

questo nuovo contesto. È infatti, come si è visto, tutt'altro che ovvio ottenere dalla committenza la dipendenza del paziente, e il tema principale del dibattito sin dall'inizio è centrato su come fare per ottenere la collaborazione dei membri di una struttura.

L'assimilazione alla terapia, che nella psicoterapia — specie duale — sembra attuabile, nell'intervento psicosociale pare improponibile; il tema che vogliamo accingerci a sviluppare ora vuole approfondire come si configura la dimensione collusiva con la quale ci si trova confrontati quando si è in rapporto a un gruppo, la sua relazione con l'azione delle fantasie e la possibilità che lo psicologo clinico ha di proporre, in tale situazione, l'elaborazione di un pensiero.

Ripensando alla pratica clinica in psicologia

3.1. La psicologia clinica e l'analisi della domanda

Per una consapevole e corretta utilizzazione delle tecniche di gruppo in ambito clinico è importante approfondire e precisare una serie di questioni.

Un primo problema concerne l'obiettivo che si intende perseguire con l'intervento clinico, e l'adeguatezza dello strumento gruppo al raggiungimento dell'obiettivo stesso. Si apre così un'interessante area tematica che fonda la struttura concettuale stessa del lavoro clinico in psicologia. Vediamo di riassumere i punti fondamentali.

Se si traspone il modello clinico medico, tradizionalmente inteso, alla prassi psicologica, si può ipotizzare che la persona si rivolga allo psicologo clinico perché è malata, perché soffre, perché manifesta una qualche alterazione comportamentale che giustifichi il ricorso all'intervento psicologico clinico. Per definizione, quindi, in questo modo di intendere la prassi, il rapporto tra utente e psicologo clinico è riconducibile a quello tra paziente e medico.

È importante sottolineare come il ruolo di paziente, quale viene definito, per esempio, entro l'analisi sociologica della relazione sanitaria, non sia, di fatto, usualmente messo in discussione nella sua realtà e nella sua legittimità. Ciò con poche eccezioni, quali la visita fiscale prescritta in concomitanza di una assenza dal lavoro per malattia, o la visita di leva. In questi ultimi casi il medico può utilizzare un approccio decisionale del tipo «la persona è sana, a meno che non si dimostri che è malata». Nel rapporto usuale del medico con il paziente, di contro, la dinamica decisionale risponde al modello «la persona che si reca dal medico è malata, a meno che non si dimostri che è sana».

Si presume, inoltre, che le persone normali siano in grado di individuare e descrivere quelle dimensioni soggettive che costituiscono i "sintomi" in base ai quali si inizia il processo diagnostico. Ogni medico sa anche che la diagnosi non può essere superficialmente sintomatologica, ma deve risalire al processo eziopatogenetico che, solo, è in grado di orientare una iniziativa terapeutica efficace, in quanto agisce sulle cause della malattia. La sintomatologia, peraltro, è l'elemento motivazionale fondante la relazione tra medico e paziente. La denuncia dei sintomi, quindi, costituisce il momento iniziale, che fonda il ricorso al medico da

parte del paziente e che legittima ogni iniziativa del medico stesso, ai fini di impostare il processo diagnostico e terapeutico.

Questi rilievi possono sembrare ovvi, al punto da apparire come inutili, ai fini di una comprensione del problema che ci proponiamo di affrontare in queste pagine. Ma l'ovvietà del tema in analisi può essere considerata quale conseguenza dell'*atteggiamento acritico* con cui viene usualmente accettato il modello relazionale tra medico e paziente.

La sintomatologia, quindi, è il pre-testo che dà l'avvio a tale rapporto. La sintomatologia, inoltre, è giustificata dal nesso di casualità tra patologia e sensazioni o vissuti soggettivi nella persona. Un processo infettivo può, per esempio, provocare rialzo febbrile e stimolazione dei recettori cutanei dolorifici, tali da evocare malessere e dolore.

Ciò che interessa sottolineare è il fatto che la sintomatologia, così concepita, giustifica la domanda di intervento che il paziente rivolge al medico ed esaurisce in sé la domanda stessa.

Il paziente, in altri termini, va dal medico perché sta male, e il suo malessere è, giustificatamente, considerato quale "segnale d'allarme" di una possibile alterazione nella funzionalità dell'organismo; alterazione che va accertata, diagnosticata e curata. Il paziente non può sottrarsi a questo intervento, una volta che il malessere, la percezione soggettiva di sofferenza o di disfunzionalità, abbia avuto inizio.

C'è chi intende addirittura anticipare questo segnale d'allarme, nell'ipotesi che per particolari forme di malattia esso non sia in grado di funzionare, o funzioni con un ritardo non accettabile; si ricorre allora alla visita periodica dal medico; nell'evidente applicazione della logica decisionale che è riassunta, come già si è detto, dall'affermazione «io sono malato a meno che, di tempo in tempo, non si dimostri che io sono sano». La visita di controllo serve appunto a tale periodica dimostrazione, fondata sulla presunzione di una possibile insorgenza patogena nell'organismo.

Il sintomo rappresenta, in conclusione, il motivo che fonda il rapporto tra medico e paziente, e che ne definisce i ruoli reciproci. Sarà dal sintomo, ma per approfondire un processo eziopatogenetico che con il sintomo ha una relazione soltanto marginale, che prenderà l'avvio l'esame medico; inizierà così il processo diagnostico, in funzione del quale si organizzerà l'iniziativa terapeutica.

Nell'ambito dell'intervento clinico in psicologia, di contro, questo modello di rapporto non ha alcun significato.

Un primo rilievo, al proposito, concerne la valenza da attribuire al sintomo. Esso non è il segnale di una possibile alterazione patologica, bensì è il motivo giustificatorio del fatto che il paziente si sia rivolto allo psicologo clinico. Il paziente, in altri termini, quando richiede un intervento clinico a uno psicologo mette in atto un comportamento che può essere analizzato a un duplice livello.

Se si considera la componente organizzativa della richiesta, e quindi l'ambito culturale entro il quale essa si iscrive, non v'è alcun dubbio che si tratti di un comportamento congruente con il "modello medico", così come è conosciuto e riprodotto nel nostro ambito socio-culturale.

È questo il motivo per cui la domanda di intervento clinico è usualmente motivata da una condizione di sofferenza, che viene considerata quale segnale di un possibile processo patologico in atto. Altre volte ciò che motiva la richiesta è, direttamente, il rilievo dell'alterazione (comportamentale); rilievo che peraltro è fonte di sofferenza in altri, le persone che "portano" il malato dallo psicologo clinico.

È interessante sottolineare come questo modello medico, riprodotto in funzione di una specifica influenza culturale, non sia affatto necessario per la realizzazione dell'intervento psicologico clinico. In alcuni casi, infatti, e in contesti strutturali differenti, la domanda può essere formulata come richiesta di formazione, e in tal caso viene riprodotto un modello che possiamo chiamare educativo; altre volte la domanda si articola sotto forma di richiesta di consiglio, come bisogno di discutere con un altro dei propri problemi, o come richiesta d'un parere ecc.

Reificare il livello organizzativo della domanda, soprattutto quando essa riproduce il modello medico di relazione, può significare la totale vanificazione dell'intervento, fondata su una messa in scena in cui entrambi i protagonisti, paziente e psicologo clinico, agiscono *come se* si trattasse di una consultazione di tipo medico. In tal caso, evidentemente, viene agita collusivamente la fantasia che il paziente ha proposto con la sua domanda, e quella che tale domanda ha evocato nello psicologo clinico.

Ben differente è la situazione, se si considera che la domanda di intervento clinico rappresenta lo spazio relazionale necessario perché il paziente possa manifestare una *attribuzione fantasmatica di ruolo* nei confronti dello psicologo clinico.

In tal caso emerge, quale importante processo di conoscenza, *l'analisi della domanda agita nel rapporto*. Da tale analisi, e soltanto da tale analisi, potranno essere tratte quelle informazioni necessarie e sufficienti per orientare le successive fasi dell'intervento clinico.

L'analisi della domanda è possibile se si dispone di valide categorie in base alle quali dare un senso alle comunicazioni trasmesse dal paziente con la sua stessa richiesta di intervento. Tale struttura categoriale, d'altro canto, è fondata su due postulati fondamentali.

1. La considerazione di un livello processuale del rapporto differente da quello che abbiamo definito "organizzativo"; a un tale livello, che chiamiamo "istituzionale", si manifestano elementi denominati "fantasie", che sono l'espressione del modo di essere inconscio della mente (Matte Blanco, 1975), e che vengono soggettivamente apprezzati dalle persone come emozioni.

In tal senso l'analisi della domanda consiste nella traduzione di queste fantasie in pensiero, attraverso l'evidenziazione delle classi emozionali entro le quali si percepisce, e in funzione delle quali si struttura il rapporto con lo psicologo clinico, al quale ci si è rivolti secondo il modello organizzativo di tipo medico.

Qualche breve e semplice esempio, per accennare soltanto al tema in questione.

Si rivolge allo psicologo clinico un paziente disperato, e nel contempo contento di aver finalmente avuto accesso al terapeuta; il paziente dice pressappoco: «Lei è la mia salvezza; io sto malissimo, non ne posso più [...] lei è per me l'ultima spiaggia [...] mi hanno detto che lei può fare miracoli!».

Se si considera questo evento entro un'ottica organizzativa, si rilevano le aspettative di una persona fortemente angosciata per i suoi problemi; tali aspettative sono coerentemente rivolte a un professionista la cui attività è volta ad aiutare gli altri nell'affrontare i propri problemi, e che gode, come si suol dire, di "chiara fama".

Se peraltro si considera l'evento in un'ottica diversa, si può rilevare da un lato la difficoltà a collegare la situazione reale in cui si trova il paziente con le emozioni manifestate in relazione alla situazione. Ciò, è bene sottolinearlo, avviene comunque. Quando si dice che un'emozione è più o meno realistica in base alla sua adeguatezza alla situazione che la evoca, si compiono una inferenza e una valutazione legittime solo in parte; va infatti ricordato come le emozioni siano, per loro natura, infinite, ed è soltanto l'attività di "addomesticamento" delle emozioni stesse da parte del pensiero (Matte Blanco) che ne può graduare l'intensità. Le emozioni, inoltre, sono associate alla, o meglio ancora *sono* la dimensione simbolica delle situazioni o degli oggetti "di realtà". Operare quindi una valutazione "sociale" circa l'adeguatezza o meno di una manifestazione emozionale in una particolare situazione è di per sé scorretto: una reazione emozionale che può apparire esagerata a occhi esterni alla situazione (e in base alla dimensione simbolica che tale situazione esterna comporta), può non esserlo per nulla per la persona che la esprime, in funzione del significato simbolico che *per lei* la situazione riveste.

In generale, si può dire che se non è corretto valutare l'adeguatezza delle reazioni emozionali altrui, è di contro comprensibile la valutazione di modalità espressive emozionali che escono dalla "norma" entro uno specifico contesto culturale; tenuto conto che un contesto culturale viene definito anche in base alle modalità generali con le quali le emozioni vengono addomesticate nella loro manifestazione sociale.

La disperazione del paziente che abbiamo riportato nell'esempio non va quindi rapportata alla specifica situazione che l'ha motivata, bensì alla dinamica di rapporto entro la quale si manifesta: il rapporto con lo psicologo clinico. Se si considera questo contesto, appare immediatamente evidente la relazione tra disperazione del paziente e qualità terapeutiche, taumaturgiche sembrerebbe, che egli attribuisce allo psicologo clinico.

La teoria che giustifica questa relazione è, ancora su un piano organizzativo, quella per cui chi si rivolge al medico *deve* star male, deve essere portatore di una qualche sofferenza, sintomatologicamente espressiva di uno stato patologico. L'esagerazione, peraltro, indica un rapporto che può essere ricondotto alle dimensioni simboliche onfalocentrica e fallocentrica che Fornari (1976) individua nella relazione terapeutica.

In questo caso il paziente sembra sollecitare l'interesse del terapeuta con un duplice messaggio emozionale: da un lato la colpevolizzazione

del terapeuta: la gravità della propria situazione è lo strumento tramite il quale il paziente pensa di costringere il terapeuta ad occuparsi di lui; dall'altro la sollecitazione dell'amor proprio del terapeuta, tramite un'attribuzione di qualità onnipotenti.

Questa dinamica, che attraversa la domanda terapeutica e la caratterizza, si può analizzare soltanto se si considera la componente simbolica della domanda stessa, situabile entro il livello istituzionale della relazione.

In tale ambito è possibile considerare la relazione esemplificata quale manifestazione di invidia, da parte del paziente, nei confronti della classe delle persone che lo possono aiutare, o meglio che gli possono dare qualcosa o delle quali lui ha bisogno.

L'invidia è fondata sull'ipotesi affettiva che colui del quale si ha bisogno possieda in quantità infinite tutte le cose che si vorrebbe avere, ma anche che non le voglia concedere. La relazione terapeutica può rappresentare una struttura relazionale adeguata alla simbolizzazione di un processo di riparazione della distruttività invidiosa, tramite la richiesta seduttiva di un intervento taumaturgico onnipotente.

2. La sospensione dell'azione trasformativa che caratterizza la funzione organizzativa rappresentata con la domanda stessa.

Seguiamo l'ipotesi secondo la quale con la domanda terapeutica si mette in scena, sotto un profilo organizzativo, la relazione medica; ciò che va sospeso è proprio questa relazione, con l'agire trasformativo che a essa viene usualmente collegato.

Parimenti non va agita la domanda di formazione, di *counseling* ecc. È evidente che la sospensione dell'azione terapeutica è funzionale all'espletamento dell'analisi della domanda stessa. Ancora una volta può servire un esempio per comprendere questo punto molto importante.

È abitudine consolidata, nella prassi terapeutica di impostazione psicoanalitica, che lo psicoanalista ancorché medico, non prescriva farmaci ai pazienti che si rivolgono a lui con una domanda psicoterapeutica. Ciò non esclude che lo stesso psicoanalista possa prescrivere una terapia farmacologica se non esercita la sua funzione psicoanalitica. Spesso questa consuetudine è accettata con motivazioni differenti, a volte stravaganti; altre volte è accettata acriticamente, e in qualche caso trasgredita perché non si vedono chiaramente le ragioni della norma professionale in questione. Ora, la consuetudine è chiaramente comprensibile se si considera quanto è stato detto; se lo psicologo clinico rispondesse con una prescrizione farmacologica alla domanda del paziente, egli non farebbe che *agire la dimensione organizzativa del rapporto terapeutico*, rendendo in tal modo impossibile l'analisi della simbolizzazione istituzionale del rapporto stesso.

La sospensione dell'azione trasformativa, è bene ricordarlo, non rappresenta e non può rappresentare un compito da prescriversi come una norma; lo psicoterapeuta non dovrebbe nemmeno avvertire la necessità di intervenire con una prescrizione farmacologica, se egli è interessato e attento al compito analitico della domanda.

Va peraltro sottolineato che l'azione trasformativa della domanda te-

rapeutica può essere agita in molti altri modi, altrettanto inadeguati all'analisi di quanto lo sia la prescrizione farmacologica. Basterebbe pensare alla mimesi della visita medica con cui vengono condotti molti colloqui diagnostici che precedono l'inizio della fase terapeutica; la preoccupazione che spesso lo psicologo manifesta circa la guarigione del paziente; l'attenzione che può essere continuamente portata all'andamento delle manifestazioni sintomatologiche ecc. Ancora una volta ci imbattiamo in modelli comportamentali che la consuetudine psicoterapeutica ha spesso scoraggiato o condannato con dichiarazioni di principio che, sovente, appaiono corrette e altamente congruenti con gli obiettivi reali della psicoterapia; anche se è carente la giustificazione teorica entro la quale dare un senso all'intuizione che fonda la norma. Un esempio a nostro modo di vedere significativo di quanto stiamo affermando è dato dal "desiderio di curare" che il terapeuta può riconoscere in sé e che è comunemente considerato quale remora fondamentale al suo lavoro terapeutico. Detta in questo modo, evidentemente, l'affermazione appare priva di senso: il terapeuta esercita un'attività terapeutica, ma non deve desiderare l'esercizio terapeutico stesso, non deve essere preso dal desiderio di curare mentre sta curando. Spesso i rilievi sul *furor curandi* o sul tema del desiderio di curare si arrestano a una affermazione prescrittiva, vagamente o esplicitamente minacciante, che viene peraltro avvalorata senza alcuna fondata argomentazione teorica; e qui per teoria non si intende soltanto la teoria generale ma anche, ed è importante sottolinearlo, la teoria della prassi.

