

La clinica del legame sociale e la formazione nei gruppi

Piero Feliciotti

Se me lo permettete non mi presenterò subito, come si fa quando si è invitati, ma solo nella seconda parte della mia relazione. Per il momento vorrei presentare la storia del mio itinerario formativo, che è interessante solo perché è cominciato 27 anni fa, e dunque è simile a quella di una generazione di psichiatri. Non vi racconterò aneddoti personali, ma cercherò di dare uno sguardo in prospettiva sui cambiamenti del sistema delle cure in questo quarto di secolo, dove la questione del gruppo di lavoro e di formazione è un punto di incrocio obbligato. Io ho fatto la mia formazione di gruppo con lo psicodramma analitico e infine con l'analisi individuale fra il 1980 e il 1992. Ora, psicodramma e gruppo operativo mi sembrano a tutt'oggi, nel 2004, i riferimenti centrali per la pratica e la formazione in istituzione.

Breve storia ragionata del gruppo nella pratica istituzionale

Dunque l'importanza del gruppo e della psicoanalisi nella clinica istituzionale comincia ad imporsi in Italia negli anni '60: in ambito accademico, terapeutico (le terapie di gruppo), e sociale; e subisce negli anni '70 un'accelerazione improvvisa grazie al fermento che sfocia nella riforma psichiatrica. La legge 180 pone subito il problema del gruppo terapeutico e della comunità di lavoro e questa questione segna l'evoluzione dei rapporti tra la psichiatria, il vasto campo che da quel momento si comincia a chiamare salute mentale, e le tecniche psicoterapeutiche, fra cui la psicoanalisi viene inserita. La mia formazione è cominciata col gruppo già all'università di Bologna. Dove c'era il Collettivo di psichiatria, naturalmente di ispirazione anti-istituzionale e basagliana in cui si sperimentava un orientamento che, con l'accento di quegli anni e con le riflessioni di adesso, bisogna definire progressista: l'apertura dei manicomi, la psichiatria sul territorio, le comunità. Era un clima culturale molto vivace dove si mettevano i germi di quello che stiamo vivendo ora. Questi germi che ho definito progressisti hanno poi avuto uno sviluppo piuttosto contraddittorio. Ciò non toglie che fossero del tutto rilevanti. Accanto al collettivo studentesco c'era il livello accademico, gestito da psichiatri di vari orientamenti e da psicoanalisti che, con la prudenza dell'istituzione e del sapere psichiatrico più evoluto, mantenevano una dialettica coi nuovi orientamenti gruppettari. La pratica accademica si apriva allora al **gruppo operativo centrato sul compito**, Pichon Rivière, Bion...è lì che abbiamo cominciato ad applicare la psicoanalisi al lavoro istituzionale.

Tutto questo fermento nasceva allora perché eravamo alla ricerca non solo di tecniche nuove di lavoro, ma anche e soprattutto di un nuovo metodo. Da questo punto di vista tra il livello accademico e quello anti-istituzionale non c'era scontro, ma confluenza. Anche se allora non lo sapevamo. Per esempio, il concetto di salute mentale, termine tipicamente basagliano, indica proprio questo: la ricerca di un nuovo modo di operare che però finisce in *impasse* per l'impossibilità di articolare una clinica nel sociale: al suo posto, invece, un intervento nel sociale che ha messo tra parentesi la clinica. A distanza di venticinque anni lo possiamo dire con una certa precisione.

1. Prendiamo ad esempio il problema della diagnosi. Il movimento anti-istituzionale ha nei suoi confronti una certa avversione. Che ha una nobile ascendenza nella sospensione del sapere di ispirazione fenomenologica, ma che invece di approdare ad un nuovo genere di diagnosi legata allo specifico del soggetto preso fra discorso scientifico e discorso dell'inconscio, si attesta su una diffidenza pura e semplice per la diagnosi. Col risultato di promuovere un intervento di reinserimento sociale la cui eredità è raccolta paradossalmente dal DSM IV, dove la diagnosi è diventata pura rilevazione statistica dei comportamenti, ma anche classificazione delle malattie mentali in vista dei costi della riabilitazione. Non so se Basaglia sarebbe stato contento di questa eredità.

2. Intendiamoci, l'intuizione basagliana resta irrinunciabile: non si va più alla ricerca di un perimetro istituzionale (manicomio, comunità, servizio, ambulatorio) definito per l'uso di determinate tecniche, ma di un metodo che attraversi le istituzioni sociali e quelle della cura. La psicoanalisi in questo dibattito resta marginale, però continua ad essere lo strumento principale di formazione (che va regolata nel privato). Io e tanti miei colleghi, cresciuti su posizioni anti-istituzionali, non dubitavamo che la psicoanalisi fosse il fondamento più solido per la formazione. Salvo vedere come questa passava nel contesto istituzionale. La seconda metà degli anni '80 e gli anni '90 registrano le difficoltà di questa impresa e il reflusso verso il privato, la moltiplicazione delle tecniche e la specializzazione degli interventi.. Dunque in assenza di una clinica nel sociale, nasceva una clinica sociale post-istituzionale nel pubblico, e poi tutta una serie di cure "psico" nel privato (la via italiana resta marcata dalla contrapposizione tra pubblico e privato perché in Italia i manicomi non c'erano più). Il che significa però che vengono deluse le speranze di trovare un luogo, uno spazio, un'articolazione una mediazione originale tra soggetto dell'inconscio e gruppo sociale.

