

Psicoterapia nell'istituzione : alcune riflessioni

Francesco Porseo, Roma

L'assetto profondamente mutato nell'organizzazione dell'intervento psichiatrico che ha identificato nei servizi territoriali il luogo destinato alla cura, ha modificato anche l'immagine e la funzione della psicoterapia, prima assente nell'unica istituzione pubblica, l'ospedale psichiatrico, presente e diffusa in ambito essenzialmente privato e indirizzata quasi esclusivamente ai cosiddetti disturbi nevrotici. L'ingresso della psicoterapia nei servizi pubblici (anche parallelamente all'emergere del ruolo professionale dello psicologo) ha comportato la necessità di una revisione critica dei modelli delle diverse teorie di riferimento nel confronto con patologie gravi, con l'utenza infantile, familiare e di gruppo.

Inoltre ogni atto psicoterapeutico in un servizio pubblico, dove l'intervento è gratuito e l'utenza non è selezionarle, deve misurarsi con il lavoro di gruppo degli operatori e sapersi integrare con le altre eventuali risposte che il servizio fornisce al paziente sui piani sociale, assistenziale e clinico.

Possiamo immaginare che l'Istituzione Pubblica attraversi vari livelli, da quello più operativo del lavoro in gruppo su progetti terapeutici, a quello apparentemente rarefatto e meno esplicito del clima politico e sociale del tempo, accogliendo nel suo grande ventre ora rassicurante e materno ansie e gratificazioni dello psicoterapeuta, ora in quello angoscioso e persecutorio del Leviatano, le sue delusioni e il suo burn-out.

Prendiamo brevemente in considerazione, tra i vari possibili, tre livelli di interazione dello psicoterapeuta con l'Istituzione. Ad un primo livello potremmo collocare i contenuti 'forti' e definitivamente acquisiti della riforma psichiatrica tra cui la grande attenzione agli aspetti preventivi; la riorganizzazione dell'intervento su base territoriale; l'enfasi sul rapporto interpersonale, con la conseguente assunzione di responsabilità individuale nella cura, là dove la funzione di custodia dell'ospedale psichiatrico sollevava il 'curante' da un qualsiasi impegno terapeutico. Un secondo livello costituito da un apparato burocratico-amministrativo con le sue normative contrattuali e l'ossequiosità ai regolamenti che fornisce una cornice rigida e ben visibile. Infine, al terzo livello troviamo il gruppo di lavoro in cui emergono, accanto a elementi meccanici, gerarchizzati, formali ancorché collaborativi, difensivi di un lavorare in gruppo ma non 'insieme', altri «elementi specifici che lentamente si aggregano costituendo un'identità che può essere paragonata ad una 'personalità' dell'istituzione. Gli elementi che costituiscono tale struttura caratterizzante sono: l'affettività, la storia, il linguaggio, la memoria» (1). Da una tale condizione non può non proiettarsi un'ombra lunga sul lavoro dello psicoterapeuta con il paziente, costituita da ciò che potremmo definire il Terzo Istituzionale, con consapevoli e inconsapevoli effetti manipolativi. Volendosi riferire a quanto Trevi propone in una sua recente analisi sul tema della manipolazione (2), se ad un polo poniamo la comunicazione come modalità di scambio autentico e paritario, all'altro la strumentalizzazione intesa come uso dell'altro per indirizzarlo e piegarlo a propri fini e necessità, la manipolazione, in particolare per ciò che riguarda il nostro discorso, «è un forma particolare di strumentalizzazione, forse la forma più sottile, perché sempre mascherata, nascosta, accuratamente occultata nelle forme del collettivo, dell'impersonale, del 'si fa così', brevemente, del mondo del Si» (3).