Quando poi si cercano le esemplificazioni sulla negatività del desiderio di curare, ci si imbatte in situazioni così palesemente problematiche, riferite peraltro a temi che poco sembrano avere a che fare col desiderio di curare, da lasciareconcertati.

Se si considera questa tematica, quindi, ciò che si evidenzia in molti scritti e nella consuetudine formativa è una vaga affermazione che intuitivamente appare fondata, ma che appare difficilmente giustificabile ed esemplificabile.

Il problema può apparire, noi pensiamo, più chiaro alla luce di quanto abbiamo detto sull'organizzazione terapeutica che costituisce il pretesto della psicoterapia, e sulla necessità di sospendere l'azione trasformativa quale condizione fondante l'analisi della domanda.

Curare, in questa proposta teorica, costituisce l'obiettivo della prassi "medica", che viene rappresentata al livello organizzativo. Ma il "curare", sotto un profilo psicodinamico e sociodinamico, implica precisi modelli di relazione tra medico e paziente, attribuzioni e assunzioni di ruoli e funzioni particolari, anticipazioni dello stato terminale del processo avviato, aspettative ecc. Tutto questo è funzionale all'espletamento della funzione medica, là dove essa è giustificata dalla natura della fenomenologia trattata, dal modello concettuale che sostiene il processo eziopatogenetico della manifestazione patologica, dalla pratica terapeutica stessa e dalle condizioni relazionali che essa necessariamente implica. Ora, tali modelli possono essere anticipati e previsti dal "paziente" anche nel caso

di una domanda psicoterapeutica, ma non possono certamente essere agiti dallo psicoterapeuta o dallo psicologo clinico, che colluderebbero in tal caso con il paziente stesso. Quindi il desiderio di "curare" è inadeguato nel caso in cui rappresenta una mimesi, da parte dello psicologo, dell'organizzazione medica rappresentata dal rapporto con il paziente con la sua domanda.

D'altro canto, nel caso in cui si analizza la domanda, non si vede come possa rimanere nello psicologo clinico un desiderio di curare, poiché una cosa è certa: qualunque sia la dinamica emersa nell'analisi della domanda, *non si troverà alcunché da curare*. Il *furor curandi*, quindi, rappresenta l'azione di una fantasmatica istituzionale entro un'organizzazione proposta quale finzione (Carli, 1987b), al fine di rendere possibile un lavoro di analisi. Basterebbe considerare criticamente, guidati da solidi criteri di lettura, una psicoterapia fondata sul modello della terapia medica per rendersi conto della situazione grottesca e assurda che in tali casi si viene a creare; situazione in cui il paziente "fa finta" di essere ammalato e lo psicoterapeuta "fa finta" di esercitare una funzione medica, proponendo diagnosi, prescrizioni terapeutiche, anche se mimetizzate da descrizioni psicopatologiche o da interpretazioni e consigli. Il tutto in un contesto di relazione in cui l'unico grande assente rimane il pensiero, e la conoscenza che col pensiero è possibile elaborare.

Si può quindi concludere affermando che l'analisi della domanda consiste nella possibilità e nella capacità di pensare, e quindi di rappresentare tramite pensieri, quella dinamica fantasmatica che viene agita nella costruzione del rapporto terapeutico, seguendo precisi e conosciuti modelli organizzativi. Questa traduzione della processualità fantasmatica in pensiero, peraltro, è condizionata dalla sospensione dell'azione trasformativa.

Fantasia, pensiero e azione, quindi, sono i tre costrutti psicologici sui quali si basa il modello di analisi della domanda da noi proposto. Ma prima di dare ragione di questi costrutti, con un riferimento alle teorie generali entro le quali essi sono formulati, sembra opportuno specificare ancora qualche dimensione problematica di questa pratica clinica che abbiamo chiamato "analisi della domanda".

Un primo rilievo concerne il modello organizzativo mediante il quale si realizza o si propone la domanda di intervento clinico, e quindi anche quella domanda che viene usualmente denominata "terapeutica", e che anche noi chiamiamo in tal modo, pur con qualche riserva critica sul termine.

Con questo modello ci si riferisce a quell'area dell'intervento psicologico che si propone di esplorare (e per ora ci si consenta di utilizzare un termine così impreciso nella sua valenza metaforica) le manifestazioni del modo di essere inconscio e le sue interazioni con il modo di essere cosciente della mente. In questo, evidentemente, ci si riferisce alla grande scoperta freudiana, che qui ricordiamo con le parole di Matte Blanco: la scoperta di una modalità di funzionamento, di una logica, di un modo di essere della mente che Freud ha denominato "inconscio" e che costi-

tuisce, sempre nelle parole del fondatore della psicoanalisi, la *vera realtà psichica*.

Va sottolineato come la scoperta del sistema mentale inconscio ha consentito a Freud di proporre, anche, una teoria della pratica psicoterapeutica che, con il termine di psicoanalisi, viene spesso confusa con la teoria psicologica generale che si veniva consolidando con la scoperta del sistema inconscio stesso. Questa precisazione, spesso riportata nella letteratura specialistica ma poco capita e per ragioni che la stessa pratica psicoanalitica ci potrebbe aiutare a evidenziare, è di estremo interesse per le considerazioni che qui proponiamo. Evidenziando le manifestazioni del sistema inconscio, nella sua interazione con il modo di essere cosciente, noi possiamo dare un senso alle dinamiche comportamentali che, al di fuori e prima dell'avvento del contributo freudiano, venivano classificate entro la nosografia psicopatologica e che ancora oggi alcune correnti di pensiero riconducono a tematiche di tipo classificatorio. Non è questa la sede, e non è di nostra competenza evidenziare i motivi che hanno portato a una medicalizzazione di queste manifestazioni del pensiero e del comportamento; la ricca letteratura sull'argomento ha ben approfondito il tema, che peraltro resta a nostro avviso ancora aperto, per una sua comprensione più esaustiva e soddisfacente.

Ciò che interessa rilevare è un altro aspetto del problema. La scoperta del sistema inconscio, e l'elaborazione successiva della sua logica, se hanno consentito una singolare interpretazione delle manifestazioni *chiamate* psicopatologiche, hanno pure consentito di dare un senso ad altre manifestazioni del pensiero e del comportamento che, prima e dopo la scoperta freudiana, nessuno aveva avuto l'idea di ricondurre alla nosografia psicopatologica; anche perché mancavano le condizioni specifiche per un'operazione del genere.

Ricordiamo, in proposito, come attraverso il modello del sistema inconscio sia stato possibile dare un senso a specifiche fenomenologie che si evidenziano nelle organizzazioni sociali; quale, per esempio, la sostituzione degli obiettivi organizzativi con il perseguimento del potere nella relazione, del dominio sugli altri. E ciò non solo da parte dei singoli individui ma anche dei gruppi organizzati, di intere componenti della struttura, sino a una modificazione dei sistemi di valori e dei modelli culturali dall'organizzazione stessa. Il modello del sistema inconscio e l'analisi psicosociale fondata su questo modello hanno consentito non solo di dare un senso a particolari fenomenologie che concernono le persone o le organizzazioni, ma anche di evidenziarle, di accorgersi delle fenomenologie stesse.

L'interrogativo che viene allora spontaneo è il seguente: anche gli eventi ora ricordati possono essere ricondotti a una qualche area classificatoria di impronta psicopatologica? C'è chi ha provato a farlo, ma con risultati a dir poco penosi.

E allora? Proviamo a riformulare il problema in questi termini. Il modello del sistema inconscio ha consentito di dare un senso a manifestazioni del pensiero e del comportamento che con altri modelli erano

raggruppate entro l'area psicopatologica; ma anche a manifestazioni che in questa area non possono rientrare.

Poiché, per definizione, la classificazione delle manifestazioni psicopatologiche è fondata su un modello "medico", anche la psicopatologia, come le altre forme di "patologia", va curata, e quindi l'intervento in tale ambito è andato sotto il nome di psicoterapia. La cosa curiosa è che anche l'intervento psicoanalitico e gli altri interventi che sulla storia freudiana si fondano, sono stati fatti rientrare nell'ambito "terapeutico" con la denominazione di psicoterapie.

Va peraltro considerato che le manifestazioni psicopatologiche non esistono in quanto tali; esse sono semplicemente manifestazioni del pensiero e del comportamento che, quando siano considerate tramite specifici modelli e criteri, possono essere denominate psicopatologiche. Il modello fondato sul sistema inconscio ha riconsiderato tali manifestazioni, come anche altre, e ha conferito loro un senso; ma questo indipendentemente dal fatto che in alcuni casi si trattasse di manifestazioni "psicopatologiche".

L'intervento fondato sull'elaborazione del modello freudiano non è quindi, di per sé, una "terapia"; come non lo sono altri tipi di intervento che sono fondati su teorie psicologiche che non definiscono differenze rigorose tra normalità e patologia entro l'ambito del pensiero e del comportamento. Questa affermazione intende superare una visione nominalistica del problema, in funzione della quale sembrerebbe non essere poi così grave che l'area dell'intervento clinico in psicologia assuma la denominazione di psicoterapia. Anche noi siamo di questo avviso, e per questo in altre pagine di questo lavoro parleremo di psicoterapia, nelle sue differenti articolazioni.

Se però consideriamo l'intervento psicologico clinico che si basa sul modello del sistema inconscio, vediamo come esso consista nella comprensione o nella traduzione in pensiero delle fantasie evocate entro quello stesso rapporto che l'intervento clinico comporta.

Ma di quale rapporto stiamo parlando? Questo è l'interrogativo centrale per le argomentazioni che stiamo proponendo ad un lettore forse disorientato da quanto abbiamo detto sinora. Ebbene, il *rapporto* che costituisce il pre-testo per la produzione fantasmatica va di volta in volta contrattato e, sul piano della sua simbolizzazione cognitiva, o se si vuole della sua categorizzazione da parte dell'utente, può essere differente nei vari casi, ma sempre riferito a modelli esistenti che *non rappresentano* l'intervento psicologico clinico.

Uno di questi modelli relazionali, forse il più utilizzato dall'utenza clinica, è quello medico. È importante sottolineare, peraltro, che questo modello non implica, come si potrebbe a una prima considerazione ipotizzare, una sola specifica produzione fantasmatica. In quanto schermo, sul quale verranno proiettate le fantasie evocate dalla relazione, esso potrà essere simbolizzato affettivamente nei modi più diversi. L'obiettivo dell'analisi della domanda è appunto l'analisi di queste organizzazioni fantasmatiche.

In questa accezione, il modello medico non riveste risvolti negativi né

positivi per l'intervento psicologico. È uno dei possibili modi con i quali si rappresenta organizzativamente l'intervento. Si tratta, come per gli altri modelli organizzativi, di una scelta condizionata dalla cultura e dalla consuetudine di chi propone la domanda, e dal contesto sociale in cui tale domanda si iscrive.

Il problema non sta nel fatto che la prassi clinica in psicologia venga riferita alla riproduzione di un modello organizzativo medico; come si è visto, il vero problema si pone quando lo psicologo clinico collude con il committente e agisce la propria fantasmatica, evocata dal contesto relazionale proposto.

Seguendo questa proposta di definizione della pratica psicologico clinica, si può notare come essa sia caratterizzata da un'assenza di modello strutturale organizzativo entro cui svolgersi.

Ciò significa che, quando si opera con un obiettivo clinico in psicologia, il compito si sposta dall'agire nel rapporto al dare senso a quanto nel rapporto stesso si manifesta. E questo avviene indipendentemente dalla natura formale della domanda, che di per sé non ha il potere di definire la dimensione clinica o non clinica dell'intervento stesso. È quindi scorretto pensare o valutare come clinico soltanto quell'intervento psicologico che si basa sulla struttura organizzativa del modello medico. Tale scorrettezza, evidentemente, è la conseguenza inevitabile di un'assenza di modelli forti per una categorizzazione consapevole del lavoro clinico in psicologia. Ma questo non deve stupire: non è privo di senso, ad esempio, il rilievo per cui la Psicologia clinica, entro l'iter di studi psicologici nel nostro paese, è passata dall'essere disciplina complementare del secondo biennio applicativo, alla funzione di denominare un indirizzo del corso di laurea, e di qualificazione di una Scuola di specializzazione quadriennale!

Nel passato, anche recente, mancavano teorie unitarie che potessero riunire entro un'unica area della pratica psicologica interventi clinici considerati irriducibilmente diversi, quali le varie forme psicoterapeutiche (psicoanalitiche freudiane, junghiane, kleiniane ecc., sistemica, transazionale ecc.) le differenti metodologie psicodiagnostiche, gli interventi psicosociali, le pratiche di gruppo e la gruppoanalisi, le tecniche psicodrammatiche di differente orientamento.

Ciò che oggi può riunire in un unico ambito teorico, fondante la prassi clinica, queste differenti modalità di intervento è, noi pensiamo, l'analisi della domanda. Ma una specificazione di questa affermazione richiede, come già è stato detto, un approfondimento delle nozioni che fondano la pratica di analisi della domanda.

3.2. Il triangolo fantasia-pensiero-azione

Nel proprio lavoro clinico sarà capitato a molti lettori di imbattersi in persone che presentano un curioso problema: quello di combattere i "pensieri cattivi", di mettere in pratica tentativi disparati, quanto disperati, di controllare la propria produzione fantasmatica al fine di evitare

l'insorgenza di fantasie che vengono percepite come contrastanti con i propri principi morali. Principi morali che condannano, appunto, il pensiero inteso come rappresentazione fantasmatica. Analogo al tema dei pensieri cattivi è l'altro, espresso dalla minaccia, usuale nel linguaggio genitoriale della generazione passata, che ingiungeva ai figli, a proposito di loro supposte intenzioni trasgressive: «Nemmeno per sogno!».

Combattere le fantasie e impedire la loro emergenza anche nel lavoro mentale onirico può sembrare agli occhi di chi sa di psicoanalisi, e fa riferimento non solo alla teoria ma anche al metodo terapeutico psicoanalitico, un compito assurdo. Si ricorda, al proposito, che la pratica psicoanalitica si fonda proprio sulla considerazione della produzione fantasmatica, sia essa emergente con il dire quello che viene in mente durante la seduta, che con i ricordi del sogno. Freud ha sottolineato, peraltro, le difficoltà insite nel processo di consapevolizzazione delle fantasie, e il lavoro di mascheramento cui è sottoposta la produzione mentale onirica. Sembrerebbe quindi che il combattere le fantasie e l'adeguarsi al «nemmeno per sogno» manifesti una intenzionalità consapevole che invero e corrisponde alla componente psichica che nella teoria freudiana classica presiede alla rimozione.

Come vedremo, le cose non sono così semplici.