3. Sul piano operativo, si ritrova la stessa difficoltà nel rapporto tra psicoanalisi e comunità terapeutica: si elaborano modelli basati sull'interpretazione che si vanno ad applicare a un contesto come quello istituzionale-gruppale che di per sé non la presuppone affatto; contemporaneamente si continua a lavorare per mandare il paziente dall'analista, fuori o dentro l'istituzione. E' proprio la mancanza di questo metodo che ci impediva, allora, di considerare la psicoanalisi come una logica e non semplicemente come una tecnica¹

Insomma, il passaggio che non siamo riusciti a fare in quegli anni è stato l'invenzione di un modo per articolare fra loro il discorso analitico, cioè l'inconscio, il discorso sociale, cioè il gruppo, e il discorso scientifico. Però tutto questo lavoro sui gruppi è l'intuizione che c'è bisogno di trovare questo metodo di lavoro perché il contesto sociale stava cambiando profondamente. Negli anni '70 non siamo più dentro la repressione sociale e istituzionale del desiderio (l'istituzione totale, oppressiva, come si diceva), ma entriamo nell'epoca molto più subdola della gestione generalizzata del benessere o del malessere. Dalla società del disagio a quella del godimento. Quindi, il termine salute mentale coniato in quegli anni (e che di lì a poco si sposerà benissimo e in modo del tutto paradossale con il DSM IV) è il riconoscimento che il campo della salute mentale e quello della terapia in realtà non erano più un dominio chiuso, perché le barriere cadevano, i luoghi terapeutici esplodevano, i riferimenti che strutturavano l'area delle cure in compartimenti ben definiti (psicoterapia, psicotecniche, psicoanalisi, farmacologia, riabilitazione...) non tenevano, l'opposizione tra pubblico e privato si stava sfaldando, sostituita dal **mercato della salute** (che non è il diritto alla salute), dove si alimenta una domanda di soddisfazioni sempre più estesa e incontrollabile. La felicità, diceva Lacan nel 1970, è un fattore della politica. Si rendeva così necessaria una nuova psicopatologia della vita quotidiana, in un discorso sociale dove il soggetto si muove apparentemente più libero di scegliere tra varie offerte "terapeutiche", che vanno dalla psicoterapia al massaggio *shiatsu* alla pensione di invalidità alle *beauty farm*, ma in realtà vagando nella società, nella vita e nelle istituzioni e passando da una risposta all'altra senza poter veramente chiedere qualcosa e senza che la sua domanda possa agganciarsi a qualcuno.

Questo è il nuovo contesto in cui l'analista è chiamato a sostenere una funzione politica. Nel senso della *polis*, cioè delle istituzioni in cui aprire un varco al discorso dell'inconscio perso nelle identificazioni sociali e nelle diagnosi del tutto anonime del DSM²

¹ Lo psicodramma, pur essendo uno strumento molto originale e con delle grandi potenzialità risente di questa scissione: entra nel dibattito clinico essenzialmente come una tecnica terapeutica applicabile dentro l'istituzione; e poi viene utilizzato come strumento di formazione e di supervisione per psicoterapeuti di gruppo. Così per tutti gli anni '80 e per buona parte dei '90 si continua a discutere se lo psicodramma (come altri gruppi, del resto) sia o no un'analisi, se sia come l'analisi o diverso dall'analisi e così via. Su questo punto ci è mancata l'articolazione tra tecnica o dispositivo e metodo: lo psicodramma ha effetti analitici diversi dall'analisi individuale, ma la sua logica è la stessa del discorso analitico.

² In Italia la riforma psichiatrica e la politica anti-istituzionale non hanno prodotto un metodo clinico adatto a questa situazione di dispersione diagnostica e terapeutica. Ne consegue che:

a) si perde la traccia del soggetto e del suo inconscio, perché la diagnosi classica di stile ottocentesco almeno tentava di recuperare qualcosa della storia familiare e soggettiva, mentre ora la diagnosi e perfino l'anamnesi sono condizionate fin dall'inizio dal

L'erede dell'istituzione totale è l'istituzione globale dove il soggetto passa da un nodo all'altra della rete. Per ovviare all'inconveniente oramai tutti parlano di progetto individualizzato, da gestire caso per caso nel quadro di una serie di regole e di protocolli terapeutici accreditati secondo uno standard. Soluzione formale, che tenta di incanalare la domanda a priori, ma evita la questione essenziale. In un contesto di liberalizzazione delle cure e di domanda frammentata e ingovernabile, il problema principale è il transfert. Cioè il grado di fiducia che il soggetto ripone in qualcuno; o anche, come dice Ivan Cavicchi, il fattore che distingue il medico dalla lavatrice. Il transfert richiede dei soggetti che investano libidicamente qualcosa, ed esige qualcuno che se ne faccia il supporto, senza attenersi rigidamente al mansionario ma senza negarlo. Queste condizioni sono molto difficili da realizzare nel circuito socio-sanitario, fatto di servizi multipli (come un sistema a scatole cinesi), di doppie diagnosi e di procedure secondo le regole.