A questo potere pervasivo e automatico dell'Istituzione intesa come collettivo, l'operatore psicoterapeuta può opporre la protezione fornita dal modello teorico di appartenenza e allontanare il pericolo di manipolazione del servizio pubblico permettendogli di sentirsi, nella relazio-

(1) A. Correale, *Il campo istituzionale*, Roma, Borla, 1991, p.40. 9

(2) M. Trevi, «La manipolazione psicoterapeutica», in V. Chioetto (a cura di) *Manipolazione*, Milano, Anabasi 1993. |

(3) *Ibidem*, p. 194.

ne con il paziente, più autonomo (solo?) e libero, con un'identità meno sfumata e generica di quella permessa dall'istituzione. D'altro canto l'eccesso di protezione fornito dalla propria teoria, rischia difensivamente di creare una barriera dogmatica priva di apertura critica sia alla complessità dell'altro, piegandolo ai propri schemi di riferimento, sia alla conoscenza di altri saperi clinici e psicoterapeutici. Nell'attività privata, un minimo scarto dalle 'regole' può forse essere sentito anche come un personale intervento creativo. Mentre tale duttilità, nel lavoro istituzionale, rischia di non assumere valore o di essere considerata solo una trasgressione e quindi un errore dal quale ci si difende con un potenziamento dell'ortodossia metodologica come valida risposta al timore di acquiescenza alle richieste di quel Terzo con il quale non si è totalmente identificati, ma del quale si è contemporaneamente rappresentanti. Se quindi l'eccesso dogmatico mette al riparo dal conflitto personale e professionale fra essere un tecnico al servizio dell'istituzione ed essere un tecnico al servizio di un modello teorico, certamente impedisce di assumere questo conflitto come un potenziale vitale e di arricchimento sia per l'istituzione che per se stessi nel rapporto con la propria teoria. Tollerare questo conflitto significa accettare di veder sfumare i confini ben definiti *che separano le varie dottrine, specialmente quelle a orientamento psicoanalitico*. È certamente l'assunzione di responsabilità terapeutica del servizio pubblico che ha costretto il confronto fra scuole di pensiero altrimenti avviate ad una produzione partenogenetica di sottoteorie giustapposte, destinate a sfuggire al vaglio di una sintesi critica. In questo senso possiamo certamente condividere che «una certa 'psicoterapeutizzazione' della psicoanalisi è aspetto vitale della duttilità con cui quest'ultima si è adattata all'evoluzione delle idee e alle necessità del lavoro clinico» (4). D'altra parte va riconosciuto che nuove importanti acquisizioni teorico-cliniche della psicoanalisi sul trattamento delle psicosi, con l'allargamento del concetto stesso di analizzabilità, devono proprio all'istituzione pubblica la possibilità di aver creato un osservatorio privilegiato di indagine e riflessione. Dalla loro nascita ad oggi, i servizi territoriali stanno re-

(4) G. Jervis, *Fondamenti di psicologia dinamica*, Milano, Feltrinelli, 1993, p. 106

centemente subendo un passaggio da una fase che potremmo definire artigianale (con i suoi limiti ma in un clima anche di entusiasmo e creatività) ad una propria del terziario avanzato con le sue caratteristiche di sofisticato intreccio tra informatica, consulenze e ricerche di mercato. Tanto che è sempre più comune trovare nel linguaggio delle istituzioni psichiatriche termini nati nelle scienze economiche e nella pianificazione della salute pubblica. Una terminologia ormai abituale nella pratica sanitaria, e quindi anche nei servizi di salute mentale, è quella legata al concetto della Valutazione e Revisione della Qualità (VRQ) degli interventi, intesa come verifica delle proprie risorse per indirizzarle con il massimo dell'efficienza verso soluzioni della massima efficacia. Pur essendo comprensibile, ed anche auspicabile, che un'amministrazione pubblica voglia misurare il rapporto costi-benefici attraverso una verifica sull'operare dei servizi, la valutazione dell'intervento psicoterapeutico, in quanto relazione con l'altro, è difficilmente misurabile. Può alimentare inoltre fantasie di controllo da parte del Terzo Istituzionale, orientato secondo una visione della valutazione più attenta all'ottimizzazione dei risultati che alla comprensione dei processi. La 'sovrateoria' del Terzo con le sue categorie di Spazio, Tempo, Qualità e Quantità (entro cui si colloca anche la psicoterapia) forma parametri quali quelli di Efficacia, Efficienza, Adeguatezza, Accessibilità e Saturazione. E rischia di manipolare la relazione tra terapeuta e paziente rendendo vulnerabile il terapeuta, imprimendo alla relazione maggior attenzione alla cura e ai suoi esiti, a scapito della comprensione del sé del paziente (per esempio avendo a che fare con la categoria del Tempo e con il parametro dell'Efficienza). La peculiarità di evento interpersonale unico della relazione viene banalizzata; il terapeuta è abituato a considerare gran parte di quanto accade all'interno del rapporto con il paziente come difficilmente comunicabile e descrivibile, ma non per questo inessenziale. Quindi si trova contemporaneamente obbligato, come operatore del servizio, a rappresentarsi attraverso un linguaggio che usa termini come oggettività, valutazione della qualità dell'intervento ed altri così lontani dalla soggettività e dall'affet-

