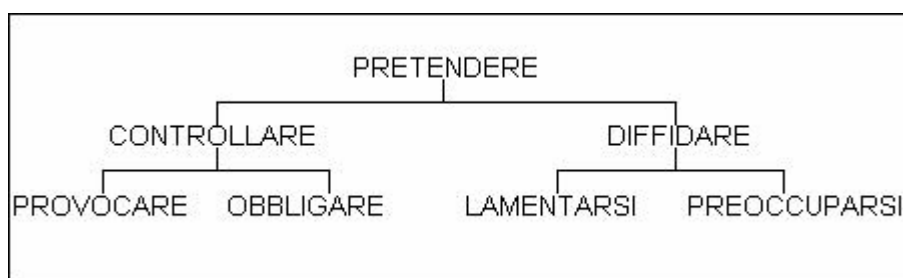
una soluzione creativa ed insolita, la relazione tra i cinque architetti ha come obiettivo la progettazione della casa in montagna, in linea con la committenza ricevuta ed accettata. Certo, nel gruppo degli architetti potranno esserci divergenze d'opinione, anche conflitti, alleanze di alcuni in opposizione ad altri, ripensamenti; ma la relazione avrà sempre ed univocamente quale oggetto il progetto della casa. Se si passa dall'attenzione al progetto, ad una attenzione rivolta ai singoli; se il conflitto riguarda non il progetto ma la relazione tra i singoli architetti, *la funzione produttiva del gruppo di lavoro rischierà il fallimento*. Se uno dei cinque architetti arriverà a dire, con la forza della colpevolizzazione: "Voi quattro, siete sempre d'accordo nel rifiutare ogni mia proposta!", quel gruppo dovrà impegnarsi molto, con grande dispendio di energie, nel risolvere i problemi collegabili ai vissuti interni, e potrà dedicare solo le poche rimanenti risorse alla realizzazione del progetto. Le simbolizzazioni emozionali che organizzano il lavoro di gruppo debbono essere funzionali al progetto, pena la disfunzionalità della relazione. Quando i gruppi di lavoro sono più attenti alle simbolizzazioni con cui i diversi membri vivono la relazione, perdendo di vista l'oggetto "terzo" del loro lavoro, i problemi si fanno pesanti. Diciamo che, nei gruppi di lavoro ben rodati, lo *stare sulla cosa terza* è una funzione ben presidiata ed usualmente consente buone riuscite del gruppo stesso.

Questo significa che le simbolizzazioni emozionali con le quali i differenti membri del gruppo di lavoro rappresentano se stessi ed i compagni di gruppo, sono sempre orientate alla specifica funzione per la quale si sta assieme. I ruoli possono, anzi debbono essere differenziati; ma ciò comporta anche che tutti, in funzione del proprio ruolo e della propria competenza, contribuiscano alla riuscita del progetto, alla realizzazione della cosa terza.

Mi sono dilungato su questo aspetto dei gruppi di lavoro per due motivi.

Il primo motivo concerne una descrizione delle relazioni che si realizzano quando il sistema delle relazioni è "fine a se stesso", vale a dire non c'è una cosa terza da realizzare. E' il caso, come s'è detto, dei sistemi familiari o dei gruppi di vicinato, che sono anche i luoghi ove più spesso si verifica la crisi psichiatrica. La mancanza di una cosa terza, vale a dire l'assenza di un obiettivo di trasformazione esterno alle relazioni, comporta nei sistemi familistici un orientamento delle relazioni in senso totalmente autoriferito. Di qui la difficoltà di scambiare, e la centratura quasi totale delle relazioni attorno al tema del possesso.

Ricordo l'albero delle neo-emozioni: modi con i quali si esprime la propensione a possedere l'altro nella relazione.