In questo rinvio infinito sta il lato peggiore di un legame istituzionale che spinge il soggetto a girare a vuoto fra sanitario e sociale, finché non riceve da qualcuno una risposta, un segnale, un rilancio. Si tratta di un atto terapeutico simile a quello del conduttore del gruppo di psicodramma che, ad un certo punto, taglia il discorso infinito del gruppo, chiama fuori il paziente e dice: bene, mettiamo in scena il problema. E con questo determina un cambiamento di discorso. E' qualcosa che si può sostenere solo su una presa di responsabilità da parte dell'operatore che si mette in gioco e si fa portavoce del desiderio del soggetto. Non si tratta solo di ascoltare e di parlare, perché oggi di ascolto ce n'è a iosa, tutti ascoltano e tutti vogliono parlare. Si tratta piuttosto di dire qualcosa di significativo per il paziente, e per questo bisogna dare un taglio all'ascolto, cioè bisogna scegliere. Tirare fuori il soggetto dall'anonimato sociale e assistenziale, ecco la logica del lavoro istituzionale. Però va applicata a ragion veduta.

Un metodo di lavoro fondato sulla psicoanalisi

Di qui il titolo della mia relazione. Che significa clinica del legame sociale? Esso contiene alcune questioni con cui mi confronto da anni: sono psichiatra, psicoanalista e lavoro in un servizio di Neuropsichiatria Infantile territoriale dove mi occupo di adolescenti e anche di disabili. A parte il lavoro di analista, la maggior parte di quello che faccio avviene in istituzione e, di conseguenza, mi chiedo spesso come può entrarci la psicoanalisi. Naturalmente bisogna che non pensiate alla psicoanalisi come al dispositivo che consiste nel rapporto fra un paziente, per lo più nevrotico, e un analista, che si incontrano regolarmente un certo numero di volte la settimana, spesso per anni, in uno studio privato e con pagamento delle sedute. Questo che si definisce *setting* non si applica in istituzione, non tanto perché sia impossibile trasferirvi queste regole formali, ma perché la maggior parte dei pazienti che arrivano nei nostri ambulatori, nei reparti, nei *day-hospital*, nelle comunità diurne, non sono in condizione di fare una domanda di cura. I nostri pazienti sono gli adolescenti, gli psicotici, i tossicomani, le anoressiche e le bulimiche, gli insufficienti mentali, gli alcolisti, i cronici. Per domandare una cura bisogna che essi facciano almeno una doppia operazione: rendersi conto che nella loro vita c'è qualcosa che non va, diciamo un sintomo che li disturba e in cui non ci capiscono niente; e poi decidere di domandare a qualcuno di aiutarli a comprendere il loro sintomo, con la speranza di cambiare e di stare meglio. Ora questi nostri pazienti per lo più non compiono spontaneamente queste due operazioni, che del resto non sono facili per nessuno perché la malattia contiene un vantaggio secondario, cioè sociale. E se il sintomo, secondo la psicoanalisi, è qualcosa che interroga il soggetto, che gli fa porre dei perché sulla sua vita, ebbene non si può dire che essi hanno un sintomo, ma che essi stessi sono dei sintomi viventi, dei sintomi sociali, che si muovono nella vita, spesso in una serie di atti poco soggettivati (mentalizzati), i quali pongono più problemi agli altri che a se stessi e con i quali si appoggiano a tutto ciò che la società del benessere offre loro,

recupero funzionale e comportamentale. b) L'impostazione cognitivo-comportamentale finisce per essere l'erede che gestisce lo spazio globalizzato post-istituzionale che la Legge 180 aveva aperto. La riabilitazione, criterio oggi imperante, diventa rieducazione sociale. E serve da modello ispiratore per molti altri interventi: la politica della riduzione del danno nelle tossicodipendenze, per esempio. Oppure la rieducazione funzionale del comportamento alimentare che viene somministrata in gruppo alle anoressiche.