Un primo rilievo, che può apparire ingenuo, si potrebbe formulare con questo interrogativo: per quale motivo alcuni considerano "cattive" le fantasie, anche quelle che si manifestano nei sogni, e tentano di combatterle; mentre altri, gli psicoanalisti, si adoperano con ogni mezzo perché quelle stesse fantasie emergano e possano essere espresse in parole? Se prendiamo in considerazione la teoria freudiana della rimozione e la applichiamo pedissequamente a quanto ci stiamo chiedendo, la risposta potrebbe essere sorprendente e allarmante: il motivo che sostiene gli uni e gli altri è sostanzialmente *lo stesso*. Nel senso che sia il moralista che lo psicoanalista "classico" vogliono eliminare dalla mente proprio quelle fantasie che sono considerate disdicevoli e fonte di possibili disturbi psichici. Soltanto che chi applica il metodo moralistico per ottenere questo scopo, è votato allo smacco, in quanto fonda la sua azione sulla pretesa di un controllo volontario della produzione fantasmatica; mentre chi utilizza il metodo psicoanalitico ha maggiori possibilità di efficacia, in quanto fonda la sua prassi su una solida base teorica: quella che prevede come necessario il sollevamento della rimozione e la presentificazione nella mente dei contenuti rimossi e degli affetti a essi associati, perché questo materiale possa poi prendere la strada della dimenticanza, dell'usura per così dire fisiologica.

Ma quale può essere il motivo per cui le fantasie possono essere "pericolose"? Qui il discorso si fa molto complesso, e le differenze tra il moralista e lo psicoanalista prima considerati diventano enormi.

Vediamo di esemplificare al massimo questo tema e la sua trattazione.

Per definizione, fondata su una convenzione sociale, ogni persona è responsabile dei suoi "atti", cioè di quanto, nel suo comportamento, ha effetto pragmatico. E l'effetto pragmatico ha come luogo di manifesta-

zione il contesto delle relazioni sociali. Possiamo quindi considerare quale "azione" quella componente del comportamento che ha effetto pragmatico e che implica, quindi, l'assunzione di responsabilità.

Evidentemente, un sogno o una fantasia, nella loro dimensione intrapsichica, non rivestono effetti pragmatici. Ma nel contempo, la produzione fantasmatica è la più importante componente motivante all'azione.

Questo rapporto tra fantasia e azione può essere diretto, oppure mediato dal pensiero. È su questa distinzione fondamentale che si fonda la giustificazione teorica della prassi clinica in psicologia. Tutto questo, peraltro, può avere un senso soltanto se si definisce cosa si intende per fantasia, pensiero e azione.

Per un approfondimento della nozione di fantasia ci riferiamo alla proposta di Matte Blanco (1975) di fondare una logica del sistema o modo di essere inconscio della mente. Questi pochi cenni potranno essere compresi e approfonditi con la lettura dell'opera di Matte Blanco il cui contributo teorico, ma anche di teoria della pratica, è a nostro parere fondamentale in psicologia clinica. Lo psicoanalista cileno mette in evidenza la struttura logica del modo di essere inconscio, che egli pone in alternativa a quella del modo di essere cosciente della mente.

Una formulazione di tale bipolarità, tra le definizioni proposte da Matte Blanco, dice che «esistono manifestazioni psichiche nell'uomo che possono essere caratterizzate dicendo che la realtà è vista come se fosse una realtà o totalità omogenea indivisibile» (ivi, p. 386). E anche che «esiste un modo di essere psichico nell'uomo che può essere descritto o caratterizzato dicendo che tratta o concepisce o "vede" o "vive" tutta la realtà (incluso la propria realtà) come se fosse divisibile o formata da parti» (ivi, p. 387). E infine, si afferma che «tutte le manifestazioni psichiche umane sono il risultato della interazione, cooperazione e/o qualsiasi altro tipo di relazione tra ambedue i modi di essere» (ivi, p. 389).

In base alla proposta teorica di Matte Blanco, si può ipotizzare che quanto viene chiamato usualmente fantasmatica (od organizzazione di fantasie) sia una produzione mentale ove l'interazione tra i due modi di essere veda la prevalenza di quello omogeneo e indivisibile su quello eterogeneo e dividente.

Quando ciò avviene si strutturano contenuti mentali con caratteristiche particolari, di difficile espressione verbale; per esempio, già la definizione di contenuto (mentale) non è adeguata perché implica una distinzione tra contenitore e contenuto e una relazione tra i due, mentre per il modo di essere omogeneo e indivisibile questa funzione dividente non è prevista.

Se, per esempio, una persona ha provato originariamente un sentimento di rabbia verso la funzione di limite, di controllo o di proibizione che ha rivestito per lui il padre (nella sua storia personale), questa fantasia che associa la rabbia al limite proibente costituisce una classe omogenea ove tutto ciò che è limitante, controllante sarà trattato come se fosse un padre che suscita rabbia. L'esperienza originaria, quindi la figura del

padre limitante, è soltanto un riferimento concreto e uno tra i tanti possibili, per rappresentare una funzione mentale che si manifesta attraverso l'emozione che chiamiamo rabbia. In questa classe possono rientrare il padre reale della nostra persona, un vigile urbano che la invita ad allontanare la propria auto da una zona in cui la sosta è vietata, l'insegnante che lo interroga, la sorella che risponde negativamente a una sua richiesta, l'orologio che segna il tempo ecc.

Queste funzioni di limite, di divieto che suscitano rabbia possono essere rappresentate mentalmente con l'immagine del padre, come anche con quella della «sorella vestita da vigile urbano che guarda l'orologio e interroga la persona sul codice della strada»; anche quando in un sogno appare il padre, non è corretto dire che è il padre che suscita rabbia in quella persona; si tratta infatti di una funzione mentale interna che può assumere infinite rappresentazioni in base agli eventi vissuti e alla loro elaborazione emozionale. In questo senso, e riferendoci ancora alla teoria di Matte Blanco, possiamo affermare che la fantasia rappresenta una classe di simmetria.

È la funzione dividente del modo di essere cosciente che può stabilire ed estrarre relazioni entro la classe di simmetria, e consentire quindi di pensare le emozioni fantasmaticamente rappresentate. Questo lavoro mentale di traduzione è importante perché può orientare l'azione e finalizzarla agli scopi che la persona ha formulato entro il suo modo di essere cosciente, e che intende perseguire.

Ciò significa che la fantasia può motivare all'azione tramite una sua trasformazione in pensiero. La fantasia, d'altro canto, può anche essere agita direttamente, senza che sia avvenuta la funzione di "estrazione di asimmetria" della classe di simmetria. Quando ciò si realizza, ci troviamo confrontati con una azione fondata su un codice affettivo privato, che può avere un senso per la persona che agisce, anche se di questo senso essa spesso non è consapevole; ma che a una considerazione esterna può apparire insensata.

Nell'esempio precedente, si potrebbe verificare che la nostra persona, invitata dal vigile urbano ad andarsene da un luogo ove la sosta è vietata, scoppi in lacrime e inginocchiandosi davanti alla guardia le chieda perdono; oppure che la aggredisca con insulti e percosse. Va comunque sottolineato che le fantasie agite molto spesso non assumono aspetti insensati; l'insensatezza non risiede allora nella loro "forma" ma nella loro motivazione.

Consideriamo, per esempio, il gruppo dirigente di una impresa che opera non più in funzione di un obiettivo di produzione, ma entro una lotta per il potere sugli altri, ove l'impegno di ciascuno è volto alla sovrapproduzione degli "avversari"; in questo caso si può ipotizzare che tale manifestazione rappresenti la realizzazione diretta, in azione, di una organizzazione fantasmatica che caratterizza collusivamente l'intero gruppo dirigente. Tale modello di relazione, d'altro canto, non appare per nulla strano o insensato a chi è preso dalla stessa fantasia e considera la lotta per il potere come l'unica dimensione realistica, in quanto socialmente condivisa, dei rapporti all'interno della propria azienda.

Esistono alcune strutture sociali che rappresentano la *reificazione* di fantasie non mediate dal pensiero; Bion, per esempio, indica nell'esercito, nell'aristocrazia e nella chiesa tre istituzioni sociali che inverano organizzazioni fantasmatiche specifiche, chiamate "assunti di base" dallo psicoanalista inglese e indicate, come ormai è noto, con i termini di attacco-fuga, accoppiamento e dipendenza.

Ma ad una analisi delle più disparate realtà sociali, si evidenziano consuetudini, pratiche organizzative, compiti, ruoli e funzioni che nella loro fondazione originaria o nella loro successiva trasformazione acquisiscono una valenza specifica di agito fantasmatico non mediato dal pensiero.

Se, per esempio, si chiede agli insegnanti delle scuole elementari o medie cosa intendano per disciplina, nel loro rapporto con l'intera classe o con i singoli allievi, nella maggior parte dei casi si otterranno risposte che evidenziano soltanto una fantasia agita. Per esempio, la fantasia di realizzare la centralità dell'insegnante e di motivare processi di identificazione degli allievi nei suoi confronti, tramite la repressione delle comunicazioni trasversali, all'interno del gruppo stesso degli allievi.

L'elenco degli esempi in questo ambito potrebbe essere infinito; e ciò si comprende se si tiene conto che in ogni manifestazione dell'uomo, sia essa individuale od organizzata, esiste sempre una componente di azione della fantasia che può prendere il sopravvento, condizionare la dinamica dei rapporti, e quella sociale più in generale.

È importante sottolineare che la fantasmatica agita, in quanto espressione del modo di essere omogeneo e indivisibile, non è fondata su quella distinzione tra mondo interno e mondo esterno che rende possibile perseguire la finalità di adattamento e quindi di sopravvivenza del comportamento umano. Se l'agito fantasmatico non distingue tra mondo interno e mondo esterno, esso non può conoscere la comunicazione e quindi non può essere soggetto a riscontro critico; per comunicare, e quindi per utilizzare le informazioni di ritorno che provengono dal contesto entro il quale si è posta la propria azione è, di fatto, necessario pensare a un esterno dal quale l'informazione stessa proviene.

Questo aspetto dell'agito fantasmatico riveste, a nostro modo di vedere, un'importanza non ancora valutata a pieno, e comporta conseguenze di rilievo.

Pensiamo, per esempio, alla fruizione dei mezzi di comunicazione di massa, e all'influenza che tale fruizione riveste sui modelli culturali e di pensiero. Per definizione, i *mass media* non consentono il dialogo, quindi lo scambio di informazioni, quindi la reciprocità di interazione. La loro fruizione, in altri termini, implica una comunicazione a una via. La diffusione dei *mass media* ha senza dubbio incrementato il livello quantitativo dell'informazione presso la grande utenza. Ma con quali modalità? *L'identificazione del fruitore con chi eroga l'informazione* è fondamentale perché il fruitore stesso non sperimenti come frustrante la sua impossibilità di reagire all'informazione. Tale identificazione, d'altro canto, è resa possibile dalla stessa modalità con la quale viene data l'informazione: se questa è presentata "come se" si trattasse di un agito fanta-

smatico, e se si facilita nel fruitore una collusione entro questo agito fantasmatico, allora l'identificazione può essere solidamente fondata.

Come è possibile tutto questo? Le modalità possono essere varie. Consideriamo per esempio quella parte del giornale quotidiano che viene dedicata alla cronaca politica e che viene chiamata in gergo, ci sembra, il "pastone". Spesso quando il pastone politico viene steso con l'intento di esercitare il pensiero dividente ed eterogenico, risulta noioso e complesso. Ma se la relazione sul dibattito politico viene trasformata in un racconto di lotta tra faide, di duelli rustici, di vendette, di gelosie, di rivalità narcisistiche ecc., esso può facilmente diventare la rappresentazione di un agito fantasmatico con il quale il lettore collude, non distinguendo più tra esterno-politico e interno-emozionale. Un altro esempio è dato dalle interviste televisive di personaggi "famosi" da parte del giornalista altrettanto noto per la sua "impietosa capacità di evocare il volto vero dei personaggi". Si tratta di un genere televisivo che ha come obiettivo quello di trasformare l'informazione in spettacolo, tramite l'identificazione confusiva tra ciò che una persona pensa e realizza sul piano professionale e ciò che una persona è, entro uno specifico contesto di rapporti realizzato nella trasmissione.

Qui l'intervista, se mai è esistito un genere televisivo che risponde a questo nome, non ha più luogo. Ha preso il suo posto uno spettacolo ben strutturato ove l'unico protagonista è il giornalista che utilizza gli ospiti per sue specifiche finalità, volte a colludere con lo spettatore nell'agire fantasie di attacco, di trasgressione, di derisione ecc.; quando questo piano venisse ostacolato da un ospite inopportuno, che non sta al gioco, quest'ultimo subirebbe una immediata espulsione dall'interazione spettacolare.

In questa linea di considerazioni, si può notare come i mezzi di comunicazione di massa tendono a trasformare tutto in spettacolo, non solo la politica ma anche la scienza, l'arte, la cultura più in generale, lo sport ecc. D'altro canto, cosa significa trasformare in spettacolo? Una possibile risposta viene proprio dalla modalità con cui il mezzo di comunicazione sa presentare l'evento, qualsiasi esso sia, come una fantasia agita. È evidente che in ogni evento esiste questo aspetto della fantasia agita, ma esso può essere reso complesso e può essere modificato proprio dall'attività del pensare. Quando tale attività è scoraggiata, e al suo posto viene sollecitata la collusione, allora si può verificare quella "spettacolarità" di cui stiamo parlando.

Più in generale si può concludere rilevando che la comunicazione di massa rappresenta usualmente un'occasione perché gli spettatori possano identificarsi con chi fa dell'agito della fantasia la propria professione. L'importante è, peraltro, che la comunicazione di massa non comporti una susseguente azione nel suo fruitore; in questo senso l'agito fantasmatico viene ristretto alla sola identificazione con l'erogazione dell'informazione e con la struttura che all'informazione stessa viene data.

È proprio in base a tali considerazioni che si può sostenere come i mezzi di comunicazione di massa non rappresentino in quanto tali una occasione per pensare; una loro fruizione massiccia, quindi, implica l'ini-

bizione dell'azione e la distrazione dal pensiero, motivando in modo ampio alla sola identificazione con l'agito fantasmatico.

La distinzione tra mondo interno e mondo esterno, come si è detto, è una condizione necessaria perché avvenga la comunicazione a due vie, perché sia possibile l'elaborazione dell'informazione di ritorno e quindi il processo di adattamento.

Si può definire la violenza come quel comportamento che viene agito senza prevedere né considerare alcun ritorno informativo critico. Ma se è accettabile questa definizione, si può anche considerare la violenza come espressione di una fantasia agita senza mediazione del pensiero.

È interessante notare come anche alcune forme di comportamento creativo possono essere comprese nella categoria delle fantasie agite. Usualmente, peraltro, la produzione scientifica, la creazione artistica, così come la comunicazione tra persone, la transazione commerciale, la vita organizzativa nei suoi differenti aspetti sono definibili quali azioni orientate dal pensiero. Il pensiero, a sua volta, è per così dire tributario della fantasia; nell'ottica proposta da Matte Blanco il pensiero può essere considerato quale risultato di un processo di estrazione di asimmetria dall'essere simmetrico.

Più avanti, commentando la proposta concettuale che abbiamo definito "spazio anzi", metteremo in rilievo il contributo che il modo di essere omogeneo e indivisibile, nella sua interazione con il modo di essere dividente ed eterogeneo, può dare alla creatività umana e al cambiamento.

Qui interessa sottolineare il modello diverso che può orientare l'analisi circa l'adeguatezza dell'azione; e ciò nel caso di singole persone come anche in quello delle organizzazioni sociali, dalle più semplici alle più complesse sotto il profilo strutturale.

3.3. La domanda in psicologia clinica

Un primo modo di analizzare l'azione è quello che si fonda sulla definizione dello *stato terminale* da realizzare tramite l'azione stessa (modello) e sul *confronto tra l'esito dell'azione e tale stato terminale* (scarto dal modello). Se si segue questa modalità di analisi, l'intervento non può che essere orientato alla riduzione dello scarto dal modello. Il metodo di intervento che si fonda su questa concezione dell'azione e dei suoi esiti è stato da noi definito quale intervento *ortopedico*. L'azione che persegue uno specifico stato terminale, comunque definito, potrà o meno realizzare il suo obiettivo, venendo valutata come corretta nel primo caso, come non corretta nel secondo. Tutti gli esiti dell'azione che non rispondono alle attese pre-determinate con la definizione dello stato terminale saranno considerati quali scarti dal modello indipendentemente dalla loro struttura, dalle loro caratteristiche, dal rapporto con la realtà entro la quale interviene l'azione stessa.