Possedere l'altro significa *pretendere* da lui, in nome del ruolo che si riveste nella relazione (mi devi amare, sono tua madre); significa *controllare* l'altro, vale a dire chiedere all'amico di dimostrare che è veramente amico, invitandolo ad operare per una verifica impossibile; significa *diffidare*, vale a dire vivere in una perenne situazione di allarme per un pericolo imminente, ove l'altro è vissuto come oggetto del proprio delirio; significa *provocare*, vale a dire imporre la propria personale e spesso segreta regola del gioco, al posto delle regole del gioco condivise; significa *obbligare*, vale a dire ricattare l'altro con l'esplicitazione dei propri obblighi sempre assolti, con il proporsi quale vittima che obbliga, appunto, in nome del proprio sacrificio; significa *lamentarsi*, vale a dire chiamare in causa un terzo al fine di ripristinare quella relazione fantasmatica che si sente in pericolo, con la persona della quale ci si sta lamentando con il terzo stesso; significa *preoccuparsi*, chiamare in causa ancora una terza persona perché intervenga su chi non ottempera più alle aspettative di chi si lamenta. Pensiamo a quale gioco pesante di pressioni emozionali è sottoposto

chi vive, esclusivamente e quotidianamente, una relazione attraversata da tutte queste dinamiche neo-emozionali. Dinamiche, lo ripetiamo, che attraversano sia la vita familiare che quella del vicinato, tutte quelle situazioni di rapporto che non sono caratterizzate dalla produzione di una trasformazione di aspetti della realtà; trasformazione fondata su una specifica committenza e su un preciso processo organizzativo, strutturalmente definito per ruoli e funzioni. Dove manca la definizione dei ruoli e delle funzioni, ciascuno può essere investito di ruoli i più diversi, e può assumere, di sua iniziativa, ancora ruoli diversi. Questa incertezza di ruoli può esercitare pressioni emozionali molto intense, ai limiti della sopportabilità; pensiamo ad una madre che pretende affetto dal figlio e che lo costringe, paradossalmente, ad esprimere *emozioni d'amore doverose*. Pensiamo ad una famiglia che si sente oggetto di controllo da parte degli altri del vicinato, per via della preoccupazione che un'altra famiglia dello stesso condominio nutre nei suoi confronti (uno dei loro figli è omosessuale? Come si guadagna da vivere quella ragazza secondogenita così carina, che s'accompagna a ragazzi sempre differenti? E così via). Pensiamo alla continua fluttuazione tra funzione amica e funzione nemica a cui si viene sottoposti, se si è oggetto di diffidenza e di controllo entro le proprie relazioni sociali. Potremmo continuare a lungo.

E' all'interno di queste dimensioni emozionali agite che si realizza, nella stragrande maggioranza dei casi, la crisi psichiatrica. Crisi che è molto più rara entro i sistemi sociali fondati sullo scambio. Di qui la rilevanza di quei modelli psicologici che consentono un'analisi del sistema di relazioni entro il quale la crisi avviene.

Un secondo motivo dell'interesse per la differenza tra sistemi sociali orientati alla produzione di una cosa terza e sistemi autoriferiti è dato dalla considerazione dell'SPDC come sistema organizzativo. Ecco un criterio per analizzare l'SPDC. Prevalgono, nella relazione tra operatori e ricoverati, tra operatori e familiari, orientamenti alla produzione, quindi attenzioni alla cosa terza; oppure si tratta di sistemi organizzativi autoriferiti, ove l'attenzione è rivolta alle simbolizzazioni emozionali con le quali ciascuno vive l'altro, in funzione delle fantasie che l'altro evoca? Ci sembra, questo, un interrogativo importante per quel lavoro di manutenzione dell'organizzazione che è sempre rilevante ma che assume particolare importanza entro organizzazioni "critiche", perché sottoposte a forti pressioni emozionali nel loro funzionamento.

Abbiamo così individuato due aree di possibile intervento dello psicologo entro l'SPDC: l'area della crisi e quella del funzionamento organizzativo del Servizio. Due aree che richiedono modelli specifici per analizzare la relazione, e che prevedono modelli metodologici propri, atti ad intervenire entro il sistema relazionale.