per riuscire a vivere meglio che possono (oggi, il prototipo del sintomo moderno è l'*addiction*). In queste condizioni – e sono la maggioranza – ha poco senso offrire la psicoterapia o mettersi nell'ambulatorio ad aspettare che il paziente la chieda. La psicoanalisi può offrire piuttosto un metodo di lavoro grazie al quale creare le condizioni perché il soggetto possa domandare attivamente qualcosa, al limite, perfino la psicoterapia. La psicoanalisi non viene nell'istituzione col lettino e nemmeno con le sue interpretazioni, le pulsioni, le resistenze, la metapsicologia, tutte cose serissime che però non servono se non se ne rispetta la logica: bisogna che il soggetto sia nella condizione di volere e di potere accogliere un'interpretazione. La mia formazione mi ha insegnato a lavorare nell'istituzione non facendo lo psicoanalista istituzionale, bensì cercando di applicare lo stesso metodo della psicoanalisi anche in dispositivi terapeutici diversi, e cioè: nel lavoro in gruppo, con pazienti poco adatti all'*insight*, con appuntamenti spesso non scanditi regolarmente, in un contesto di integrazione pubblico-privato e socio-sanitario, con esigenze di verifica e valutazione che l'istituzione ci chiede. Ebbene, se si riesce a far funzionare la logica della psicoanalisi al di là del suo dispositivo tecnico, questo ha un effetto di formazione permanente che si intreccia con il lavoro quotidiano fino a farlo diventare un lavoro di ricerca e verifica dell'agire clinico.

Per passare ora ai fatti specifici porrò tre questioni: che nome dare a questo metodo? Quali sono i suoi principi efficienti? Con quali strumenti possiamo realizzarlo?

1. Il nome più adatto a definire il nostro metodo è clinica psicodinamica nel lavoro istituzionale. Nessuna di queste tre parole è scelta a caso. Il termine clinica significa da sempre l'insegnamento che si svolge al letto del paziente. Dunque indica quello che il paziente sa e che può insegnarci – anche se, freudianamente, lo sa senza saperlo. Questa rivalutazione del sapere del soggetto è un punto fondamentale, oggi che il campo della salute mentale è dominato dal sapere universale della scienza; che è un costrutto molto serrato, un procedimento con percorsi già ben tracciati in linee guida, protocolli, scale di valutazione, programmi di presa in carico e di cura, interventi basati sull'evidenza (domanda fondamentale: evidenza per chi?). Ora, occorre **integrare** il sapere scientifico e i suoi programmi diagnostici, terapeutici e riabilitativi con lo specifico progetto del soggetto che si manifesta nei suoi sintomi e nei suoi atti. Certo, si manifesta in un modo sterile, ripetitivo e fonte di sofferenza, ma è da lì che bisogna partire.

2. E' per questo che la nostra clinica è psico-dinamica. Perché va calata nelle condizioni particolari in cui il soggetto si trova e che derivano dalla sua storia. Fra diagnosi e terapia bisogna inserire uno spazio di attesa e mediazione in cui si cerca rispondere alla domanda: con chi abbiamo a che fare? chi ci sta di fronte? Rispondere a queste domande vuol dire costruire l'inconscio del soggetto, cioè quel luogo che contiene il senso della sua esistenza, gli incontri, le scelte, i desideri espressi o meno, che hanno determinato il corso della sua vita. L'inconscio è tutto il bagaglio che il soggetto si porta dietro e che determina le sue azioni senza che egli ne prenda coscienza. Per questo dicevo che non si può fare nessuna operazione di interpretazione e nessun intervento se il soggetto non è nelle condizioni etiche e mentali per poterli accogliere. Magari accetta i nostri interventi, magari ci si adegua, ma essi gli diranno poco, perché non li integra nella sua condizione, nel lavoro, nel progetto che segue per stare meglio. Questo vuol dire che lo spazio psico va costruito. Altrimenti diventiamo persecutori oppure diamo al soggetto un ideale di comportamento cui conformarsi, che si scioglierà come neve al sole appena la sua pressione costringitiva si allenterà. E' quello che succede ai tossicomani che hanno rispettato rigorosamente e formalmente il percorso, le fasi e le regole della permanenza in comunità. Se non è cambiato il loro modo di rapportarsi con la legge, l'ideale della comunità funzionerà come una droga in più che li stabilizza solo finché c'è. Oppure andremo ad applicare i nostri interventi di diagnosi e terapia nello spazio predisposto dalle difese e dai preconcetti dei familiari o dei curanti, o dalle ragioni dell'istituzione. Quindi nel nostro rapporto col soggetto si tratta non tanto di ottenere la *compliance* o il consenso informato, ma di riconoscere e soprattutto di far riconoscere che il soggetto ha già una competenza nelle scelte della sua vita, anche se queste ci sembrano e sono stravaganti, assurde, incomprensibili e masochiste. La dinamica poi vuol dire che lo stile con cui il paziente ha attraversato la sua vita per arrivare fino a noi, continua ad essere attivo anche nella relazione con noi: l'inconscio è sociale. Dunque ciò che è prevalente in

questa clinica è la **relazione**: relazione dinamica del soggetto con le scelte della propria vita, con gli operatori e con le risposte dell'istituzione³. Ciò vuol dire introdurre nella clinica un movimento che solo impropriamente si definisce soggettivo, perché invece è perfettamente oggettivo: basta coglierlo e saperlo leggere. E' oggettivo perché fatto di atti e di parole.