L'intervento ortopedico pretende di modificare l'azione dell'altro conducendola allo stato terminale prefissato; nell'intervento ortopedico

viene sottolineata la rilevanza dell'esito non corretto raggiunto, e ci si adopera al fine di correggere l'azione. La modalità ortopedica di intervento può assumere modi di realizzazione molto differenti, ma è comunque caratterizzata da una componente comune: l'erogazione di *premi* o *punizioni* al protagonista dell'azione, quale unico strumento per orientare l'azione, insieme alla *ripetizione delle caratteristiche definitorie dello stato terminale*.

Tale modello di intervento non si preoccupa di (o non ritiene possibile) evidenziare il processo di efficacia dei premi, delle punizioni o della stessa definizione ripetuta dello stato terminale; la correttezza dell'intervento è fondata sulla verifica a posteriori della sua efficacia.

Abbiamo ricordato il modello ortopedico di intervento perché al suo interno si considerano soltanto l'azione e il pensiero.

L'intervento, inoltre, si prefigge l'obiettivo di condizionare l'azione, di modificarla al fine di ricondurre gli esiti allo stato terminale prefissato. L'intervento ortopedico, in altri termini, viene effettuato tramite l'azione di colui che interviene per modificare l'azione del destinatario dell'intervento. È un intervento che *precede* l'azione e che intende modificarla; per questo, si può supporre, non considera la fantasia: quest'ultima infatti non può essere né appresa né modificata.

Se consideriamo la triade fantasia-pensiero-azione della quale stiamo trattando, si può notare che il modello ortopedico di intervento considera l'azione quale risultato di un pensiero dividente ed eterogeneo, e può per questo motivo essere modificata secondo un criterio predeterminato. Tale modello, quindi, sembra indicare che soltanto la logica bivalente del pensiero scientifico può rendere prevedibili gli effetti di specifici interventi. Anche gli effetti degli interventi che premiano e puniscono; tali interventi, infatti, rendono maggiormente desiderabili gli esiti della decisione comportamentale rispondenti al modello.

L'area dei modelli ortopedici di intervento riveste una importanza molto grande nei processi di apprendimento; ma è interessante sottolineare come tali modelli prendano in considerazione soltanto l'azione, quale manifestazione tipicamente individuale, e il pensiero asimmetrico che la orienta; è questo il motivo per cui non contengono un qualche riferimento alla fenomenologia del "gruppo" psicologico; il motivo per cui non hanno elaborato alcuna tecnica che utilizzi dimensioni di "gruppo".

Va anche detto che, nell'ambito dei modelli ortopedici di intervento, quando l'esito dell'azione corrisponde allo stato terminale e non si verificano scarti, non vi è alcuna ragione di intervenire, e mancano le stesse premesse che possono giustificare e fondare metodologicamente l'intervento stesso. Con le eccezioni del caso, s'intende; quali per esempio il rinforzo di una azione corretta.

Riconsiderando quanto è stato in precedenza affermato circa l'analisi della domanda, si può notare che il modello ortopedico di intervento, in psicologia, si propone lo stesso obiettivo dell'intervento medico: ripristinare lo stato terminale corretto, e rimuovere gli scarti dal modello. In entrambi i casi, inoltre, l'intervento propone una sua efficacia "a priori";

con l'intervento, infatti, si intende condizionare l'azione della persona orientandola a un esito che risponda al modello.

Se, di contro, riconsideriamo la fantasia agita e la triade fantasia-pensiero-azione, le condizioni dell'intervento mutano radicalmente. In tal caso, innanzitutto, non sembra più possibile un modello di intervento che influenzi sistematicamente l'azione nel tempo successivo all'intervento stesso, e che sia quindi orientato ad una modificazione finalizzata del comportamento.

Riteniamo che questa condizione, espressa in negativo come non possibilità di..., sia fondamentale per dare un senso e un limite all'intervento psicodinamicamente orientato, che concerne gli individui o le organizzazioni sociali. L'analisi della domanda, quale teoria della prassi, è specificamente collegata con la condizione ora ricordata.

Vediamo ora di chiarire il problema.

Quando chi si rivolge allo psicologo clinico pone problemi che riguardano direttamente il proprio *comportamento futuro*, le possibilità di trattare la domanda sono scarse e di difficile gestione. Va peraltro sottolineato che queste domande, concernenti aree comportamentali complesse, si presentano sempre più frequentemente. Si può trattare di persone che assumono droga, che mettono in atto comportamenti violenti, che manifestano azioni autolesionistiche, che bevono o mangiano smodatamente ecc.

In questi casi la domanda è quella di un intervento che, in qualche modo, modifichi il comportamento della persona, renda meno probabile o elimini la probabilità di occorrenza di eventi che la persona stessa provoca ma che, a posteriori, giudica in modo negativo e non vorrebbe più agire.

Si tratta, evidentemente, di azioni che inverano una fantasia, di vere e proprie realizzazioni comportamentali di processi fantasmatici che non vengono mediati ed elaborati dal pensiero. Il problema è quello di individuare quali siano le possibilità di intervento dello psicologo clinico in situazioni del genere; e di chiarire in base a quali modelli di teoria della prassi egli può fondare ragionevolmente il suo intervento.

È importante sottolineare come, a fronte di domande come quelle in esame, lo psicologo clinico tenda a coinvolgersi in una operazione apparentemente impossibile, anche se necessaria in base a considerazioni di responsabilità professionale e di motivazione personale. Si tratta infatti di persone che mettono in atto fantasie autodistruttive e che richiedono un intervento di limite e di modificazione delle loro azioni. Se la domanda è presa alla lettera, lo psicologo clinico deve farsi carico del comportamento futuro del paziente, senza peraltro possedere strumenti adeguati per influenzare in qualche misura tale comportamento. Si può infatti notare come nessuna delle tre aree di modificazione del comportamento, informazione, premi e punizioni, possa essere ragionevolmente utilizzata in situazioni del genere.

L'informazione, infatti, non sembra essere di qualche utilità, nella misura in cui difficilmente può aggiungere qualcosa a quello che già sa la persona che ha rivolto la domanda terapeutica.

La punizione, se intesa quale controllo o limite del comportamento, sembra difficilmente percorribile; il controllo sull'azione di un altro, infatti, dovrebbe assumere le connotazioni di un controllo totale, per poter avere una qualche possibilità di efficacia. Ma questo controllo totale, come è noto, è stato rifiutato ad esempio con la applicazione della legge 180, e comunque non può riguardare la attività psicoterapeutica.

Anche il premio, inteso come seduzione dell'altro, come affiliazione a sé della persona che pone la domanda, sembra difficilmente applicabile.

D'altro canto, se approfondiamo quanto sembra emergere dall'analisi di queste domande, appare come tali problemi siano del tutto omologabili a quelli che spesso debbono affrontare i genitori nei confronti dei propri figli. In particolare quei genitori che sospettano o verificano comportamenti autodistruttivi nei figli, e sentono di dover intervenire senza peraltro saper come, senza avere un'idea delle modalità di intervento. Non è casuale che, spesso, sono questi genitori a motivare la domanda in esame, o a rivolgerla essi stessi a nome dei figli.

Questo rilievo aiuta a situare la domanda: ciò che viene proposto con la domanda stessa è, infatti, l'instaurarsi di una relazione analoga a quella tra figlio e genitore. Ove, peraltro, il figlio sembra voler confrontare il genitore con l'impotenza nell'intervenire sul suo comportamento futuro.

Se lo psicologo clinico si fa carico del comportamento del paziente, e se ne assume per così dire la responsabilità, entro un modello di relazione che continua a essere quello "medico", si può creare una situazione di rapporto insostenibile e paradossale: quella in cui lo psicologo si adopererà in ogni modo, e senza che le sue iniziative siano fondate su ipotesi scientifiche, per influenzare il comportamento del paziente; dipendendo poi da quest'ultimo per verificare come stanno andando le cose, in una attesa ansiosa quanto incerta dell'andamento della situazione comportamentale.

È evidente la problematicità di una prassi clinica che sia fondata su premesse come quelle ora accennate. D'altro canto pensiamo che stia proprio nel superamento di pretese modalità ortopediche di intervento lo sviluppo e la sempre più chiara precisazione della pratica clinica in psicologia.

Il problema, peraltro, resta quello di vedere come è possibile situarsi nei confronti di domande che pongono lo psicologo di fronte a fantasie agite e alla necessità di intervenire in tale ambito. Una simile risposta può venire proprio dalle considerazioni fatte; con la domanda, i pazienti in esame propongono uno *specifico rapporto con lo psicologo*; questo rapporto può essere accettato acriticamente e agito a sua volta dallo psicologo, oppure può essere oggetto di analisi. Dove è possibile questa seconda alternativa, dove cioè si può trasformare la fantasia, agita nella domanda stessa, in pensieri che consentono di stabilire relazioni, è anche possibile strutturare un processo terapeutico. Va però sottolineato che *l'obiettivo terapeutico non è il cambiamento del comportamento, ma l'analisi della dinamica di rapporto instauratosi tra psicologo e paziente*. Se, come conseguenza mediata della relazione e della sua analisi, anche le modalità comportamentali subiranno un cambiamento, ciò non può

che rallegrare entrambi, sia la persona che si è rivolta allo psicologo che quest'ultimo. Spesso, peraltro, questo non avviene, e ciò confronta lo psicologo clinico con i limiti del suo intervento.

3.4. Gli obiettivi in psicologia clinica

È questo un tema altamente problematico della psicologia clinica, e in particolare della prassi clinica che utilizza il gruppo quale modalità di intervento.

Già in un precedente capitolo abbiamo esaminato come questo tema apra a proposte che lasciano perplessi e dubbiosi entro l'area psicosociale. Analoghe perplessità sorgono quando si considera la tematica entro la letteratura dell'area psicoterapica. A volte si propongono, per la psicoterapia di gruppo, obiettivi generici: «ottenere un miglioramento dei sintomi, un cambiamento di atteggiamenti e della personalità» (Walton, 1973). Interessante sottolineare come questi «obiettivi» non siano poi sostenuti da una coerente proposta circa la congruenza dello strumento «gruppo» per la loro realizzazione.

Altre volte si scende sino al ridicolo, nella precisazione delle dimensioni strutturali del lavoro psicoterapeutico con i gruppi. È il caso di quegli autori nordamericani (Kadis *et al.*, 1963), che consigliano di utilizzare (*sic!*) posaceneri fissi al pavimento o con supporto molle e leggero, perché l'eventuale uso aggressivo di posaceneri più pesanti potrebbe arrecare danno ai pazienti! Anche in questo caso, peraltro, quando si cerca una formulazione degli obiettivi, nella speranza che sia altrettanto meticolosa, si trovano affermazioni del tipo «maggior comprensione delle proprie ansie e difese»; oppure obiettivi del tipo «rafforzare gli atteggiamenti positivi e modificare quelli negativi».

Sino agli anni Settanta, la letteratura nordamericana sulla psicoterapia di gruppo ha costituito il principale riferimento teorico e di teoria della prassi pur presentando, a una lettura attuale di quella produzione, proposte spesso di modesta levatura.

Ciò ha peraltro influenzato notevolmente la cultura psicoterapeutica italiana che per lungo tempo si è fondata su una accettazione acritica di quelle proposte.

Un esempio significativo, a nostro modo di vedere, è dato dalle modalità con cui è trattato nella letteratura nordamericana dell'epoca (e si tratta, è bene sottolinearlo, di lavori relativamente recenti) il problema dell'agire nei gruppi di psicoterapia.

Può valere al proposito quanto afferma Locke (1961), che al problema dedica un intero capitolo del suo lavoro, e che sull'argomento ritorna a più riprese nel testo. Per l'autore, l'agire da parte di un paziente, nel gruppo, è chiaramente un fatto indesiderabile. Il riferimento alla terapia individuale è evidente; l'agire, peraltro, è ristretto alla duplice eventualità del rapporto sessuale tra i membri del gruppo, al di fuori della seduta; degli scoppi di rabbia e delle manifestazioni violente entro la seduta stessa. L'autore, peraltro, è anche preso dal dubbio che le cose non pos-

sano essere così semplificate, e che nel processo di interazione gruppale si abbiano anche altre modalità di azione; questo è il motivo per cui egli passa più volte dal consigliare la repressione dell'agito alla sua possibilità di utilizzazione, manifestando un imbarazzo notevole su un tema che non è in grado di elaborare appieno da un punto di vista teorico.

Un altro esempio circa la problematicità della teoria della tecnica è ritrovabile nel consiglio che nel loro *Manuale di psicoterapia di gruppo* i già citati Kadis *et al.* (1963) formulano sul come chiudere la prima seduta di una psicoterapia di gruppo: «Qualche minuto prima della fine della riunione, il terapeuta può dire qualcosa, come: "penso che noi costituimo un buon gruppo. Come potete vedere, vi sono molti problemi comuni che continueremo a esplorare. Vi aspetto giovedì alla stessa ora"» (ivi, p. 93). C'è da chiedersi quale possa essere l'obiettivo psicoterapeutico di un autore che consiglia un tale modo di chiusura standard della prima seduta. Anche il cosiddetto pragmatismo ha pure un limite.

Torniamo al nostro tema degli obiettivi, tema che appare complesso proprio per la sua apparente semplicità. Basta dare uno sguardo alla letteratura sulla verifica in psicoterapia, sulla valutazione degli esiti associati all'intervento psicologico nei suoi differenti aspetti "clinici", e quindi non soltanto "terapeutici", per accorgersi del modo superficiale con cui è trattata la definizione degli obiettivi. Eppure, verificare o misurare gli esiti di un intervento significa, di fatto, confrontare quanto è emerso, a seguito dell'intervento stesso, con gli obiettivi prefissati. Sembra sia molto facile dimenticare questa condizione fondamentale per la verifica. E allora quest'ultima può diventare, pericolosamente per la validità scientifica della procedura, il tentativo di dimostrare che, a seguito dell'intervento psicologico, "qualche cosa" è successo, qualche "cambiamento" è avvenuto, qualche "miglioramento" è riscontrabile nell'utente dell'intervento stesso. Già, ma le "cose" evidenziate, il cambiamento e il miglioramento sono coerenti con gli obiettivi prefissati? E ancora: esistevano, al momento in cui è stato deciso l'intervento, degli obiettivi da perseguire, espliciti o impliciti? E se sì, quali? Sembra evidente l'impossibilità di un intervento senza obiettivi; come dice un vecchio adagio, anche la pretesa di agire senza obiettivi rappresenta pur sempre un preciso obiettivo della propria azione.

Si tratta allora di stabilire, o di tentare una definizione degli obiettivi, nel lavoro clinico. Qui il problema si fa difficile, in una condizione solo apparentemente paradossale, proprio per la sua apparente facilità, per la sua pretesa ovvietà scontata.

Vediamo: quale può essere l'obiettivo della psicoterapia, potrebbe dire il "medico" (abituato a funzionare secondo parametri acriticamente assunti, che definiscono la sua prassi abituale), se non la "cura" della malattia e la "guarigione" del malato?

Già, ma in che cosa consistono cura e guarigione, nel caso della fenomenologia comportamentale che viene definita psicopatologia? O ancora più specificatamente nel caso della domanda terapeutica rivolta allo psicologo clinico, allo psicoanalista, al terapeuta familiare ecc., a chiunque si proponga quale professionista nell'ambito, appunto, della psicoterapia?

pia? E ancora più problematicamente, in che cosa consistono cura e guarigione quando la domanda proviene da un'organizzazione sociale, e il problema proposto concerne la funzionalità dell'organizzazione stessa, la conflittualità al suo interno ecc.?