Sappiamo che l'intervento psicologico clinico, se attento alla relazione, ha quale fondamento metodologico quello di *sospendere l'azione produttiva* (o l'agito all'interno del sistema emozionale), al fine di promuovere un *pensare emozioni*, quindi una consapevolezza, sia pur approssimativa ma pur sempre efficace, delle emozioni agite. Sappiamo anche che il "gruppo", nelle sue pur varie ed eclettiche accezioni ne ha una per noi rilevante: il gruppo quale insieme di persone che solitamente vivono un'esperienza relazionale (una famiglia, un insieme di vicini di casa, la componente di un'organizzazione, la riunione di un'intera organizzazione, se le dimensioni numeriche lo consentono) e che vengono riunite entro un setting che prevede la sospensione dell'agito o dell'azione produttiva, per riflettere sulle relazioni che caratterizzano le persone stesse. Gruppo, quindi, quale contesto in cui sia facilitato il pensare emozioni. Quelle emozioni che, solitamente, caratterizzano l'agito del sistema di persone riunito o l'organizzazione entro la quale le persone operano. In questo senso si può fare "gruppo" con l'insieme dei familiari e dei vicini che costituiscono il luogo sociale della crisi per cui una persona è stata ricoverata nell'SPDC. Gruppo, in questo caso, volto a ricostruire le possibili dinamiche emozionali che hanno portato alla crisi. Questa ricostruzione è importante per due motivi: per orientare un progetto di intervento per la persona ricoverata; per porre le basi di un intervento di reinserimento e di prevenzione di altre possibili crisi. Gruppo degli operatori di un SPDC: volto a far manutenzione delle dinamiche emozionali che reggono il funzionamento del Servizio. Volto quindi ad analizzare le risposte emozionali evocate, nei differenti operatori, dalla relazione con i degenti o con i familiari; a coglierne il senso e ad orientarne il valore terapeutico. Ricordiamo infatti che, entro un contesto come l'SPDC, ogni atto di ciascun operatore può assumere una valenza reattiva o terapeutica nei confronti non solo dei singoli degenti ma dell'intero sistema.

C'è poi una funzione dello psicologo che possiamo chiamare di rilevazione ed analisi degli *eventi critici*. Per evento critico intendiamo un evento organizzativo (il comportamento di una singola

persona o di un gruppo; il determinarsi di relazioni non usuali od inattese; lo scatenarsi di conflitti; il presentarsi di modalità contingenti del funzionamento organizzativo, diverse da quelle previste) che ha il potere di rivelare, di mettere in evidenza quella fenomenologia emozionale collusiva che caratterizza, entro uno specifico momento storico, quell'organizzazione. L'evento critico, quindi, ha un'elevata capacità *rivelatrice* di processi e dinamiche caratterizzanti l'organizzazione. L'attenzione agli eventi critici e la capacità di leggerne il senso, è una parte fondamentale della competenza organizzativa. L'evento critico, nell'ottica da noi seguita, rappresenta il manifestarsi organizzativo di un *fallimento della collusione*.

Un esempio di evento critico?

Chiediamoci in che cosa differisce un SPDC dal vecchio ospedale psichiatrico?

Il **tempo** sembra l'elemento differenziale più importante: nell'O.P. la degenza di un malato mentale poteva durare all'infinito, quindi la funzione dell'O.P. si evidenziava chiaramente quale custodialismo che "eliminava" il malato mentale dal sistema di convivenza (entro il quale avviene il fallimento della collusione di convivenza che poi si tradurrà nella diagnosi di malattia mentale). Nell'SPDC, di contro, la legge ha voluto un *limite di tempo* per la degenza; limite molto ristretto, se si pensa agli anni quale metro di durata del permanere nell'O.P. del malato mentale.

Ed è interessante che la più evidente violazione di ciò che è prescritto all'SPDC riguardi proprio il tempo: ci sono malati, negli SPDC, che vengono ricoverati per anni. Una sorta di scheletro nell'armadio, che appare quale esito della collusione tra politici e psichiatri: i politici che impongono la degenza prolungata, protratta per molti anni, a sconfermare l'atto politico della cancellazione dell'O.P.; gli psichiatri che l'accettano passivamente (?), quale volere dei politici; ma che in questa accettazione esplicitano anche la loro convinzione sull'irreversibilità della malattia mentale, ma soprattutto sulla genesi "sociale" e "familiare" della malattia mentale stessa: ci sono casi ove, grazie all'appoggio del politico di turno, una famiglia riesce ad allontanare da sé il membro "malato", vale a dire quel membro della famiglia che impaurisce, minaccia, assilla, rende impossibile la convivenza entro la famiglia, il contesto di appartenenza, il vicinato, il quartiere. Queste degenze prolungate sono, nell'ottica qui proposta, un evento critico. Mostrano con la loro stessa presenza il fallimento della collusione che regge la stessa esistenza dell'SPDC. Rappresentano una sorta di *memento mori* per tutti i ricoverati, ricordando a ciascuno la falsità della pretesa reversibilità della crisi, il rifiuto del reinserimento da parte del sistema familiare e sociale, la violenza irrefrenabile della malattia e l'impotenza di chi è preposto alla sua cura.