3. Terzo punto, il lavoro istituzionale. E' il legame sociale in cui si realizza la cura e si fonda su un sapere fare con la rete dei servizi terapeutici, con il lavoro in équipe, con l'organizzazione aziendale; tutte cose che non ti insegnano all'università. Io ho dovuto riadattare la mia formazione universitaria a questo contesto di lavoro territoriale che è molto mobile e nel quale la mia formazione analitica mi è stata utilissima. Perché l'ho dovuto riadattare? Per i cambiamenti del rapporto terapeutico e del sistema delle cure, dove si è passati, in questi 25 anni, da un modello più o meno duale, a un intervento sempre più allargato. Quindi il gruppo va inteso non solo come una modalità di intervento tecnico (la psicoterapia di gruppo, per esempio), ma come il punto di convergenza dei cambiamenti della clinica imposti dal sistema sociale. Oggi gli attori del rapporto terapeutico sono molti. Sia dalla parte del paziente, che prima di arrivare da noi ha fatto una serie di esperienze, di terapie, di cambiamenti di vita, di farmaci che lo hanno consolidato in un certo quadro dove spesso ci si raccapezza poco (proprio per le caratteristiche inadatte all'*insight* della sua personalità e del contesto da cui proviene, il suo Altro simbolicamente povero). Sia dalla parte del curante dove c'è una rete di soggetti sociali che devono collaborare tra loro (operatori sociali, tribunale, famiglie, psicologi, il *no-profit*, il volontariato...). Ecco allora che anche qui la prospettiva dinamica e quella grupale diventano prevalenti. E' chiaro però che bisogna trovare un metodo di lavoro clinico che sia di per sé formativo, perché non è sufficiente che ognuno si faccia la sua privata formazione, secondo le sue inclinazioni. E' necessario anche che queste formazioni e queste scelte si integrino nel lavoro, altrimenti perdiamo di vista che lo specifico compito clinico consiste nel mettere al centro non già le nostre teorie (le scelte epistemologiche), ma il soggetto; non l'équipe (analisi di gruppo), ma il caso; non i nostri problemi personali (analisi del controtransfert), ma quelli del paziente.

Ci sono alcuni principi fondamentali di questo lavoro.

1. Il primo e più importante è il modo di considerare il sintomo. Per la medicina il sintomo è un disturbo nel funzionamento del paziente, e se c'è sintomo vuol dire che le cose vanno male. Per la psicoanalisi il sintomo non è una disfunzione, non è un deficit da riabilitare, né un errore cognitivo da correggere, ma una formazione simbolica, che si ripete perché porta al soggetto una certa soddisfazione, un certo vantaggio. Nel sintomo (che è il software del soggetto) c'è stratificato e concentrato il modo del paziente di organizzare i suoi rapporti con l'Altro. E' un modo di godere, di esprimersi e di vivere che è il risultato della sua storia e della sua verità particolare.

Certo, questo non vuol dire che allora il sintomo va bene così. La soddisfazione del sintomo è anche legata a una sofferenza che naturalmente non è la migliore possibile, anzi. Il sintomo però esprime un desiderio che finché resta fissato porta solo guai, mentre se viene articolato simbolicamente comincia ad essere più vivibile, più fruibile. La psicoanalisi, al contrario della medicina, dà un valore positivo al sintomo, ne fa un'invenzione del soggetto, la cosa migliore che ha potuto inventare per rispondere alle condizioni specifiche da cui proviene.

Quello che conta veramente per la psicoanalisi è il capovolgimento del sapere: è il soggetto che sa (il suo inconscio, diciamo) e non l'operatore. Il quale deve fare attenzione a come risponde. Proprio perché il posto del terapeuta oggi è un posto a più voci, chi lo occupa, prima di compiere qualsiasi operazione, deve cercare di capire dove il paziente lo sta mettendo nella sequela di persone, interventi, scelte di vita, *acting out* con cui si arrangiato fino a quel momento. Il problema della presa in carico è quello di accogliere il transfert del paziente in maniera adeguata alle sue condizioni, e in modo che il soggetto abbia un ritorno utile, cioè ci capisca qualcosa. E' solo così

³ La diagnosi, allora diventa un fatto complesso: c'è di sicuro la diagnosi oggettiva (diciamo sull'asse I del DSM), che ci serve per orientarci sulla struttura del soggetto, perché se è un nevrotico lo accoglieremo diversamente dallo psicotico; ma che deve funzionare fin dall'inizio come un'ipotesi debole da specificare attraverso la dinamica fra il paziente specifico, il suo bagaglio psico, diciamo la sua storia, e le nostre risposte.

che il soggetto ci accoglierà e ci investirà di autorevolezza. Bisogna stare attenti al nostro controtransfert, direi. Che comprende però anche l'istituzione. Propongo di considerare il controtransfert in questi termini: come rispondere al paziente in questa situazione di équipe a più voci in modo che il soggetto ci accolga nel suo proprio progetto? sicuramente sballato, ma pur sempre suo. Il problema del controtransfert è come passare dalla rete socio-sanitaria all'équipe di lavoro. Ecco allora gli altri due principi irrinunciabili.