Già altre volte abbiamo proposto un interrogativo, la cui risposta può rappresentare una dimensione fondamentale per una chiara definizione degli obiettivi e della funzione psicoterapeutica. Tale interrogativo può apparire scontato e inutile nel caso in cui si abbia una condivisione acritica dei modelli culturali che consentono una risposta ovvia all'interrogativo stesso. Eccolo: perché una persona si rivolge allo psicologo clinico?

La risposta può essere del tipo:

- a) perché è malato;
- b) perché soffre;
- c) perché manifesta disagio psichico ecc.

Malattia, sofferenza, disagio psichico e altre dimensioni similari, che il lettore potrà trovare in funzione della sua cultura e esperienza, rispondono tutte a una stessa funzione dinamica: c'è nel soggetto qualcosa che non va, che non funziona, indipendentemente dal soggetto stesso e dalla sua volontà; sta allo psicoterapista porre rimedio a questa difficoltà, eliminare la fonte del disagio, rendere inefficace l'origine o la causa della sofferenza ecc. È evidente il parallelismo con il modello medico, che si propone l'eliminazione delle cause di una malattia; siano esse traumatiche, infettive, fisiche ecc.; il restauro della fenomenologia patologica instauratasi, la prevenzione di possibili alterazioni future attraverso un'opera di profilassi. Le cose, nell'ambito psicologico, non stanno a questo modo. E diciamo purtroppo, perché se fosse possibile ridurre il tema che stiamo affrontando a un disagio, a una sofferenza prevenibili e curabili, l'intera problematica acquisterebbe un profilo di facile risolvibilità pur nella sua complessità.

Torniamo al nostro interrogativo.

La risposta che riteniamo più corretta è del tipo: una persona si rivolge allo psicologo clinico (o allo psicoanalista, al terapeuta comportamentale ecc.) perché esiste lo psicologo clinico, lo psicoanalista ecc.

In altri termini, il *motivo* della domanda terapeutica *si esaurisce nella domanda stessa*. È quindi l'analisi della domanda che può costituire lo strumento, ma al contempo l'oggetto della "diagnosi". La diagnosi, e la nosografia psicopatologica che la sostiene sono di fatto *diagnosi e nosografia della domanda*. Il che equivale all'affermazione, più volte ripetuta nella letteratura specialistica, ma raramente utilizzata per intero nelle sue conseguenze logiche, che la psicopatologia è di fatto un problema di comunicazione. E in particolare di comunicazione tra "paziente" e psicoterapista. La reificazione del processo di comunicazione, il tentativo di ridurre un messaggio in "sintomo", caratterizzante specificamente il paziente, implica la conseguente individuazione di una nosografia psicopatologica indipendente dalla dinamica relazionale.

Di qui la necessità di individuare obiettivi del lavoro psicoterapeutico che siano adeguati al modello psicopatologico proposto e condiviso.

Una ricognizione dei modi con cui nelle differenti pratiche psicologico-cliniche si intendono gli obiettivi, ne consente l'individuazione in tre tipi, che proponiamo di chiamare nei seguenti modi:

- a) obiettivi ideologici;
- b) obiettivi tautologici;
- c) obiettivi autarchici.

Vediamo di chiarire questa tematica. Va subito detto che gli obiettivi ora ricordati sono, per motivi che cercherò di chiarire, difficilmente verificabili e quindi non evidenziabili nei loro esiti, conseguenti all'intervento psicoterapeutico. Riteniamo che la fondazione di prassi psicologico-cliniche su obiettivi di questo tipo sia uno dei principali motivi atti a far comprendere la scarsa consuetudine a validare e verificare l'intervento clinico in psicologia.

Passiamo ora a una analisi e a una definizione degli obiettivi enunciati.

1. *Obiettivi ideologici* Si tratta di stati terminali di un processo evolutivo; tali stati terminali sono definiti come modelli ideali, comportamentali o esperienziali che emergono quale polarità positiva auspicabile, socialmente approvata, di una categorizzazione dicotomica.

Forse qualche esempio servirà a capire meglio questa affermazione. Pensiamo a polarità dicotomiche del tipo: pregenitalità-genitalità; immaturità-maturità; invidia-gratitudine; ripetitività-cambiamento; conflittualità-aconflittualità.

Qui l'obiettivo dell'intervento psicologico-clinico è rappresentato dalla polarità "positiva" delle dicotomie ricordate; la prassi psicoterapeutica, in altri termini, intende perseguire nei pazienti la "genitalità" o la "maturità", nelle organizzazioni sociali il "cambiamento" o l'"aconflittualità".

Se, per esempio, si considera approfonditamente la nozione di "genitalità", quale emerge nella teoria psicoanalitica proposta da Fornari, ci si trova confrontati con la trasposizione al comportamento sociale, nella sua più ampia declinazione, della relazione sessuale adulta fondata sulla reciprocità conveniente. L'intervento psicologico clinico, quindi, avrebbe quale obiettivo il perseguimento della reciprocità simmetrica fondata sulla interdipendenza aconflittuale; ogni manifestazione di conflitto, di differenza, di divergenza, di alterità sarebbe, di fatto, un indicatore di pregenitalità. È evidente, in questo caso, come la "genitalità" sia un'utopia, una rappresentazione esigenziale di una realtà irraggiungibile, l'indicatore di una direzione, più che la meta da perseguire.

Ma analoghe considerazioni si potrebbero proporre anche per le altre dimensioni che abbiamo indicato in questa classe di obiettivi. La critica a una utilizzazione di questo tipo di obiettivi quale indicatore di una valutazione dei risultati perseguiti con l'intervento clinico in psicologia si muove su due piani. Un primo ordine di considerazioni critiche concerne la relazione tra obiettivi e tecnica; la tecnica interpretativa, per esempio, quale viene presentata nella teoria dell'interpretazione mutativa di Stra-

chey e nelle sue ulteriori elaborazioni, non sembra atta al perseguimento di obiettivi quali la "genitalità", la "maturità" ecc.: queste caratteristiche personali, piuttosto, potrebbero essere considerate quali risultati di un lavoro terapeutico che abbia eliminato ogni traccia di immaturità, o di pregenitalità. Un secondo ordine di critiche concerne il modello stesso che fonda le dimensioni psicologiche proposte quali obiettivi. Se si esce dalla fenomenologia della sessualità agita, per esempio, le nozioni di maturità o di genitalità perdono ogni possibile riferimento alla persona, al singolo individuo, per divenire realtà caratterizzanti, se ancora si vuole usare questi termini, la dinamica sociale nel suo complesso. Inoltre non si configurano più quali stati terminali, bensì quale metodo atto ad affrontare specifiche situazioni, storicamente situate.

Le persone "mature", "genitali", "orientate alla gratitudine", così come le organizzazioni in cambiamento, sono astrazioni che non tengono conto della complessità esperienziale, della sua dimensione storica, e della necessaria interazione tra pensiero ed emozione nella vita di ciascuno di noi.

Obiettivi di questo tipo, quindi, non sono verificabili. La loro utilizzazione è simile a quella che il navigante fa della stella polare; egli la ricerca e la individua non tanto per arrivare alla stella, per andarci sopra, quanto piuttosto per utilizzarla quale indicatore di direzione. Le nozioni di maturità ecc., sono pure degli indicatori di direzione, ma la loro individuazione è più facile in negativo, per esempio quale attenuazione della pregenitalità, dell'invidia, dell'immaturità ecc. D'altro canto, pure la definizione di queste altre nozioni è problematica, in quanto è spesso collegata alla storia personale dei singoli più che a una dinamica generalizzata di pensiero, di comportamento.

2. *Obiettivi tautologici* Sono quelli che emergono direttamente dalla formulazione teorica che sostiene e orienta la prassi.

La teoria comportamentista, per esempio, definisce la "fobia" quale emozione evocata in base a uno specifico processo di condizionamento. L'obiettivo psicoterapeutico, nel caso della fobia, di conseguenza, sarà quello di decondizionare il soggetto.

La teoria freudiana del cambiamento sosteneva che il sintomo fosse un sostituto del ricordo (equazione patogenetica): l'obiettivo terapeutico era quindi necessariamente quello di far emergere il ricordo al posto del sintomo, perché il ricordo stesso potesse poi percorrere le usuali vie di usura; la dimenticanza, in definitiva, doveva sostituire la rimozione (equazione terapeutica).

In questi casi la verifica appare inutile, poiché l'efficacia dell'intervento terapeutico è garantita dalla stessa teoria che sostiene e orienta la prassi. Un intervento di decondizionamento, in altri termini, non potrà non essere efficace se ciò che si intende perseguire è proprio il decondizionamento. Si può quindi rilevare la profonda diversità di questi obiettivi da quelli individuati nella situazione precedente, ove per esempio un lavoro interpretativo o di costruzione si proponeva il perseguimento della "maturità".

3. *Obiettivi autarchici* Un terzo ordine di obiettivi ha una sua origi-

ne che possiamo considerare piuttosto strana, anche se interessante per l'itinerario seguito al fine di una sua determinazione; itinerario comunque, foriero di idee e proposte non sempre scientificamente originali e corrette, ma di fatto diffuse e dibattute.

Questo terzo ordine di obiettivi riguarda i protagonisti di quelle pratiche psicologiche che, dovendo giustificare teoricamente la propria prassi, hanno elaborato modelli entro i quali si configurano scopi specifici; tali scopi, peraltro, si comprendono soltanto entro la teoria elaborata, e servono esclusivamente al fine giustificatorio della prassi.

Un esempio può essere ritrovato entro la teoria della psicoterapia di gruppo, e in particolare della gruppoanalisi quale emerge dalla teorizzazione foulkesiana. Qui, infatti, si è costruito un modello strutturale della mente, con riferimento alla matrice e alla rete, al fine precipuo, sembrerebbe, di giustificare l'utilizzazione della pratica del "gruppo" quale contesto entro il quale svolgere un intervento psicoanalitico.

Colpisce, per esempio, come molti gruppoanalisti, quando descrivono la loro pratica e le dimensioni che la caratterizzano, si preoccupino precipuamente, se non esclusivamente, di mettere in rilievo le differenze nei confronti della relazione terapeutica duale. All'utilizzazione di questa differente "struttura", d'altro canto, deve corrispondere una fenomenologia nei confronti della quale si renda efficace specificatamente la struttura stessa, nel caso in esame quella gruppale. Di qui, per esempio, il postulato della rete transpersonale familiare quale fattore patogenetico, che trova nel gruppo (ma non si capisce bene perché solo nel gruppo) il luogo adatto di rielaborazione per un passaggio del malato "alienato" alla individuazione, all'"esserci" come "persona" nel sociale.

In tal modo si configura un obiettivo specifico, che sembra rispondere alle caratteristiche giustificatorie qui sottolineate: è appunto l'obiettivo di emancipazione dalla pressione "transpersonale" per giungere all'"individuazione". Corollario di questa affermazione è l'altra per cui il gruppo deve curare ciò che ha danneggiato.

Tali affermazioni appaiono problematiche quando si considera la congruenza tra obiettivi e metodo; si rivela, infatti, una forzatura del modello teorico che fonda gli obiettivi al solo scopo di giustificare un metodo, il gruppo; metodo che potrebbe avere ben più fondate validazioni se venisse considerato quale prassi atta a perseguire obiettivi più generali, che riguardano l'intera area psicoanalitica.

I tre ordini di obiettivi qui menzionati non esauriscono di certo l'area trattata, e potranno suscitare critiche e discussioni. Lo scopo di questa proposta, peraltro, è quello di stimolare la riflessione sull'argomento. Caratteristica di molte metodologie di intervento fondate su obiettivi difficilmente verificabili, perché non congruenti con la pratica, iscritti nella pratica stessa o giustificanti la pratica adottata, è quella di diventare metodologie normative, di trasformarsi cioè in una sorta di rituale del quale è bene conoscere la complessa articolazione, al fine di non incorrere in sanzioni di esclusione dal gruppo di appartenenza. Dimenticando che ogni metodo, anche e soprattutto nella psicologia clinica, ha un senso

soltanto in rapporto ai problemi che con esso si affrontano, alla domanda che con esso si elabora. Ciò comporta la fondazione di una differente area di obiettivi, che possiamo definire "metodologica".

Vediamo un esempio; si può fare l'ipotesi che un'area problematica dell'interazione sociale sia individuabile nella resistenza a fornire, ad accettare e ad utilizzare riscontri critici nei confronti delle proprie azioni, delle decisioni prese, dei propri comportamenti. Si può notare che la violenza, entro il contesto sociale, si manifesta proprio quale interruzione dei riscontri nei processi di interazione. Con ciò non si vuol dire che l'assenza di riscontri è causa della violenza, dato che quest'ultima dimensione non si intende qui quale categoria psicologica; piuttosto si sostiene che la stessa fenomenologia può essere descritta quale assenza di riscontri o violenza sociale, se vista da vertici differenti.

L'intervento psicosociale, entro un'organizzazione, può avere quale obiettivo quello di facilitare il ripristino delle informazioni di ritorno, dei riscontri critici entro l'organizzazione stessa. È evidente che tale intervento richiede una solida teoria della tecnica, in grado di individuare il senso del proprio operato e la sua potenziale efficacia. Ciò che interessa sottolineare, peraltro, è il fatto che questo non è un obiettivo definitorio di uno stato terminale dell'organizzazione: non si fa alcuna ipotesi su quale assetto assumerà tale organizzazione dopo l'intervento, se per esempio essa sarà meno conflittuale, più matura, meno resistente al cambiamento o anche meno violenta. Questi obiettivi, anche se presenti nella domanda che il committente rivolge allo psicopsicologo, vengono analizzati, non perseguiti nella prassi dell'intervento. Anche perché non si capisce come una tecnica di intervento psicopsicologico potrebbe rendere meno conflittuale un'organizzazione, o più matura ecc. L'obiettivo di facilitare il riscontro, invece, concerne il modo in cui funziona l'organizzazione, non il suo stato terminale, non la sua struttura.

Un rilievo analogo è possibile nel caso della psicoterapia: essa pure può perseguire obiettivi metodologici, come per esempio l'ampliamento della capacità di "pensare", piuttosto che la maturità genitale, ideologicamente fondata.

Obiettivi e verifica: vorremmo affrontare questo tema proponendo uno specifico modello concettuale, che aiuti a chiarire i termini del problema in esame. Tale modello non rappresenta il fine, ma lo strumento dell'analisi, nel tentativo di arrivare a una ricostruzione intelligibile di un problema metodologico, a nostro avviso *centrale* nella realtà della psicologia clinica. Gli obiettivi e il loro rapporto con la verifica, appunto. Indicheremo, quindi, alcune categorie di lettura del problema che ne delineino gli aspetti ritenuti essenziali ai fini dell'individuazione del modello.

Esploriamo seguendo Parsons (1965), quale sia il *rapporto tra teorie scientifiche, legittimazione sociale e prassi scientifica*. Ricordiamo, con l'autore, che la prassi scientifica (o "tecnica") non deriva immediatamente dalla teoria, ma che essa è necessariamente mediata da un processo di legittimazione sociale. Per inciso, si può notare che la crisi del concetto di progresso cumulativo e lineare nella scienza porta sempre più a consi-

derare l'importanza del consenso sociale nella formulazione e nel successo delle teorie stesse (Kuhn, 1878).

Il primo punto da considerare, quindi, è la necessità di *legittimazione* di teorie e tecniche: legittimazione che a sua volta deriva dalla capacità della prassi di rispondere a una domanda sociale.

Come secondo punto, individuamo i riferimenti legittimanti del comportamento competente:

- il *gruppo di appartenenza*;
- il *rapporto tecnico/profano*.

Intendiamo, parlando del rapporto tecnico/profano, indicare quel particolare tipo di prassi competente che implica il rapporto tra tecnico (competente) e profano, non competente ma portatore di una domanda rivolta alla competenza tecnica del primo.