Eventi critici possono essere i conflitti tra medici, o tra medici ed infermieri; un evento critico può essere l'utilizzazione che il Servizio propone della figura dello psicologo; ancora, eventi critici possono essere dati dal comportamento di un ricoverato, dalla relazione conflittuale tra Servizio e familiari di un degente. Parliamo di conflitto, perché l'assetto relazionale che fonda l'organizzazione produttiva, quindi l'attenzione alla cosa terza, è l'assunzione dell'altro quale amico, quindi quale alleato nel processo di trasformazione che si intende realizzare. Ogni conflitto rappresenta il fallimento del processo collusivo che assume l'altro quale amico entro lo sforzo produttivo comune. In tal senso, è evento critico la mutazione del sistema produttivo in sistema familista. Rischio che sembra ben presente entro ogni SPDC. Ebbene, una importante funzione dello psicologo è quella di cogliere i sintomi dell'evento critico e di individuare le modalità più funzionali ad una sua analisi, al fine di facilitare la comprensione delle difficoltà organizzative che l'evento critico segnala.

Come si vede, la funzione dello psicologo può essere importante, difficile certamente, ma altamente funzionale all'efficienza ed all'efficacia del Servizio. Si tratta di funzioni che concernono la crisi, il funzionamento dell'SPDC e l'analisi degli eventi critici. Sono necessarie due condizioni a che la funzione psicologica sia espletata: una formazione degli psicologi orientata a fondare quella competenza necessaria a trattare i temi ora enunciati; la valorizzazione, da parte di chi ha la responsabilità del Servizio, di questa competenza. Ciò significa costruire il senso del ruolo psicologico entro l'SPDC: un senso che non è *dato*, come sempre succede per la competenza psicologica, ma che va costruito con il paziente lavoro di anni, con l'aggiornamento professionale, con il coordinamento della professione, con l'assunzione di un'identità solida, che consenta di smettere con le identità *per appoggio* a chi utilizza il modello medico entro le strutture sanitarie della salute mentale, per rivendicare una propria autonomia professionale. Solo così si potrà perseguire l'integrazione: per integrare realtà diverse, è importante che la diversità venga accettata e ribadita con forza; quando le diversità sfumano, sino a confondersi in processi di ambigua

ibridazione, all'integrazione si sostituisce un movimento di mortificante subordinazione, inutile per le professioni implicate ma, ed è ciò che più conta, inutile per i degenti dell'SPDC, per la funzione della struttura, per le attese che il contesto ha nei confronti della struttura stessa.

Questo resoconto è stato utilizzato dal gruppo degli psicologi committenti quale base per una discussione sul ruolo psicologico nell'SPDC, quale spunto per un documento nazionale volto a definire e difendere il ruolo stesso, quale organizzatore del confronto tra esperienze nel prosieguo del loro lavoro con la cattedra di Psicologia Clinica.

4 – Il resoconto alla comunità scientifica

Una terza area del resoconto concerne la comunicazione, alla comunità scientifica, di eventi e riflessioni sugli eventi.

Mi dilungherò in un esempio che ritengo importante per più ragioni.

Inizio con un rilievo che deriva dall'esperienza di analista che, alcune volte, ha avuto come pazienti persone che lavorano nel campo psicologico o psichiatrico. Mi soffermerò in particolare sui problemi psicoanalitici posti da pazienti "psicologi". Dico subito: ciò che caratterizza tale tipo di pazienti è, nella mia esperienza, la consuetudine a considerare, acriticamente, le proprie emozioni *come se fossero* la realtà.