2. Costruzione del caso. E' la disciplina formativa specifica del gruppo istituzionale. Vuol dire costruire le scansioni della vita del soggetto, delle sue scelte e delle sue vicende terapeutiche fra famiglia e istituzioni. Questo permette di uscire dall'anonimato della diagnosi, per trovare le invenzioni sintomatiche di quel soggetto particolare. Non si tratta di fare l'anamnesi, ma una costruzione dotata di un senso, anche provvisorio. Questo senso non va comunicato al paziente fintanto che non è nella condizione di poterlo accogliere, ma va a formare l'orizzonte dentro al quale si possono leggere le sue scelte. Quindi costruzione invece di interpretazione.

La costruzione è un momento di ipotesi e di lavoro condiviso che è fondamentale nel territorio; consiste in una lettura delle situazioni di vita, delle risposte, dei comportamenti del soggetto anche nei vari momenti della rete, in modo che egli possa ricavarne un senso vivibile e condivisibile.

3. Capacità di decisione clinica. Questo metodo non si basa solo sul sapere scientifico che è incarnato dalla gerarchia istituzionale, per cui chi sa e comanda di più è anche quello che prende le decisioni e dice cosa bisogna fare. Certo, il sapere della gerarchia vale sempre, perché chi ha responsabilità poi deve decidere. Ma ci deve essere un momento di confronto clinico dove il sapere è quello che si elabora sul caso. Dopo di che la responsabilità di una decisione clinica può essere presa da ogni operatore. Salvo verificare in équipe se la decisione è stata presa a ragion veduta, cioè sulla base delle esigenze del soggetto, oppure se è un arbitrio dell'operatore che l'ha presa più per proprie esigenze o convinzioni. Come si fa a verificarlo? Lo verificiamo dal quadro che abbiamo costruito prima e poi dalle risposte del paziente, dalle sue parole e dai suoi atti che possono confermare o confutare le nostre costruzioni. Quindi è un lavoro che si fa sempre un po' a rovescio. E' molto dinamico e stimola la risposta del paziente. Così allenta la corrispondenza fra diagnosi e terapia. Perché se questa corrispondenza non si allenta, il paziente ha sempre torto. Proviamo ad affrontare la questione a livello operativo:

Intanto c'è una preminenza della presa in carico (dell'aggancio, ma anche della costruzione) rispetto alla diagnosi. E' la specificità della clinica che si fa sul territorio. Diciamo che siccome sono pazienti che hanno scarsa capacità di soggettivare e mettere in parole il loro malessere, si tratta di costruire la loro capacità di domandare servendosi della nostra offerta. E' una clinica in cui l'offerta precede la domanda e la relazione riformula la diagnosi, la precisa, la cambia.

Ecco perché capita che nella pratica si tratti in vario modo proprio di "agganciare" il soggetto, di interessarlo con una proposta che lo riguarda e lo chiama in causa; e non tanto di definirlo con una diagnosi di disturbo di personalità⁴.

Questo rovesciamento che mette al centro la costruzione del caso, permette di parlarsi anche fra operatori di diversa formazione evitando la contrapposizione delle epistemologie che è sempre paralizzante perché adotta la teoria come arma di difesa delle proprie posizioni. Mi spiego meglio.

Il metodo con cui interrogare il caso clinico dovrebbe evitare due estremi:

1) da un lato evitare di fare una valutazione a partire da una scelta di campo epistemologico: e quindi allineare una all'altra la lettura psicoanalitica, quella sistemica, quella psicobiologica, cognitivo-comportamentale, ecc...Così ognuno ha ragione a casa sua.

2) dall'altro, evitare di produrre una valutazione a partire da quello avremmo fatto noi (che siamo bravi) se fossimo stati al posto di chi conduce la cura (che invece ha sbagliato); il che spesso

⁴ Si parla molto di doppia diagnosi. Ma la diagnosi è da sempre doppia: c'è la diagnosi oggettiva, di cui c'è sempre bisogno e che tutti noi facciamo per orientarci nella struttura del paziente (genitivo oggettivo), e poi c'è l'ipotesi diagnostica che può lanciare al soggetto un ponte verso la propria vita inconscia. In altre parole, contemporaneamente a questa diagnosi sufficientemente "oggettiva", si tratta di avviare una certa pratica clinica, forse senza sapere precisamente che cosa si stia facendo secondo i protocolli classici del binomio diagnosi-terapia.

significa fare l'analisi del controtransfert di chi si espone a parlare. In realtà non è possibile stare al posto di un altro. Ognuno fa quello che può in scienza e coscienza. E non credo che la cosiddetta analisi del controtransfert sia il modo esclusivo per valutare il caso. Certo, questo non vuol dire che non si debba prestare attenzione a come l'operatore si implica nella relazione.

Questi due estremi non sono evitabili completamente, perché sappiamo che non è del tutto possibile escludere il bagaglio teorico di ciascuno; e nemmeno l'implicazione contro-transferale del proprio desiderio. Ci sono situazioni e pazienti più o meno simpatici, e noi, del resto, siamo uomini e donne e abbiamo più o meno paura, più o meno pazienza, più o meno disponibilità e così via. Ognuno ha il suo stile.