Un esempio che non vada troppo lontano, il gergo SIPS¹ distingue i soci in due categorie: "accademici" e "professionali"; è evidente che i due gruppi vengono distinti in base ai diversi riferimenti legittimanti: gli accademici si suppongono legittimati dal proprio gruppo di appartenenza, i professionali dal rapporto tecnico/profano.

L'*obiettivo* della prassi competente, quindi, è il risultato di un incontro tra teoria e domanda sociale; la domanda sociale, d'altro canto, consegue a un processo di mediazione ed elaborazione del consenso; è quindi caratterizzata da prescrittività.

Ci spieghiamo: nel comportamento competente del tecnico (e quanto più il tecnico è competente tanto più ciò è vero ed evidente), è *già implicito l'obiettivo da perseguire*; la domanda del profano *non può che essere letta in rapporto all'obiettivo proprio della competenza*.

Vediamo un esempio di prescrizione sociale in rapporto a come *deve* essere letta la domanda del profano. Va premesso che nella svariata realtà dell'esperienza, quello che passa nella comunicazione tra tecnico e profano è certamente più complesso di quanto non risulti, a posteriori, dalla risposta che il tecnico propone; risposta orientata, evidentemente, dagli obiettivi della tecnica. Se un cliente si rivolge a un architetto per la ristrutturazione e il restauro di una vecchia casa nella quale vuole andare ad abitare, potrà, nel modo in cui articola la domanda, nelle parole che usa, nelle esigenze e nelle difficoltà che avanza, nei sentimenti e nelle fantasie che esprime, dire cose che se fossero dette nel rapporto con uno psicoterapeuta, potrebbero del tutto plausibilmente portarlo in terapia. D'altro canto, l'architetto ricondurrà legittimamente tutto quanto gli viene detto dal profano a un'unica richiesta: «Mi ristrutturi la casa»; per il resto, potrà pensare che è incappato in un cliente facile, difficile, simpatico, un po' matto ecc.

In altri termini, il riferimento prescrittivo agli obiettivi *dati* dalla tecnica consentirà all'architetto di trovare una soluzione, per quanto

¹Società Italiana di Psicologia.

possibile, al problema del suo rapporto con il cliente, riconducendolo in un ambito di *reciproca convenienza* attraverso un'azione prescritta. Si può quindi affermare che la risposta prescritta è fondata sulla competenza: il medico *deve* curare o prevenire, il meccanico deve riparare il motore, l'insegnante deve promuovere e facilitare processi di apprendimento ecc.

D'altro canto, la risposta prescritta fonda il *potere* del tecnico sul profano, in quanto è l'espressione specifica, l'unica possibile, del gradiente di competenza che differenzia i due, e che li differenzia appunto nei termini del potere.

La risposta prescritta, inoltre, restringe in modo coerente e cogente l'ambito del rapporto tra tecnico e profano; se non esistesse un obiettivo fondato sul sapere tecnico e condizionante il sistema domanda-risposta, tale rapporto potrebbe assumere qualsiasi connotazione, configurare quindi una situazione altamente ansiogena in quanto priva di un reciproco controllo, e tale da costituirsi quale area per l'agito senza limiti della fantasia.

Quanto è plausibile che la stessa modalità di prescrizione data dalla tecnica si attui nel rapporto tra profano e tecnico/psicologo clinico? In altri termini, quanto è plausibile che anche in questo rapporto ci sia una modalità prescrittiva di domanda e risposta; prescrizione, come si è visto, dettata dagli obiettivi prefissati dalla tecnica? E quanto è possibile realizzare l'azione controllata delle fantasie senza esplorarle?

Se così fosse, qualsiasi cosa un profano possa comunicare a un tecnico/psicoterapeuta nell'ambito di una consultazione, la risposta del tecnico dovrebbe necessariamente configurarsi come una psicoterapia; l'alternativa sarebbe quella di dire al profano che "non ne ha bisogno"; sottolineiamo che quest'ultima risposta, nell'ambito dell'analisi proposta equivale alla prima, corrisponde alla stessa logica prescrittiva, allo stesso modello di rapporto che non implica l'esplorazione delle fantasie, e in questo senso non elude minimamente il problema.

In effetti, un problema sembra esserci; quanto appare convincente nella risposta dell'architetto, ma potrebbe essere anche un medico, un idraulico, un giardiniere, solleva perplessità in quella dello psicologo clinico. Crediamo che tale perplessità possa chiarirsi se si assume che, diversamente da altre competenze, proprio per la sua specificità, il rapporto tecnico/profano nell'ambito psicologico clinico non può esaurirsi nella modalità di relazione descritta. Tale modalità si fonda, come si diceva, su una precisa definizione di *risultato* configurata dalla tecnica; è in base alla relazione univoca che intercorre tra tecnica e risultato (per esempio tra intervento terapeutico in ambito medico e guarigione) che si giustifica e avviene quindi la prescrizione.

Dall'analisi della letteratura non emerge che in ambito psicologico clinico sia presente una precisa definizione di quali debbano essere gli obiettivi (e quindi la verifica) dell'intervento, sia esso psicoterapeutico o psicosociale. Si può proporre, come ipotesi, che gli obiettivi dell'intervento psicologico clinico siano orientati in modo spesso confuso e con-

flittuale all'interno delle teorie, e ancor più spesso nella prassi, secondo una duplice, divergente modalità: da un lato l'intervento può perseguire obiettivi orientati da un *esito terminale progettato*, migliorativo e correttivo di una disfunzione esistente (per esempio una terapia psicoanalitica volta a perseguire la maturità genitale, o un intervento socioterapeutico volto a modificare una realtà organizzativa nel senso di promuovere un'evoluzione più matura delle difese contro l'ansia psicotica); dall'altro si può perseguire un obiettivo che non concerne l'esito finale di un processo, ma il *processo* in quanto tale. Nel secondo caso non interessa correggere o migliorare l'esistente, ma individuare modelli di analisi che permettano di comprenderne il funzionamento (precisamente attraverso la sospensione di una valutazione normativa degli esiti), e di proporre come obiettivo *l'acquisizione di un metodo* (per esempio, per poter pensare le fantasie e non agirle).

Modificando *ad hoc* un termine di Kuhn, si potrebbe dire che ci si trova in una situazione pre-preparadigmatica. Per Kuhn, infatti, un periodo preparadigmatico è caratterizzato dalla presenza di un certo numero di scuole in competizione tra loro; successivamente, sulla scia di qualche notevole *risultato scientifico raggiunto*, il numero delle scuole risulta assai ridotto (Kuhn, 1978, p. 216). Come si vede, sembrerebbe necessario condividere almeno la definizione dell'oggetto del quale ci si occupa e conseguentemente del risultato, e orientare quindi la competizione al suo perseguimento.

Sembra, così, che la presenza di tante "scuole" nell'ambito della psicologia clinica non debba portare scontatamente a scelte di campo; per una evoluzione della psicologia clinica, infatti, parrebbe più adeguata una riflessione sulla configurazione, più o meno esplicita (e questo è il problema), degli obiettivi nei vari tipi di intervento. Riflessione sul funzionamento di un processo, quindi sugli stessi risultati che si intendono perseguire in psicologia clinica, attraverso l'individuazione di metodi che permettano di attuarla: non ancora, in ogni caso, competizione sul perseguimento ottimale degli esiti progettati.

Sembrerebbe così attuata quella scelta di campo che abbiamo appena detto non opportuna, indicando nell'atteggiamento da assumere esattamente quella posizione di analisi del processo che abbiamo individuata come propria degli obiettivi metodologici.

Questo è vero solo in parte. Pensiamo, difatti, che il riferimento alla psicologia generale possa aiutare a individuare il processo nell'ambito del quale cambiamento lineare e cambiamento esploratorio (altro modo col quale possiamo chiamare l'analisi di un processo), convivono: *il processo di adattamento*. Nell'ambito di quest'ultimo, difatti, essi sono entrambi necessari e in un rapporto di complementarità.

Un inciso: stiamo parlando di cambiamento; non lo faremo senza aggiungere che il "cambiamento", senza ulteriori specificazioni, è il più falso degli obiettivi che ci si possa porre. Non c'è tecnica che abbia come obiettivo il "cambiamento". Pensiamo a un architetto, a un medico che si

pongano, in risposta alla domanda dell'altro, l'obiettivo di cambiare, senza chiarire a se stessi e al profano che cosa cambiare e per quale motivo. L'intento ci appare immediatamente improponibile, al punto che pare inutile, se non assurdo, aver sollevato la questione. Eppure, questo sembra possa accadere allo psicologo clinico, che può concludere il suo intervento osservando, a posteriori, che "qualcosa è cambiato". Proviamo a ipotizzare una situazione paradossale: lo psicologo clinico pone come obiettivo del suo intervento *che non cambi nulla*; il paradosso non risiede nell'inopportunità dell'intento ma nella sua evidente impossibilità.

Torniamo al tentativo di sviluppare il ragionamento iniziato, ricordando che esso richiede una precisa teoria del cambiamento. Nella prassi di qualsiasi altra tecnica che non sia quella propria della psicologia clinica, è implicata solo la prospettiva lineare del cambiamento; utilizziamo i termini di uno storico della scienza, facendo di nuovo riferimento a Kuhn: quest'autore parla di cambiamento cumulativo e di cambiamento catastrofico; come si intuisce, un tecnico, nel rapporto col profano farà riferimento solo a una competenza in qualche modo *stabilizzata*, non ad applicazioni della disciplina nella sua fase di crisi catastrofica.

Se notiamo i termini con i quali Kuhn definisce le due modalità di cambiamento (cumulativo e catastrofico), essi rievocano gli stessi aspetti complementari dell'adattamento prima evocati, cambiamento lineare ed esploratorio, ma da un *altro punto di vista*. Catastrofico può essere il cambiamento di un disciplina quando si cambiano i criteri della sua coerenza interna, si riformulano le categorie che la definiscono; esploratorio è l'atteggiamento dell'uomo di fronte al compito di riformulare le categorie delle teorie in base alle quali dare un senso agli stati del mondo.

Nell'ambito di una prassi psicologico-clinica, quindi, è tutt'altro che plausibile prevedere scontatamente che la domanda rivolta dal profano al tecnico concerna solo esigenze di cambiamento lineare (riempire vuoti, risolvere problemi, curare malattie, per citare alcune delle metafore più frequenti). E non solo per un problema tecnico, molto complesso, di individuare prassi congruenti con tali obiettivi e quindi verificabili, ma anche e soprattutto per un problema metodologico. Quando la domanda è rivolta a uno psicologo clinico, è tutt'altro che ovvia l'assenza di esigenze non risolvibili in modelli lineari di cambiamento, cioè in "cure" o "terapie" di disfunzioni, per esempio. Questo perché le persone o le strutture organizzative possono esprimere una domanda che concerne loro stesse, non un problema; il loro modo di funzionare, non la disfunzione in quanto tale.

Pensiamo che a questo punto sia più comprensibile un'affermazione precedente: che per uno psicoterapeuta (ma lo stesso caso potrebbe darsi per uno psicosociologo che interviene presso un'organizzazione) attuare una diagnosi e rispondere in base ad essa, alla persona che lo ha consultato, che non ha bisogno di terapia, non risolve un problema metodologico di base, non è un'alternativa, in questo senso, al curarla. Resta infatti da sapere: perché quella persona si è rivolta allo psicoterapeuta?

peuta? Che attese, che esigenze, che fantasie ha espresso? Di che domanda si trattava?

L'analisi della domanda, infine.

Che cosa intendiamo, quindi, per analisi della domanda?

Una specifica *teoria della tecnica*, intendendo per tecnica il rapporto tecnico/profano. L'analisi della domanda è quella teoria della tecnica che si propone di individuare *modelli di analisi del rapporto* tra psicologo clinico e individui od organizzazioni che a esso si rivolgono.

Per esempio, un modello di interpretazione della collusione come modalità di rapporto nella quale vengono agite le fantasie sollecitate dalla relazione. Se abbiamo una teoria della collusione come azione delle fantasie evocate dal rapporto, possiamo interpretare gli aspetti collusivi delle modalità di domanda/risposta prescritte socialmente nella relazione tecnico/profano.

Quale sintomo di come si configura tale rapporto in ambito psicologico, vorremmo tornare ad un esempio fatto all'inizio di questo paragrafo: le categorie accademici e professionali con cui il gergo SIPS divide i soci; avevamo riferito la prima, gli accademici, alla legittimazione data dal gruppo di appartenenza; la seconda, i professionali, a una legittimazione data dal rapporto tecnico/profano.

Proviamo a fare un'ipotesi: le due categorie esprimono la fantasia di un conflitto tra due gruppi che si disistimano reciprocamente: gli accademici, sospettati di fondare il loro potere su una collusione tra loro; i professionali, sospettati di fondare il loro potere su una collusione col profano.

Andiamo un po' più avanti con l'ipotesi: questo conflitto reifica la scissione tra teoria e prassi; un aspetto significativo della scissione è che essa pare fondarsi sulla teoria implicita che gli psicologi non abbiano strumenti per interpretare la collusione, ma possano solo agirli.

Se questa fosse la fantasia, si potrebbe sconfermarla.

L'analisi della domanda significa, infatti, l'analisi degli obiettivi impliciti prescritti dalle fantasie evocate dal rapporto; analisi che si propone l'obiettivo (esplicito e verificabile) di permettere alle persone implicate nella relazione (tecnico e profano) di esplorare (con un metodo) il processo di comunicazione condiviso, e le "teorie" della relazione, dell'uomo, della struttura, della cura, dell'analisi stessa, che la domanda esprime.

La collocazione dell'analisi della domanda a monte dell'istituzione di un *setting* di risposta, nell'ambito disciplinare della psicologia generale come scienza dell'adattamento, non è priva di conseguenze: ci si può chiedere, difatti, se in questo caso abbia ancora senso parlare di malattie o disfunzioni, evocando modelli di rapporto che prescrivono la risposta della cura e della terapia senza analizzarli. Evidentemente, il problema non è nominalistico; la presente proposta è solo un invito a riflettere sui modelli, espliciti e più spesso impliciti, che orientano di fatto la prassi clinica; a riflettervi partendo da un'analisi dell'esistente, della letteratura quindi, ma anche dell'esperienza, e delle fantasie che lo stesso psicologo

clinico si trova ad agire o pensare nel momento in cui si confronta con la domanda dell'altro.

3.5. Per una teoria della tecnica

3.5.1. Premessa

La psicologia clinica sta vivendo un momento di grande cambiamento. Forse chi è immerso nel lavoro clinico non si rende completamente conto di questo evento, ma molti segnali dicono che il cambiamento è in atto. Vediamo di esaminare alcuni aspetti rilevanti. Pensiamo, a questo fine, all'evoluzione del rapporto tra teoria e tecnica nell'ambito clinico. Tale evoluzione si potrebbe riassumere così: sono state possibili una tecnica senza teoria, una teoria senza tecnica; ora si sta elaborando, sia pure faticosamente, una teoria della tecnica.

Proviamo ad approfondire questa affermazione. Per una comprensione del tema che intendiamo trattare sarà utile in primo luogo considerare quale significato attribuire al termine "tecnica". Ogni comportamento che sia fondato su una competenza può essere inteso come tecnica; d'altro canto la competenza, in quanto orientata allo scopo, viene riferita a un *corpus* teorico che la fonda, e alla sua legittimazione sociale.

Questo aspetto, peraltro, non è sufficiente ai fini della nostra definizione; come già abbiamo detto, la tecnica implica necessariamente il *rapporto tra tecnico e profano*. Riconsideriamo come si può realizzare la validazione di un comportamento competente (il filosofo, il ricercatore puro, il medico ecc.). Abbiamo proposto, per la sua legittimazione, due origini che non si escludono reciprocamente, né sono scontatamente complementari: il gruppo di appartenenza e il rapporto tecnico/profano.