Ciò avviene, in particolare, quando le fantasie emozionate concernono l'analista e le sue dimensioni vissute come "negative": la sua freddezza, i suoi errori nell'interpretazione o nella costruzione, la non credibilità delle sue ipotesi; così come supposte trasgressioni al setting, sensazione che non stia attento a quanto viene detto nella seduta, certezza che si sia addormentato, durezza nelle risposte ecc.. Frasi del tipo: "Non mi sento capito (o capita) da lei", o "Non la sento emozionalmente vicino, "empatico" possono essere frequenti e, come vedremo, altamente problematiche. Sappiamo che il lavoro analitico comporta un duplice modo di stare nella relazione, sia per il paziente che per l'analista: da un lato si vivono emozioni, si è presi dalle simbolizzazioni emozionali che la relazione comporta; dall'altro ci si prova in un pensare emozionato sulle emozioni. Quest'ultima componente è quella che differenzia l'esperienza psicoanalitica da molti altri momenti della vita, ove le emozioni derivanti dalle simbolizzazioni affettive degli oggetti, presenti nella realtà, vengono agite e non pensate. Sottolineiamo che questo pensare le emozioni non è esclusivo della relazione psicoanalitica, ma è importante che caratterizzi l'esperienza stessa. Da questo punto di vista, possiamo differenziare quelle relazioni analitiche ove il pensare emozioni è possibile da quelle dove, per i motivi più diversi, questa funzione di pensare emozioni non è possibile. Se quest'ultima evenienza si inverte nell'analisi, l'analisi stessa rischia di trasformarsi in un agito collusivo reciproco tra analista e paziente, che porta inesorabilmente ad una situazione di stallo e successivamente ad un fallimento della collusione psicoterapeutica. Di qui l'importanza, per l'analista, di non colludere con le "provocazioni" agite del paziente e di saper aspettare. La mancata collusione può, a volte, aiutare il paziente ad interrogarsi sull'inefficacia delle sue provocazioni, di solito capaci di cavar fuori risposte collusive dagli interlocutori delle sue relazioni. Ci si può interrogare sul senso di questa equiparazione delle proprie fantasie emozionali alla realtà. Equiparazione che impedisce ogni confronto tra le proprie emozioni e l'altro, l'interlocutore connotato emozionalmente. Si pensi, ad esempio, ad un paziente che rimprovera lo psicoterapista di essere troppo rigido con lui: esige che il paziente si stenda sul lettino, si siede rigorosamente dietro il lettino stesso; perché, qualche volta, non ci si siede sulle poltrone che pur sono presenti nella stanza, ci si guarda in faccia, si parla del più e del meno? In tal modo l'analista potrebbe anche raccontare di sé, della propria vita, dei propri problemi (ne avrà pure qualcuno!) e la relazione diverrebbe molto più amichevole e simmetrica. Prima di "interpretare" il senso di questa fantasia, è importante capire se, chi la propone, è disponibile ad una comprensione di quanto ha comunicato con la fantasia stessa. Spesso questo è fattibile: può essere il paziente stesso a chiedersi, sorridendo, cosa mai vorrà dire questa pretesa che sia l'analista a parlare di sé ed il paziente ad ascoltarlo, interessato. Altre volte, questa fantasia viene presentata come esigenza cogente e legittima, sino al punto da far apparire l'assetto analitico (il paziente sul lettino, l'analista seduto dietro) come non più accettabile, simbolo di un potere insopportabile che l'analista si attribuisce, senza capire le esigenze più che

comprensibili del paziente. Si pensi ad un paziente che durante una cena con amici ha sentito, da parte di qualcuno che conosce personalmente l'analista, alcune critiche nei suoi confronti, e chiede insistentemente che l'analista si discolpi, si giustifichi e tranquillizzi il paziente la cui fiducia nell'analista è venuta meno. Alla richiesta si aggiunge la minaccia di interrompere la psicoterapia, se questa giustificazione non arriva o non appare credibile dal paziente. Sappiamo da Strachey (1934) che la non conoscenza dell'analista è una condizione importante affinché le fantasie del paziente sull'analista non siano ancorate a dimensioni esplicite di realtà. Ma è impossibile, nell'attuale situazione del lavoro analitico ed in particolare dell'analisi con psicologi, che un analista non sia "conosciuto" dal paziente. Di qui la possibile e continua attivazione di fantasie, sollecitate da molteplici elementi di realtà. Il problema, d'altro canto, non è quello che il paziente non abbia sollecitazione a produrre fantasie sull'analista. E' piuttosto quello di vedere se tali fantasie sono pensabili o meno. E' questo il problema che ho più volte riscontrato nel lavoro analitico con psicologi: il loro pretendere che le fantasie sull'analista, come quelle su altri aspetti della loro vita, siano "vere", siano interscambiabili con la realtà; e questo, indipendentemente da ogni riscontro con il feed back che la realtà stessa può dare.

Che rapporto c'è tra lo scambiare una fantasia con la realtà e l'essere psicologi³?