tività. Questa condizione di corresponsabilità collettiva tra gli operatori dei servizi, se naturalmente stempera gli eccessi di maniacalità (utili alla sopravvivenza professionale nel lavoro istituzionale) e fortunatamente riduce le eventuali esuberanze narcisistiche dello psicoterapeuta, mortifica però depressivamente anche quella qualità sana e creativa del narcisismo. Inoltre la consapevolezza di non essere insostituibili, la qualità del lavoro attribuita genericamente alla 'bontà' del servizio, i successi condivisi a fronte dei fallimenti avvertiti invece così personali, comportano un costante interrogarsi sul proprio e sull'altri operare sempre dalla doppia prospettiva personale e di gruppo.

Alberto, 36 anni, arriva nel nostro servizio tre anni fa. Magro, alto, dinoccolato, appare più basso per la sua postura curva e sciatto nel vestire. Il tono è dimesso, quasi deferente e la richiesta, che si andrà chiarendo nei successivi incontri, non è per problemi sintomatici, ma per l'esigenza di capire cosa sta accadendo alla sua vita e dentro di sé. Mi domanda se il luogo cui si è rivolto è quello giusto (penso che la sala d'aspetto di un centro di salute mentale non è selettiva!), se avrò tempo per lui e se sarò in grado di aiutarlo. A dispetto del tono, la capacità di guardarsi dentro appare sviluppata e come ben allenata. È un medico specializzando in chirurgia, vive a Roma da quattro anni con la moglie e un figlio di sei anni, mentre le rispettive famiglie risiedono in una regione del Sud. Il totale impegno per la specializzazione, la moglie laureata che non lavora, e lo sforzo economico che le famiglie d'origine sostengono per il mantenimento di questo nucleo 'fuori sede', non gli permettono di disporre di denaro da utilizzare per un lavoro analitico (perché questo esplicitamente il paziente chiede). Negli ultimi mesi ha perso un figlio nato prematuro e ora sta separandosi dalla moglie verso cui esprime sentimenti di grande stima e ammirazione. Non ha amici e il suo carattere molto chiuso lo ha portato a stabilire una relazione più con i propri pensieri ed emozioni che con l'esterno, tanto che i colleghi e gli altri pochi conoscenti lo vivono come un tipo 'un po' particolare' (tale diversità viene comunque

sempre evidenziata negli incontri con un certo distaccato compiacimento). In una delle prime sedute, in genere totalmente riempite dalla narrazione e dalle sue riflessioni, mi chiede se posso registrarlo nel nostro archivio con uno pseudonimo, dato che è un medico e abita nella zona: cosa che accetto e su cui torneremo nel corso del nostro rapporto. Il tema intorno a cui ruota il suo malessere è la relazione amorosa clandestina con la sorella della moglie, separata e che vive nella loro città d'origine. Ma il sentimento che Alberto nutre per la cognata sembra molto diverso da quello che normalmente connota il solito triangolo: non sa spiegarsi perché improvvisamente la solarità, l'intelligenza, la bellezza, la devozione della moglie siano state scardinate da questa attrazione non ragionevole verso valori opposti («mia cognata è brutta, mediocre, neanche tanto intelligente, ricambia infinitamente di meno il mio amore e certamente quando io sono lontano mi tradisce»).