Credo che il modo più proficuo per orientarci sia quello di farci guidare dalla relazione clinica, cioè da sapere che ha il paziente. Credo che si tratti insomma di tenere presenti tre fattori:

1) Valutare il quadro clinico e gli obiettivi che si pone chi interviene a qualunque titolo sul caso, giudicando ciò che è stato fatto per raggiungere certi obiettivi. Ad esempio: se chi fa un intervento ritiene che l'importante è fare una buona presa in carico e lavorare perché l'anoressica maturi una motivazione al trattamento, si andrà a vedere se i singoli interventi hanno funzionato in quel senso oppure no; se si dice che l'obiettivo principale è di svincolare la paziente dalla famiglia, si verificherà che cosa ha prodotto l'intervento di terapia sistemica. Come procede poi la verifica? Ascoltando bene le risposte del paziente rispetto a tutto ciò che l'équipe, nei suoi singoli membri, fa o non fa; sapendo bene che, come dice Freud, se il paziente fa o dice una certa cosa, ha le sue buone ragioni, magari inconscie, ma ce le ha. Quello che il soggetto dice ha una sua logica e gli atti del soggetto manifestano la sua propria competenza etica rispetto al quadro che egli si fa della sua situazione, dei suoi obiettivi, del suo proprio bene. Certo, la logica del paziente può anche essere strampalata, e non è detto che costituisca alla fine il miglior guadagno possibile per lui. Siamo noi che dobbiamo ascoltare questa logica, intenderla, orientarla per offrirgli l'opportunità di cambiare qualcosa.

2) Questo metodo ci permette di lasciare un po' a margine la scelta di campo epistemologico. In altre parole, per raggiungere certi obiettivi ognuno usa i mezzi tecnici che conosce, ma si presta poi a verificare in équipe se l'intervento è stato efficace oppure no rispetto agli obiettivi dichiarati esplicitamente. In via di principio, si tratta di valutare non tanto e non solo i mezzi, quanto i fini. Certo, in via di principio, perché anche noi abbiamo la nostra competenza etica e il mezzo fondamentale del nostro lavoro è il desiderio: dunque si valuta sempre un po' anche l'implicazione soggettiva nel caso e se ci sono per caso un po' troppi "interessi privati in atti d'ufficio". Credo che l'aspetto principale sia la valutazione a posteriori del percorso, della logica complessiva dell'intervento, anche se e proprio perché in questo intervento ci sono tecniche, attori e tempi molteplici. Il punto di orientamento è la risposta del soggetto. Questo è l'obiettivo finale dell'integrazione.

Lo psicodramma, mezzo di formazione e supervisione

Una volta compresa la logica, questo metodo di lavoro si può realizzare con molti mezzi. Lo psicodramma, per esempio, oltre ad essere utilizzato come terapia in tutte quelle situazioni in cui il rapporto terapeutico classico si rivela insostenibile (disturbi alimentari, tossicomania, adolescenza, ecc...) è uno strumento molto efficace per articolare il legame fra formazione e supervisione. Penso che tutti sappiate in che cosa consiste lo psicodramma. Si tratta di un piccolo gruppo, composto da un certo numero di partecipanti e tenuto da due operatori con formazione analitica che si alternano in due funzioni: il primo, nel ruolo di conduttore, anima il gruppo, guida la discussione e sceglie il tema da mettere in scena; il secondo, nel ruolo di osservatore, fa una lettura finale di ciò che ha visto e ascoltato, ed elabora delle conclusioni. C'è una sola regola: si parla e poi si mette in scena un problema, ma nella rappresentazione si fa sempre finta, si usa solo la parola e il gesto, non si fa per davvero come nella vita di tutti i giorni, non ci si tocca, non ci si colpisce, non ci si accarezza. Sarebbero *acting out*, perché il gruppo è uno spazio immaginario e tale deve rimanere. I partecipanti

sanno che non ci sono conseguenze dirette e reali nei confronti degli altri. Tanto che, nell'uso terapeutico dello psicodramma si raccomanda ai membri del gruppo di non frequentarsi al di fuori delle sedute. Su invito del conduttore, colui che espone un problema (un caso, per esempio), viene chiamato a mettere in scena la situazione clinica di cui si tratta. Il protagonista sceglierà fra i membri del gruppo gli altri attori necessari alla rappresentazione, uno sarà il paziente, un altro sarà la madre del paziente, un altro ancora l'assistente sociale o l'infermiere, e così via. Finito il gioco, si commenta ciò che è successo, quello che si è visto e che si è provato. Tutti possono parlare, sia chi ha giocato sia chi ha assistito. Lo scopo del gioco non è tanto quello di liberare le emozioni, e di solito non incoraggiamo affatto scene passionali o con una forte carica affettiva. Lo scopo è piuttosto quello di dare forma, una nuova forma al problema che gira a vuoto, cosicché la rappresentazione diventa il fulcro dell'interpretazione e della soluzione che cerchiamo.