È evidente che il filosofo e il ricercatore puro avranno quale fonte di legittimazione il gruppo di appartenenza. Il medico, di contro, dovrà fare riferimento anche al rapporto tecnico/profano. La legittimazione che origina da quest'ultimo rapporto è fondata sul gradiente di competenza che differenzia il tecnico dal profano, e sulla riconosciuta utilità della prestazione.

Parsons (1965), per esempio, analizza il complesso modello sociologico che fonda il rapporto medico-paziente, evidenziando nella definizione dello *status* di malato anche l'obbligo alla cura e l'obbligo di rivolgersi per tale scopo al medico; che a sua volta è legittimato nel suo stato di tecnico dal suo gruppo di appartenenza. Notiamo come il rapporto tecnico/profano non sia mai oggetto di analisi, in quanto stabilmente fondato su un gradiente di competenza che sancisce, appunto, la dipendenza del profano dal tecnico. Tale dipendenza potrà assumere differenti modalità di relazione, in funzione delle varie prestazioni tecniche e degli scopi perseguiti.

In particolare, la relazione medico-paziente comporta uno specifico modello di dipendenza, più volte descritto e considerato sotto un profilo sociodinamico. Nell'economia di questo lavoro interessa sottolineare che

tale relazione non richiede processi di analisi. Quindi, quando parliamo di "modello tecnico" intendiamo l'agito di una fantasia di relazione sollecitata dal rapporto medico-paziente (tecnico/profano).

Proponiamo di chiamare *tecniche senza teoria* quei comportamenti competenti che non implicano un modello di analisi del modello tecnico/profano, quindi una *teoria della tecnica*.

Vale la pena sottolineare che soltanto entro la psicologia clinica si richiede una teoria della tecnica, cioè una analisi del rapporto tecnico/profano. Soltanto entro la psicologia clinica, quindi, ha senso parlare di tecniche senza teoria. La medicina, per esempio, è evidentemente e coerentemente una tecnica senza teoria (della tecnica).

Più complessa è una definizione della *teoria senza tecnica*. Qui ciò che sembra mancare è la considerazione del rapporto con il profano e la necessità di trarre legittimazione da tale rapporto. In generale si danno teorie senza tecnica quando il riferimento della propria competenza è unicamente il gruppo di appartenenza. Ancora una volta ciò può essere coerente con la qualità della competenza; in alcuni casi, significativamente, la competenza si qualifica anche in base alla negazione, da parte del tecnico, della sua necessaria dipendenza dal profano; per esempio, il non concedere nulla alle potenzialità applicative proprie di una teoria.

Consideriamo la psicologia clinica: sono possibili teorie senza tecnica quando la dimensione applicativa è verificata esclusivamente in base ai criteri del gruppo di appartenenza e fonda la sua tecnica su premesse teoriche che prevedono scontatamente le esigenze del profano; o su modelli di rapporto che inducano il profano stesso, paradossalmente lo obblighino, a manifestare tali esigenze.

3.5.2. Le tecniche senza teoria

La tecnica senza teoria può essere riconosciuta nella psichiatria tradizionale, e nel suo tentativo di applicare il modello medico, esportato in un altro ambito di competenza (e in quanto tale mimato), alla domanda di intervento sul disagio psicologico.

Intendiamo riferirci in particolare all'obiettivo che sembrava caratterizzare l'intervento psichiatrico anche nel recente passato, e che lo caratterizza tuttora in alcune sue manifestazioni: l'obiettivo di modificare e quindi di controllare il comportamento dell'altro. Tale obiettivo può essere stato proposto di volta in volta in modo diverso, ma di fatto ha rappresentato il modello su cui si è fondata la stessa concezione di malattia mentale. Vale la pena ricordare che i modelli di analisi descrittiva o sindromica della malattia mentale, nella loro formulazione classica, si sono sempre riferiti direttamente o indirettamente al comportamento, nell'ipotesi di orientare la pratica clinica alla sua modificazione.

Ricordiamo in proposito come già Fornari (1976) avesse messo in rilievo la dinamica etnocentrica in base alla quale l'alienato (mentale) viene considerato come appartenente a un gruppo estraneo e in definitiva a un gruppo nemico in quanto portatore del male. Qui, peraltro, non si tratta di ripercorrere i differenti modelli di malattia mentale, quanto

invece di rilevare come la stessa nozione di malattia si riferisca, nel caso specifico, all'azione dell'altro che non è possibile far rientrare entro i codici consensuali sui quali si fonda la relazione sociale. Codici consensuali che usualmente permettono la anticipazione del comportamento dell'altro, la verifica delle attese e la eventuale giustificazione dello scarto rilevato.

La tecnica senza teoria si è quindi posta l'obiettivo di modificare il comportamento. La psicologia generale, d'altro canto, dice che le possibili aree di intervento psicologico sul comportamento, ai fini di una sua modificazione, riguardano l'informazione, il premio e la punizione; inoltre le loro differenti combinazioni e articolazioni.

La tecnica, di fatto, si è orientata a conferire forme ritualizzate a interventi che possono essere ricondotti alle tre aree ora ricordate, al fine di legittimarli entro uno statuto di professionalità.

Il fatto di intervenire nei confronti di persone affette da malattia (mentale), peraltro, era fondamentale per giustificare non tanto l'efficacia, quanto la legittimità professionale dell'intervento stesso. Significativa, al proposito, l'utilizzazione tautologica degli psicofarmaci nella psichiatria degli anni Sessanta; quando la diagnosi nei confronti di alcuni "malati" veniva formulata in base all'efficacia di particolari farmaci, una volta che fossero loro somministrati: «Questo è un malato da Largactil». Importante sottolineare come fosse del tutto irrilevante, in ordine alla teoria della tecnica, il fatto che per alcuni psichiatri più colti l'affermazione ora riportata nella sua formulazione più drastica, venisse arricchita da specificazioni quasi-diagnostiche del tipo: «Questo è uno schizofrenico da Largactil».

La tecnica, sia pure senza teoria, ha avuto e ha una sua efficacia nell'ambito della domanda psichiatrica; e ciò indipendentemente dal modo con il quale questa domanda era espressa, e dal significato culturale e politico delle strutture entro le quali essa era trattata.

La tecnica senza teoria, peraltro, aveva bisogno di "malati" per fondare il senso della sua esistenza e per legittimare la sua coerenza professionale. Si può allora comprendere il motivo per cui nell'intento di mettere in crisi la pratica psichiatrica tradizionale, si sia ritenuto necessario discutere e demistificare la nozione stessa di malattia mentale, e rifiutare lo statuto di "malato" a chi formulava la domanda di intervento psichiatrico, o a chi era l'oggetto dell'intervento stesso. Il movimento antipsichiatrico, nella sua lunga battaglia contro la psichiatria tradizionale, culminata con la vittoria politica sancita dalla legge 180, ha avuto quale oggetto di critica la *struttura psichiatrica*, il *sistema psichiatrico* nella sua organizzazione di potere e di intervento; non la *domanda di intervento*, che è rimasta pressoché inalterata ed inesplorata.

È quindi interessante rilevare come la pratica di una tecnica (senza teoria) nell'ambito psichiatrico attuale sia essa pure rimasta pressoché immutata, anche se con qualche miglioramento dovuto all'evoluzione degli strumenti dei quali la tecnica stessa si è via via arricchita.

Si può anche notare come la domanda rivolta alla tecnica (senza teoria) si sia recentemente ampliata, con la diffusione crescente di particola-

ri comportamenti devianti da modificare entro il complesso tessuto sociale, quali la tossicodipendenza, l'alcolismo ecc. Va sottolineato che la medicalizzazione della devianza e la definizione di una risposta tecnica, sia pure senza teoria della tecnica, ha consentito di ridurre, se non di sostituire totalmente, tecniche di intervento più drastiche e violente, meno rispettose dei diritti umani, fondate sulla logica repressiva e punitiva. Peraltro, queste stesse nuove aree di applicazione della psichiatria hanno messo in evidenza il compito impossibile insito nell'obiettivo di modificare il comportamento; quando per comportamento si intenda l'insieme dell'agire umano, la sua progettualità, o se si vuole la sua complessità.

3.5.3. Le teorie senza tecnica

La psicologia clinica si è necessariamente confrontata con questa realtà, ora per brevi tratti ricordata, e ha individuato differenti proposte teoriche, orientate alla ridefinizione dei processi psichici e delle loro manifestazioni individuali e sociali.

Sono così sorte scuole, indirizzi o movimenti psicoterapeutici, caratterizzati dall'autonomia pretesa sia nei confronti della psichiatria tradizionale che da ogni altro indirizzo psicoterapeutico. Ciascuna scuola ha preteso, in altri termini, di esaurire in se stessa la psicologia clinica. Per questo la psicologia clinica ha tardato così a lungo nel proporsi nel nostro paese quale area specifica di ricerca e di applicazione in ambito psicologico.

Ha avuto così inizio la teoria senza tecnica.

Proponendo queste riflessioni, siamo ben consapevoli del fatto che le cose non stanno esattamente in questo modo; che esistono ambiti teorici, quali per esempio la psicoanalisi, che si sono proposti inizialmente il compito di individuare una stretta relazione tra teoria e tecnica. Ma le realtà della pratica clinica e dell'elaborazione teorica in ambito psicologico-clinico si sono evolute per lungo tempo in modo indipendente, senza grandi scambi reciproci, e in particolare proprio all'interno della stessa psicoanalisi.

Qui è importante un approfondimento delle nozioni di teoria da un lato, di tecnica dall'altro. Pensiamo che il concetto di "malattia" possa servire quale dimensione specifica per tale approfondimento. Se lo psicologo clinico, inseguendo più o meno esplicitamente l'immagine dello psichiatra, ritiene che il suo compito sia quello di curare dei malati e di guarirli dalla malattia, la teoria e la tecnica in ambito clinico non potranno che rimanere separate, in un necessario processo di ignoramento reciproco. Si può notare infatti come la sola terapia di modificazione del comportamento sia coerente con l'ipotesi per cui l'obiettivo della tecnica è la guarigione dalla malattia; e questo perché la tecnica è fondata su precise premesse teoriche che orientano l'azione. Qui peraltro si pone quale problema la definizione di malattia cui è costretta la terapia del comportamento, prefiggendosi il compito di rispondere puntualmente alla domanda del paziente. Questo è il motivo per cui, nella terapia di modificazione del comportamento, la domanda del paziente deve essere

presa alla lettera, e la rilevazione sintomatologica deve fondare la strategia dell'intervento. La verifica, basata a sua volta sulla scomparsa o sul miglioramento dei sintomi, è al contempo di facile attuazione e attendibile.

Si è anche detto che la terapia comportamentista non è una terapia eziopatogenetica ma eminentemente sintomatologica. E il parallelo con la medicina interna è d'obbligo, per indicare la scarsa rilevanza di un intervento orientato a risolvere i sintomi, e tale quindi da non affrontare le cause della alterazione patologica. Anche questo rilievo non è però corretto. E ciò per un motivo semplice e allo stesso tempo molto problematico: se si procede oltre il sintomo, nell'ambito psicologico-clinico, non si incontrano la patogenesi e l'eziologia della forma morbosa; si incontra invece, quale prima e rilevante fenomenologia, la domanda della persona che si è rivolta allo psicologo stesso, o la domanda che lo psicologo ha sollecitato con i suoi interventi.

Qui è importante essere chiari, anche perché il termine utilizzato, la "domanda", si presta a equivoci e banalizzazioni. La più frequente di tali banalizzazioni è quella che scambia la domanda per "quello che il paziente chiede allo psicologo clinico". Corollario di questa lettura banale è la convinzione che porta a considerare l'analisi della domanda come l'interesse, peraltro doveroso, dello psicologo clinico a capire che cosa il paziente vuole da lui. Tutto questo appare ovvio in qualsiasi contesto professionale; un architetto, un elettricista, un parrucchiere, non possono non porsi il problema della domanda che, esplicitamente o implicitamente, viene loro rivolta dall'utente. E questo non richiede una specifica elaborazione teorica. Va peraltro ricordato che l'architetto può fare dell'analisi della domanda (in senso banale) uno dei fondamenti del proprio successo professionale, e questo può valere, per esempio, anche per il cuoco. Vi sono professionisti in grado di creare nuovi interessi e nuove domande, come per esempio gli autori di spettacoli televisivi. Ma tutto questo non ha nulla a che fare con l'analisi della domanda di cui si parla in psicologia clinica.

A questo proposito è invece utile ricordare come un professionista che, per definizione, non esercita alcuna analisi della domanda (in senso "banale") sia proprio il medico. La presunzione dell'esistenza di uno stato morboso è ragione necessaria ma anche sufficiente per legittimare il suo intervento. Il medico, in altri termini, sostituisce l'analisi della domanda (nel senso banale) con la diagnosi, e con le conseguenti iniziative terapeutiche.

Se una persona è diabetica, ipertesa o affetta da morbo di Hodgkin, quale domanda potrà mai formulare nei confronti del medico? E che bisogno c'è di analizzare tale domanda? Se una persona è nevrotica, ansiosa, ossessiva, fobica, quale domanda potrà mai formulare nei confronti dello psicologo clinico? Ecco, qui le cose si fanno notevolmente diverse.

Sino a quando i due ordini di interrogativi erano considerati del tutto omologabili, mutando ovviamente quel che c'era da mutare, non si poneva alcun problema di analisi della domanda, e quindi la tecnica non poteva essere in rapporto diretto e coerente con la teoria. Dal momento in

cui si mette in discussione la categorizzazione di una persona come "fobica" o "depressa", ciò che essa agisce nel suo rivolgersi allo psicologo clinico, tramite la simbolizzazione affettiva elaborata nei suoi confronti, nella sua strategia di rapporto, nella dinamica proposta con la sua domanda di intervento, aiuto, terapia, sostegno, comprensione, analisi, formazione, cambiamento, diventa centrale per orientare la pratica clinica dello psicologo.

È allora di fondamentale importanza l'elaborazione d'una teoria della tecnica.

È utile una precisazione, al proposito. Si è detto in precedenza come molte aree teoriche nell'ambito della psicologia clinica siano sorte come teorie che, almeno apparentemente, appaiono profondamente ancorate a specifiche tecniche. Questa relazione stretta ed esaustiva della teoria alla tecnica è, per esempio, una delle cause principali della proliferazione di scuole e gruppi di appartenenza che sembrano popolare quel complesso arcipelago che con qualche sforzo di ottimismo possiamo chiamare "la psicologia clinica".

Infatti ogni teoria che nasce quale fondazione di una tecnica e che si esaurisce nella fondazione stessa della tecnica, non può intrattenere alcun rapporto con altre teorie, entro un contesto riconosciuto come comune. Ciò significa che la legittimazione dei tecnici si fonda esclusivamente sul gruppo di appartenenza; in questo senso non si elabora un'analisi della relazione tra tecnico e profano, ed è questo il motivo per cui in tali casi proponiamo la definizione di *teorie senza tecnica*.

È importante sottolineare che la chiusura reciproca delle singole scuole, la rivalità e al contempo la interna coesione difensiva e la ritualità conseguente che caratterizzano le scuole stesse non devono stupire: nell'ottica qui proposta sono conseguenze coerenti dell'essere teorie senza tecnica.

L'importante, peraltro, è il fatto che la psicologia clinica non deriva affatto dalla relazione o dal confronto di queste differenti scuole. E lo psicologo clinico non è per niente un professionista che assomma entro la sua competenza il maggior numero di tecniche, nell'ipotesi di essere tanto più approfonditi e capaci quanto più numerose sono le tecniche che si apprendono e si fanno applicare. Eppure esistono esempi anche illustri di psicologi che pretendono di fondare su tali basi la loro competenza!