Nel corso del lavoro (dopo una prima fase ci vediamo due volte la settimana, cercando di mantenere orari e giorni fissi) la figura di questo femminile scuro e potentemente pervasivo (l'opposto della moglie, occhi azzurri, chiara di capelli e di pelle, tranquilla e riflessiva; anche Alberto ha le sue stesse caratteristiche somatiche) si pone come crocevia reale e immaginario di molte proiezioni antiche e recenti. La ricca infanzia di Alberto si trasforma, per una grave nevrosi del padre che lo costringe a chiudere una fiorente attività commerciale, in un'adolescenza, per un certo periodo, quasi da sopravvivenza. Rimprovera alla madre, così simile a lui e così diversa dal sanguigno temperamento del padre, di non essere stata in grado di puntellare e proteggere almeno affettivamente ne lui ne i due fratelli, più che dai rovesci economici, dai pesantissimi sintomi fobici con cui il padre paralizzava la famiglia. Questi, figura forte, ferina ma imprevedibile per le sue crisi, torna spesso nei racconti di Alberto che nutre per lui sentimenti di odio e ammirazione (in un sogno sodomizza il paziente) mentre per la madre al disprezzo alterna un compassionevole distacco per i suoi limiti. Il padre scuro di carnagione e irruento, dopo essere stato marinaio, si è trasformato da venditore ambulante in im-

prenditore; la madre che come Alberto ha i tratti somatici chiari e gli occhi azzurri, è scialba e con la sua laurea non ha saputo fare se non l'insegnante elementare. Se un altro elemento della sua storia è la paura delle proprie fantasie omosessuali, è tuttavia l'inquietante rapporto con la cognata che continua ad essere il tema centrale: la definisce infatti la sua malattia e di malattia sembra trattarsi perché, ad eccezione delle azioni automatiche che lo obbligano a mettersi in relazione con il suo mondo professionale, questo pensiero occupa completamente la sua personalità.

Alla fine della scorsa estate torna estremamente preoccupato. Ha deciso di fare una serie di esami clinici per cercare di scoprire se è una qualche disfunzione endocrina che lo ha portato a una completa impotenza sessuale. La cognata rimane sempre il nucleo centrale della sua riflessione, concentrando sempre più nella sua figura rappresentazioni di profondi nuclei complessuali irrisolti.

Da tempo ormai il paziente commenta l'inizio delle sedute con frasi del tipo «mi dispiace farle perdere tempo... chissà quante situazioni più gravi hanno bisogno del suo aiuto...» e in una di queste piangendo, credo per la prima volta, aggiunge che è stanco di mostrare la sua 'normale' nevrosi e che è il momento di far vedere la sua follia. La sua follia è questo sentimento inevitabile per la cognata, donna brutta e stupida, traditrice e superficiale che, questo gli è almeno chiaro, «mi ha messo in trappola perché ricorda e rappresenta tutti i miei primi modelli d'amore: mio padre e mia madre, i miei fratelli e il mio cane...». In uno degli ultimi sogni Alberto è a letto con la madre mentre vedono un film porno e lei non si accorge che lui si sta masturbando. La madre si alza per recarsi in una stanza accanto e dal suo letto Alberto si accorge che lei, girandosi verso l'ingresso è colpita da qualcuno o qualcosa di terribile per cui si accascia, spenta. Egli sa dentro di sé ciò che la madre ha visto, lo sa ma non può rappresentarlo nella sua mente e si sveglia. Nel commento questa figura non può che essere per Alberto o il padre che scopre l'incesto o la cognata «che pesca nel mio inconscio in maniera preoccupante come una malattia che può essere mortale». È in quel momento che mi