Vorrei iniziare con un'osservazione di Freud (1937), a proposito della "reazione terapeutica negativa": "Quando l'analisi è sottoposta alla pressione di potenti fattori che provocano inevitabilmente una reazione terapeutica negativa, e tali sono il senso di colpa, il bisogno masochistico di soffrire e la *ribellione all'aiuto che può essere recato dall'analista*⁴, il comportamento del paziente [...]" (p.548).

Torneremo più avanti sulla reazione terapeutica negativa; per ora sembra importante considerare la ribellione all'aiuto dell'analista: perché dovrebbe esserci una ribellione a questo aiuto? L'interrogativo è particolarmente utile, se si tiene conto che lo stesso paziente ha chiesto quell'aiuto; che esplicitamente lo ha cercato ed ha affermato di desiderarlo, nonostante il "costo" che, ricevere quell'aiuto, comporta. Credo sia importante considerare la rappresentazione che gli psicologi-pazienti propongono, con il rifiuto in questione, del "paziente" che impersonano attualmente, da un lato, che pensano avranno o già hanno professionalmente, dall'altro. E' evidente la semplificazione di questa rappresentazione del paziente: si tratta di una persona che pretende (amore, calore, vicinanza affettiva) dalla persona che "paga" per questo; e basta. Di qui l'inalizzabilità di una pretesa che ha alcune caratteristiche alle quali si può guardare ironicamente:

a – è una *pretesa paradossale*: non si può ottenere calore ed affetto, pretendendolo. Senza, quindi, una reciprocità; anzi, istituendo una reciprocità negativa, per così dire: tu mi "devi" dare calore ed affetto, quindi mi aspetto che tu assuma un atteggiamento di vicinanza affettiva "univoca", sotto la minaccia della mia rappresaglia se questo non avverrà.

b – è una *pretesa impossibile*: si pretende infatti, come già abbiamo sottolineato, di istituire una relazione terapeutica fondata sull'agito emozionale; un agito che non prevede, ed esclude categoricamente, ogni pensiero sull'emozione che si richiede sostanzialmente la relazione terapeutica. In questo senso la pretesa di essere amati calorosamente, quale unico contenuto del lavoro e della relazione terapeutica, comporta inevitabilmente l'interruzione della terapia (se correttamente intesa).

c – è una *pretesa semplificante*: se si segue la falsariga della pretesa, infatti, si può cogliere molto bene quale sia la rappresentazione agita della psicoterapia in questi casi: esercitare la psicoterapia consiste nel "voler bene ed essere emozionalmente vicini, calorosamente" al paziente; senza complicazioni teoriche, senza difficoltà tecniche, senza problemi di apprendimento, di pratica professionale, di riflessione sulla propria esperienza: nulla di tutto questo, basta saper voler bene,

³ Con questo non si sta sostenendo che "solo" gli psicologi scambiano le loro fantasie per la realtà. Vorremmo invece proporre come questo problema di scambio, presente in alcuni pazienti, sia particolarmente frequente nel caso degli psicologi ed assuma nella psicoterapia degli stessi una gravità problematica particolare.

⁴ Il corsivo è mio.

calorosamente. Anche il ruolo del paziente viene così semplificato: nessuna analisi del problema, della domanda, della relazione, o se si vuole della psicopatologia; il paziente è una persona che pretende di essere benvoluto, di ricevere calore; a pagamento, *per incidens*.