L'esempio che riporto mi è parso calzante perché prende avvio proprio da una domanda del gruppo che verte sulla tecnica. Diciamo che, come spesso succede in supervisione, i partecipanti chiedono più o meno direttamente come si deve fare in certe situazioni. Laura, che fa la psicologa, propone un tema abbastanza scottante anche se non così infrequente per un'istituzione, quello del rapporto con i colleghi. Nel caso specifico la cosa è anche più seria, perché nel servizio dove lavora, le capita di trovarsi alle prese con una donna chiaramente persa in un delirio e che crea un sacco di grane. Laura, cui la responsabile ha chiesto aiuto, va a parlare alla donna, ma si trova di fronte ad una persona impenetrabile, che non sta nemmeno a sentire suggerimenti, esortazioni, consigli, e la sprofonda in un'impotenza paralizzante. Come si fa, allora? Il gioco, come sempre, suggerisce una possibilità che a volte è anche molto banale: Laura si accorge che, angosciata dalla responsabilità che le è stata affidata, non ha neanche pensato di chiedere alla collega se poteva fare qualcosa per lei. Di qui l'irrigidimento dell'altra, che rischia di inglobare anche Laura nel suo delirio.

Subito la questione viene commentata ed ampliata da altri membri del gruppo: se si sta al ruolo, si dice, allora si sa cosa fare ed è più difficile sbagliare; se invece si cerca un anche un proprio posto nel servizio, allora è più difficile. Ecco dunque che spunta, sotto questa forma, la questione del desiderio e dell'implicazione dell'operatore. Carla, un'altra partecipante, sottolinea che fra ruolo e posto c'è di mezzo un cambiamento: quando uno fa qualcosa mettendoci del suo e prendendo delle responsabilità, allora è facile che sorgano dei problemi. Per esempio, le è capitato recentemente di entrare in contrasto con il suo capo servizio perché, nella cura di un bambino a lei affidato, Carla non era d'accordo con l'indicazione prognostica e terapeutica della dottoressa e dunque si rifiutava di eseguirla. Si gioca il momento in cui Carla va a parlare con questa dottoressa che, dice lei, è stata piuttosto sbrigativa, brusca e impermeabile ad ogni discussione. Per fare questa parte Carla sceglie Luisa, che però nella vita e nel lavoro ha uno stile niente affatto brusco e duro, invece tende piuttosto ad evitare lo scontro diretto. Luisa, dunque, impersonerà un capo servizio per niente sicura di avere tutte le ragioni, anzi piuttosto aperta alla discussione, al confronto. Niente da fare: nel gioco, Carla rifiuterà qualsiasi interlocuzione (marciando spedita per la strada del suo fantasma), non terrà conto della disponibilità di Luisa e chiuderà il colloquio in fretta, sarà dura, formale e addirittura un po' minacciosa fino al punto di dire alla responsabile di metterle per iscritto l'ordine di trattare il bambino (come è successo nella realtà). Il gruppo commenterà che il punto dello scontro fra le due donne non era né il giudizio prognostico della responsabile, né il trattamento del paziente, anzi quest'ultimo sembrava solo un pretesto per poter dire all'altra: non me ne importa niente di quello che pensi tu, io faccio come mi pare. E me ne vado. Qualcuno osserva che il succo del gioco potrebbe essere una frase del tipo: cosa ne sa, lei? Questa frase non viene pronunciata, ma non c'è dubbio che se lo fosse avrebbe un'intonazione di rivalità e di prestanza. Ora la frase non viene detta perché, come Carla dirà dopo, non ha minimamente pensato durante il gioco che Luisa poteva darle un contributo, oppure invece toglierle qualcosa. Ma in un servizio, capita spesso di essere in disaccordo, dunque la frase "cosa ne sa lei?", dovrebbe avere piuttosto un accento di interesse per l'altro e non di prestanza. Così aprirebbe una possibilità e spezzerebbe l'impotenza e la paralisi. Questo permetterebbe a Carla di avere uno scambio con i colleghi, invece di ritrovarsi sempre nel posto dell'esclusa, dell'emarginata, come le succede. Posto in cui va a cacciarsi da sola.

Ma l'effetto del gioco è importante, perché Carla alla fine commenterà: non posso continuare a trancare i rapporti, non posso sempre andarmene via quando la situazione in cui sto non mi piace. Solo a partire da questa interpretazione che emerge dal gioco la questione del “come si fa” acquista per Carla un significato diverso:

- il quale è suscitato dalla **supervisione** del caso, e dunque acquista una valenza clinica perché apre su una soluzione che il soggetto è invitato a costruire attivamente, a partire dalla propria implicazione nel rapporto con l'Altro e non solo dal sapere del mansionario o della prescrizione gerarchica;
- sarà **formativo** nel saper fare della clinica, perché sul lavoro apre la strada di un confronto possibile, dove il paziente è al centro dell'intervento. Nel caso specifico Carla si accorge che nel gioco non si era nemmeno parlato del bambino, anzi racconterà di aver avuto dei problemi con la madre del piccolo paziente la quale, in seguito all'interruzione del trattamento, si era sentita scaricata in un modo del tutto incomprensibile.