sono scoperto per la prima volta preoccupato per le sue condizioni e mi sono chiesto come mai avessi impiegato un tempo così lungo per accorgermi di quanto stesse effettivamente male. E questo proprio in un momento in cui sentivo che il nostro lavoro stava evolvendo e che si era costituita una buona alleanza terapeutica. Forse la casualità, nell'arco di un paio di settimane, di una seduta interrotta per una emergenza e di un'altra annullata da me per lo stesso motivo, con i suoi commenti preoccupati per quello che sentiva un debole diritto ad usare spazi e tempi che avrei dovuto impiegare per i casi davvero gravi, mi portava a riflettere su quanto Alberto avesse bisogno di garantirsi uno spazio legittimo e su come questa legittimazione non poteva che passare attraverso la serietà delle sue condizioni psichiche. Forse anche per me, non meno che per lui, diventava necessario rassicurarmi che il valore di quel tempo che gli dedicavo non era esclusivamente soggettivo e mio personale, ma condivisibile anche dall'istituzione in cui lavoravo, attraverso l'acutizzarsi della sua malattia. Per tali ragioni, probabilmente, del mio lavoro con questo paziente, che pure mi impegnava e mi interessava, avevo parlato esclusivamente nella supervisione privata, quasi si trattasse di un 'aristocratico' caso del servizio pubblico, poco adatto alla discussione clinica in équipe.

Con ciò non si vuole suggerire che il paziente abbia artificiosamente introdotto la sua 'follia' per guadagnarsi una posizione non precaria nel rapporto, ma ipotizzare che di fronte ad una sua richiesta esplicita di essere rassicurato, io sia stato indotto a rispondere attraverso il mio ruolo istituzionale; rinunciando, forse per difesa, ad una lettura interpretativa di dinamiche transferali che avrebbe potuto offrire al paziente una possibilità di comprensione più profonda dei suoi nuclei di sofferenza.

Questo breve resoconto clinico mi pare possa far risaltare in modo quasi paradigmatico i rischi dell'uso manipolativo che nascono dall'incertezza e dall'ambivalenza difensive legate al proprio ruolo. Quando l'alleanza con il paziente mi aveva fatto sperimentare la gratificazione di un transfert positivo, mi ero arroccato nell'illusorietà di un

rapporto libero dall'interferenza istituzionale (ne è un esempio la supervisione privata); nel momento in cui la sua richiesta diventava più pressante configurandosi per me come un implicito rimprovero, mi ricollocavo nella posizione più asettica e impersonale di rappresentante di un'istituzione, riguadagnando una distanza dall'eccessivo coinvolgimento emotivo di natura controtransferale.

Appare evidente che al di là di una manipolatività fisiologica insita nel lavoro istituzionale, più semplice da arginare perché enfaticamente riconosciuta, ne esiste una più insidiosa che nasce da quella doppia possibilità di posizione fornita dalla duplicità del ruolo e che può offrire un comodo riparo dagli effetti ansiogeni che sempre la conflittualità e contraddittorietà del proprio ruolo (qualunque esso sia) producono.

Questo rischio manipolativo mi pare sia specifico proprio del lavoro analitico nell'istituzione: non si tratta propriamente di un'utilizzazione strumentale dell'altro per le proprie finalità conscie o inconscie, ma di una sorta di tradimento del contratto analitico (che nel caso di cui ho trattato era stato esplicitamente richiesto dal paziente) nel momento in cui il 'rifugio' nel ruolo istituzionale comporta la sospensione di quell'attività interpretativa, volta a disvelare e chiarire significati e valore di comportamenti e comunicazioni manifeste, alla quale il paziente ha accettato di sottoporsi e che si aspetta dal terapeuta.

La consapevolezza dei meccanismi presenti nel proprio lavoro e la capacità di sostenere la fatica che cresce con il crescere di tale consapevolezza sembra rimanere l'unico addestramento capace di contrastare gli esiti di strumentalizzazione dell'altro provocati dalla manipolatività inconscia.