E' quest'ultima connotazione della pretesa che ci può mettere sulla strada per una comprensione di quanto stiamo presentando. Il paziente-psicologo può associare il suo essere in terapia con una sorta di obbligo relativo all'*ancienne querelle* sulle necessità che chi voglia esercitare la psicoterapia deve prima sottoporsi egli stesso alla psicoterapia. Già la prescrizione al "sottoporsi" alla psicoterapia può esplicitare la *sottomissione ad una regola*: condizione che può precedere, accompagnare lungo tutta la sua vita professionale l'esperienza psicoterapeutica di uno psicologo. Se il paziente è uno psicologo, inoltre, il lavoro psicoterapeutico può svolgersi su un duplice piano: quello della comprensione su di sé, che la psicoterapia consente; quello dell'apprendimento ad interpretare e costruire che lo psicologo può pensare di "rubare" al proprio psicoterapista. Quest'ultimo piano può evidenziare la "distanza" culturale e d'esperienza tra lo psicoterapista ed il paziente-psicologo. Quest'ultimo può, quindi, essere coinvolto entro un confronto tra se stesso, la propria competenza e la propria cultura, da un lato, la cultura e la competenza dello psicoterapista, dall'altro. Questo confronto può essere stimolo per una motivazione allo sviluppo nello psicologo. Il confronto, però, può dare anche esiti diversi: l'idealizzazione dello psicoterapista, da un lato, la sua svalorizzazione, il suo deterioramento dall'altro. Si tratta, è utile sottolinearlo, delle due facce della stessa medaglia, in quanto l'idealizzazione esita sistematicamente, prima o poi, in una svalorizzazione dell'oggetto idealizzato. Un aspetto importante della svalorizzazione può inverarsi nella pretesa, impossibile da veder realizzata, di essere amati. Il bisogno d'essere amati ben esprime l'esigenza che l'altro, lo psicoterapista, venga coinvolto in un compito impossibile, per le ragioni che abbiamo prima evidenziato: la pretesa inanalizzabile consente di trasformare una relazione di scambio in una relazione di possesso. Chi pretende amore, empatia, vicinanza affettiva, ed esige che lo psicoterapista agisca collusivamente entro questa pretesa, svuota l'esperienza psicoterapeutica di ogni competenza e spessore culturale. Trasforma lo psicoterapista in un ostaggio delle proprie esigenze, lo può valutare e sentirsene insoddisfatto; arrivando alla conclusione che lo psicoterapista, con tutta la sua competenza ed esperienza, alla fin fine non è in grado di dare quello che il paziente vuole, la cosa più semplice ed importante di questo mondo, quella di amare l'altro. Quell'amore che il paziente-psicologo pensa sia semplice falsificare entro la psicoterapia. A volte lo psicoterapista si fa corrompere da questa pretesa, e "finge" calore, vicinanza affettiva, comprensione, amore, istituendo così una relazione falsa quanto svuotata di senso. Il paziente-psicologo può così giungere al suo capolavoro: quello di falsificare la propria esperienza psicoterapeutica, mettendo le basi per un futuro professionale fondato sulla medesima falsità, stabilita tramite l'identificazione con l'aggressore. Quando lo psicoterapista non collude con la pretesa inanalizzabile, proponendo ipotesi interpretative che diano senso alla situazione di stallo, può veder irriso il proprio tentativo di comprensione, il proprio lavoro volto ad istituire un pensiero sulle emozioni che sostanziano la pretesa stessa; spesso questi attacchi hanno, quale bersaglio, l'incapacità dello psicoterapista di coinvolgersi emozionalmente nella psicoterapia, di abbandonare il suo atteggiamento razionalizzante per capire, finalmente, che cosa il paziente-psicologo realmente chiede. L'esperienza psicoterapeutica si avvia così, rapidamente, all'interruzione.

La pretesa inanalizzabile è una fenomenologia storicamente situata, culturalmente caratterizzata. Se si pensa alla formazione universitaria alla psicologia clinica, si può cogliere come spesso essa sia intesa quale accumulo di nozioni astruse e scollegate da ogni dimensione di realtà: realtà data dall'esperienza formativa dello studente, da un lato; realtà individuabile nei problemi posti da chi si rivolge allo psicologo clinico o allo psicoterapista⁵, dall'altro. Lo psicologo vede, nella semplificazione data dalla "vicinanza emotiva" che lo psicoterapista deve garantire al paziente, la semplificazione auspicabile e risoltrice. Semplificazione perché si pensa che l'affetto, la vicinanza affettiva, il calore sollecito, siano "cose" che chiunque può garantire: per dare tutto questo non è richiesta competenza tecnica, né sono implicate basi culturali solide e articolate. Basterà limitare la propria formazione alla psicoterapia, alla ricerca di un sistema di appartenenza in grado di legittimare la professione psicoterapeutica. Si pensi al grande numero di psicologi "prodotti" nel

⁵ Si veda al proposito: Carli, Grasso, & Paniccia, 2007.

nostro paese da un'Università poco attenta alla domanda degli studenti, al loro concentrare le aspettative professionali entro i corsi di laurea clinici, spesso approssimativi e farraginosi, ma legittimanti alla successiva iscrizione alle scuole di specializzazione in psicoterapia. Scuole che spesso fondano la loro azione formativa sul presupposto che la formazione universitaria non serva a nulla, e che grazie all'appartenenza alla scuola ed all'apprendimento di una tecnica settoriale, sia possibile diventare psicoterapisti. Psicoterapisti addestrati a tecniche le più diverse, astoriche ed acontestuali, senza alcuna connessione con la formazione universitaria; ma anche senza connessioni con i problemi che persone, gruppi od organizzazioni pongono allo psicoterapista. E' importante, al proposito, guardare alla complessa articolazione di competenza e cultura, richiesta per una comprensione storicamente situata dei problemi che vengono posti allo psicoterapista. Si può allora comprendere come la vicinanza affettiva, l'empatia, siano semplificazioni rassicuranti. Rassicurazioni che presto possono trasformarsi in pretesa, entro la propria "forzata" esperienza psicoterapeutica, preliminare alla professione. Freud ha affrontato a varie riprese il tema della reazione terapeutica negativa. Nella sua concezione tripartita della mente, ne aveva a volte riferita la causa ad una forza del Super Io, o al bisogno masochistico di permanere entro una situazione di sofferenza. Sempre spiegazioni intrapsichiche, quindi astoriche e volte a sottolineare la potenza dell'istinto di morte. Penso che una utile integrazione dei problemi che la reazione terapeutica negativa ha sollevato nell'esperienza di molti, ma direi meglio di tutti gli psicoterapisti, sia data dal considerare questa vicenda nei suoi aspetti relazionali e storici. L'esempio dello psicologo-paziente è illuminante al proposito. E' illuminante per via del processo identificatorio che, chi fa psicoterapia in vista di esercitare a sua volta la professione, è indotto a sperimentare nei confronti dello psicoterapista. Se l'identificazione stimola allo sviluppo, le cose possono evolvere in modo utile per la relazione psicoterapeutica. Se il confronto con lo psicoterapista solleva problemi di identità nello psicologo-paziente, se evoca invidia e rabbia, se confronta con fantasie di inadeguatezza e di discriminazione sociale, se mette in evidenza la fantasia di incolmabilità dello iato tra i due, allora il rifugio nella pretesa inanalizzabile può essere una via di uscita culturalmente comprensibile: una sorta di proletarizzazione dell'empatia, che rovescia la scala dei valori. Chi viene vissuto come culturalmente evoluto deve incontrare, necessariamente, i limiti di un proprio coinvolgimento affettivo senza pensiero; mentre chi è culturalmente in difficoltà, può rivendicare un legame affettivo del quale pensa di sentirsi a sua volta capace. Penso che una dinamica di questo tipo sia alla base di molte esperienze psicoterapeutiche "false" entro la formazione degli psicoterapisti.

5 - Conclusioni

Questo rapido excursus entro i temi del resoconto apre alla rilevanza di questa pratica, nell'ambito della formazione alla psicologia clinica ed alla psicoterapia. Questo è il motivo per cui sin dal triennio del Corso di Laurea nell'Intervento Clinico chiediamo agli studenti, quale prova finale per la laurea breve, di stilare il resoconto del loro tirocinio. Cioè dell'unica esperienza diretta che gli studenti fanno della professione psicologica, in un contesto differente da quello della loro formazione.

Penso che il resoconto sia, come già ho detto, la seconda ed indispensabile fase dell'esperienza clinica: quella che segue e organizza i vissuti che lo psicologo esperisce entro la relazione. Penso, anche, che l'area del resoconto sia ancora poco precisata ed approfondita nella sua metodologia e nel suo valore pragmatico. Per questo motivo la Rivista di Psicologia Clinica ha dedicato una specifica sezione a questo tema. Nella speranza che l'area possa suscitare interesse e partecipazione, possa stimolare il contributo di molti e dare senso ad un momento fondamentale della pratica clinica in psicologia.

Bibliografia

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2002). L'analisi emozionale del testo: Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi. Milano: FrancoAngeli.

Carli, R., Grasso, M., & Paniccia, R.M. (Eds.). (2007). La formazione alla psicologia clinica: Pensare emozioni. Milano: FrancoAngeli.

Freud, S. (1937). *Constructions in Analysis*. SE 23, 257-269 (trad.it. *Costruzione nell'analisi*, OSF 11, Boringhieri, Torino, 1979, 541-552).

Strachey, J. (1934). *The nature of the therapeutic action of psychoanalysis*. *International Journal of psychoanalysis*, 15, 127-159 (trad. it. *La natura dell'azione terapeutica della psicoanalisi*. *Rivista di Psicoanalisi*, 20, 92-159).