3.5.4. Per una teoria della tecnica

Prima delle tecniche vengono i problemi. Ma, come si è detto, nell'ambito psicologico-clinico i problemi, e le domande che essi motivano nei singoli o nelle organizzazioni sociali, non hanno quella configurazione stereotipata e quindi semplice che deriva dalla prescrizione sociale della domanda.

La *teoria della tecnica*, quindi, è quell'area di studio e di apprendimento che riesce a superare i limiti della tecnica senza teoria (la terapia della malattia mentale) e della teoria senza tecnica (l'applicazione scon-

tata del modello psicoanalitico, sistemico ecc., e la prescrizione di tali interventi al profano). *L'analisi della domanda* evidentemente, richiede a sua volta una teoria che ne fondi la pratica.

Facciamo un esempio. Si rivolge allo psicologo clinico una madre preoccupata per il comportamento della figlia adolescente, della quale non sa nulla pur sospettando le cose più angoscianti: teme infatti che la figlia si droghi, che possa arrivare alla prostituzione e anche peggio.

Le reazioni che potrebbe suggerire un modello medico male applicato, risolverebbero questa domanda:

- a) con la richiesta di un colloquio diagnostico con la figlia, al fine di accertare...;
- b) con la diagnosi di un "disturbo" a carico della madre, e con l'invitarla ad accedere a una terapia;
- c) con la richiesta di incontrare l'intero nucleo familiare, al fine di...;
- d) altro.

Rimane anche la possibilità di esaminare cosa succede nel rapporto tra quella madre e lo psicologo clinico, e di utilizzare specifici modelli di analisi del rapporto stesso. Entro questo modello di analisi, per esempio, non interessa in prima istanza accertare se la madre dice il vero (per ipotizzare un'alterazione del comportamento a carico della figlia); se la stessa madre non dice il vero, se ha un falso sospetto (per ipotizzare un'alterazione del comportamento a suo carico); quali siano i rapporti tra madre e figlia, e tra le due e il resto della famiglia (per ipotizzare una alterazione del comportamento a carico della famiglia) ecc.

Può sembrare scontato quanto ora viene affermato. Rimane comunque il fatto che in molti, moltissimi casi gli psicologi clinici che operano nei servizi o che si trovano a trattare domande di intervento (e non ad applicare delle tecniche su casi per i quali la domanda è già stata trattata con l'invio all'esperto) *rispondono* alla domanda più o meno con modalità simili a quella ora tratteggiata, pur avendo studiato approfonditamente le proposte teoriche concernenti l'identificazione proiettiva o il doppio legame.

Ancora più problematica si propone la situazione quando si tratta di elaborare e analizzare la domanda di intervento clinico che viene dalle organizzazioni sociali. Salvo rari casi, ove peraltro il tentativo di medicalizzare l'intervento psicosociale ha sortito esiti irrilevanti; qui manca infatti anche quella dimensione diagnostico-terapeutica che, pur non analizzando la domanda, rappresenta tuttavia una risposta credibile.

E allora non rimane che *rispondere* puntualmente alla domanda di intervento organizzativo: che di volta in volta può essere una domanda di formazione, di informazione, di diagnosi, di valutazione del personale, di analisi dei bisogni, di studio dell'immagine ecc.

Se la domanda rappresenta un'area entro la quale la persona o il committente organizzativo *agiscono delle fantasie*, allora l'analisi della domanda consiste nell'evidenziare le fantasie agite; quindi nella proposta di un *pensiero* che prenda il posto dell'azione entro la relazione stessa.

È importante sottolineare come questo lavoro di ripristino della fun-

zione del pensare quale mediazione tra fantasia e azione possa costituire una ipotesi teorica fondante la pratica clinica. Entro questa ipotesi di lavoro, evidentemente, possono essere recuperati i contributi concettuali delle differenti aree teorico-cliniche, che possono inoltre essere integrati in una prospettiva di elaborazione sempre più articolata e soddisfacente della tecnica.

Vorremmo sottolineare come la psicologia clinica si proponga quale disciplina autonoma, fondata su un oggetto comune e su una condivisione di metodo soltanto quando sappia darsi, appunto, un oggetto comune. Il tentativo di definire come oggetto della psicologia clinica la "malattia", il "disagio", la "sofferenza" o altro di simile in funzione delle mode o delle ottusità formali, sembra aver prodotto, in definitiva, tante teorie e tante tecniche separate e difficilmente conciliabili.

Un esempio chiaro, quanto sconcertante di questo è dato dai programmi concernenti le differenti discipline cliniche che si possono leggere nell'Ordine degli studi dei nostri corsi di laurea in Psicologia, come anche nei corsi di Psicologia clinica presso le facoltà di Medicina.

Ma tutto questo non ci deve stupire; sembra infatti che ciò sia la conseguenza problematica di un difficile cammino verso una teoria della tecnica. Si deve ancora sottolineare come la definizione prima ricordata dell'oggetto proprio della psicologia clinica ha anche comportato una pericolosa quanto limitante enfaticizzazione psicoterapeutica entro la psicologia clinica stessa. Con una frequente svalorizzazione, e un ancor più frequente ignoramento di altre prospettive cliniche che si rivolgono alla promozione della salute, all'analisi istituzionale, all'intervento psicosociale ecc.

L'interesse per queste differenti aree della pratica clinica, peraltro, non può essere evocato soltanto con la loro menzione e con il rammarico per i limiti imposti dalla valorizzazione della prospettiva terapeutica. Vale la pena ricordare, a questo proposito, che la psicoterapia consente di riprodurre, attraverso una mimesi del rapporto medico-paziente, la dipendenza più profonda e totale del profano nei confronti dello psicologo. Altre prospettive di intervento, invece, non consentono di fruire di tale relazione dipendente; in assenza di una teoria della tecnica che orienta nel rapporto, quindi, queste alternative saranno abbandonate o rifuggite come le peggiori tra le prospettive professionali. A questo si aggiunga la tendenza dei gruppi di appartenenza a difendere, spesso in modo acritico quanto rigido, la qualità terapeutica della propria prassi, per rafforzare la funzione legittimante in rapporto al gruppo di appartenenza stesso.

È una teoria della tecnica che potrà orientare in modo più congruente e innovativo la pratica degli psicologi clinici.

3.6. Quale intervento

Sulla base di quanto sino a questo momento è stato esaminato, si può delineare la struttura generale dell'intervento clinico in psicologia.

Ciò con l'obiettivo di giungere a una fondazione teorica dell'utilizzazione clinicamente orientata del gruppo, quale modalità di intervento entro la psicologia clinica stessa.

Un primo ordine di considerazioni concerne la funzione che, nell'intervento clinico, riveste la *sospensione dell'azione*, entro il rapporto che lo psicologo clinico instaura con l'utente del suo intervento. Purtroppo il tema dell'agire, entro la pratica psicologico-clinica, ha assunto nel passato connotati di tipo moralistico che sono serviti, a volte, soltanto a evitare il nucleo importante del problema; connotati che, comunque, manifestavano la carenza di una teoria della prassi in grado di orientare lo psicologo clinico su questo delicato aspetto dell'esperienza.

È interessante sottolineare come, nella letteratura e in particolare nella cattiva letteratura, la sospensione dell'azione venga descritta e considerata come correttezza professionale, da garantire in funzione della condizione indifesa che spesso presentano le persone che si rivolgono allo psicologo clinico, o della regressione che la relazione psicoterapeutica comporta.

Questo modo di considerare il problema è, a nostro modo di vedere, profondamente scorretto e fonte di grandi equivoci entro la teoria della prassi clinica in psicologia. Ricordiamo, a sostegno di questa affermazione, quanto si è detto in precedenza a proposito della deontologia medica e del suo corrispettivo entro la psicologia clinica.

Se un chirurgo interviene in modo esperto e risolutivo sullo stato patologico di un suo paziente, e poi chiede una tariffa elevatissima per la sua prestazione, i due problemi sono in qualche modo separati. È possibile considerare da un lato l'abilità professionale del chirurgo, dall'altro il significato sociale, etico della sua richiesta di compenso. Per quest'ultimo problema, di fatto, interviene appunto un codice deontologico. Il giuramento di Ippocrate, a cui si richiama la deontologia medica, è molto chiaro ed esplicito al proposito.

Ma quando uno psicologo clinico agisce in modo scorretto entro la relazione psicoterapeutica il problema è ben più grave, e non può essere risolto nell'ambito di una considerazione deontologica. L'area delle azioni scorrette, inoltre, è ben più ampia in questo caso: essa comprende tutto quello che viene di fatto agito al di fuori dell'analisi della domanda prima, del *setting* di intervento nel momento successivo (nel caso in cui sia possibile individuare una differenziazione tra queste due fasi).

Il motivo per cui l'azione deve essere sospesa, peraltro, non è dato dalla sua intrinseca scorrettezza, valutazione che implica una categorizzazione delle azioni in funzione del loro effetto pragmatico e quindi di un codice morale. Nella prassi psicologico-clinica, l'agire non è previsto, qualunque sia la sua espressione formale; e ciò nell'ipotesi che il lavoro clinico tratti con le fantasie, che vanno pensate e non agite.

L'affermazione può apparire paradossale, ma lo stesso agire una terapia, in quanto espressione della traduzione in atto di una specifica fantasia, non risponde al modello della pratica clinica. Questo modo di impostare il problema, che comunque non è nuovo ma codifica quanto già più volte espresso nell'ambito della psicoanalisi come anche di altre teo-

rie della tecnica, consente di considerare in modo differente dall'usuale il tema della psicoterapia "selvaggia", nelle sue più disparate accezioni. Utilizzando sovente in modo scorretto una affermazione di Freud, si ipotizza che nella pratica psicologico-clinica sia possibile una finzione professionale che maschera incompetenza e frode, quale non è riscontrabile in altre aree della professionalità. Questo non risponde al vero. Lo psicoterapista "selvaggio" non è nulla di più e nulla di meno di uno psicoterapista incompetente; in tal senso si potrebbero individuare anche gli architetti selvaggi, i giornalisti selvaggi, i medici o i restauratori di dipinti selvaggi ecc.

Le considerazioni, peraltro, sono differenti se si esplora più a fondo questa tematica che non si limita affatto a un problema terminologico. Nel caso del medico o del giornalista si può parlare di incompetenza perché si ritiene che esista uno specifico modello della competenza, cui ricondurre la valutazione dell'operato professionale. Quando invece non si ipotizza l'esistenza di precisi modelli di competenza professionale, allora la valutazione dei singoli operatori, delle scuole o delle correnti teoriche che orientano la pratica non può rientrare nelle categorie scontate della competenza-incompetenza, e il sospetto sull'affidabilità del professionista può venire espresso con l'accusa di pratica selvaggia.

Più avanti torneremo sul significato che Freud ha conferito al termine, nel suo breve lavoro del 1910. Qui interessa sottolineare come l'incompetenza psicologico-clinica possa essere ricondotta a due dimensioni definitorie:

- a) la pretesa di modificare il comportamento del paziente influenzando in modo sistematico le scelte future dell'azione;
- b) la tendenza ad agire, da parte dello psicologo clinico, le fantasie suscitate dalla relazione che accoglie la domanda di intervento, in collusione con le fantasie agite da chi propone la domanda stessa.

L'incompetenza, usualmente, si manifesta tramite l'interazione delle due dimensioni ora ricordate.

Si può allora comprendere la rilevanza che la *sospensione dell'azione* riveste nella pratica clinica in psicologia. Sospendere l'azione significa porre le condizioni necessarie perché la fantasia possa essere pensata, quindi elaborata e trattata in forme verbali compiute, che esprimano uno stabilimento di relazioni. Se, alla luce di quanto ora detto, si vuole ridefinire l'obiettivo della pratica clinica in psicologia, si può dire che essa tende a stabilire delle relazioni, estraendole dalle fantasie attraverso il pensiero che è preposto a tale funzione.

Stabilire relazioni. Ma se tali relazioni vengono elaborate partendo dalle emozioni, che sono l'espressione del modo di essere inconscio, le relazioni stesse non possono essere poste che tra le figure significative della vita affettiva di ciascuno, o meglio tra le funzioni che queste figure hanno rivestito nell'esperienza di ciascuno di noi.

È questo il motivo per cui, quando si vuole descrivere un'emozione nei termini di uno stabilimento di relazioni, si evocano di fatto "quelle poche cose di cui parla l'inconscio", padre, madre, fratelli, organi sessuali,

e i rapporti sono fondamentalmente quelli che presiedono alla vita e alla morte, l'amore e la distruttività.

Qui non interessa approfondire la valenza simbolica di questi referenti, che non vanno di certo presi alla lettera, in quanto *rappresentano funzioni o vicende primitive del mondo interno*.

In questo senso si può parlare di gruppo interno, e del significato che tale gruppalità interna riveste nei processi di comprensione, o meglio entro la funzione di traduzione delle emozioni in pensieri, e quindi di dispiegamento del modo di essere simmetrico in quello asimmetrico. Il gruppo interno, quindi, non è altro che il contenuto della funzione di pensiero, quando essa stabilisce relazioni entro il vissuto emozionale. Il padre, la madre, i fratelli ecc. sono le modalità espressive con le quali si verbalizzano funzioni associate a specifiche emozioni; chi scrive ha difficoltà a riformulare in modo differente e più generale le funzioni che vengono usualmente associate alla relazione sperimentata con le figure della famiglia originaria.

Va comunque sottolineato che tali funzioni non possono assolutamente esaurirsi nell'evocazione isolata, per esempio, di una figura parentale. È scorretto, per esempio, dire che il bambino entro la classica dinamica edipica "ama la madre"; egli può vivere una emozione di possesso per la-madre-che-nutre. La figura materna, d'altro canto, può svolgere infinite funzioni entro la vita fantasmatica delle persone, e di volta in volta potrà essere pensata tramite modelli di relazione molto differenti.

Va anche sottolineato che questo tentativo di rappresentare, tramite alcune precise espressioni verbali, le fantasie presenti nella mente di ciascuno di noi è fortemente limitato dal mezzo utilizzato per tale rappresentazione.

Chi ha esperienza di lavoro clinico psicoanalitico sa che, quando ci si prova a interpretare un sogno, una prima fase dell'interpretazione consiste nella rilevazione dei significati simbolici di quanto viene riferito del contenuto onirico; ma sa anche che tale rilevazione di significati è praticamente senza fine. Ciò significa che le funzioni rappresentate nel sogno possono essere infinite, e che la loro individuazione e distinzione è possibile soltanto se si istituisce, in funzione della conoscenza approfondita del contesto fantasmatico entro cui si situa l'interpretazione stessa, una gerarchia di possibili significati; è poi la riconduzione di tali significati alla dinamica processuale del rapporto terapeutico che può chiudere l'interpretazione. D'altro canto, rilevare delle funzioni non significa individuare quale figura o persona è rappresentata nel sogno al posto di un'altra, quale personaggio appare nel sogno sotto mentite spoglie.

La psicologia dell'età evolutiva, quindi anche lo studio dello sviluppo affettivo del bambino nel suo ambiente, hanno rilevato come specifiche funzioni, *nella realtà evolutiva del bambino*, siano svolte dalle figure parentali e in particolare dalla madre, come anche dal padre, dai fratelli, da nonni, zii, cugini ecc. In questo caso si può parlare di gruppo familiare esterno; se si considera peraltro l'esperienza scolastica, ludica, formativa e adattiva in genere del bambino, il gruppo esterno può essere esteso agli amici, agli insegnanti, al gruppo dei pari ecc.

L'interazione tra il bambino e il gruppo esterno evidenzia specifiche modalità di pensiero, strategie d'azione. In tale ambito è quindi possibile lo studio delle regolarità strutturali che reggono e condizionano l'interazione. Se, d'altro canto, ci si riferisce alle determinanti psichiche che l'interazione, come tutta l'esperienza del bambino e di ogni altra persona, evoca nel mondo interno, ci si trova necessariamente confrontati con il modo di essere inconscio e con la sua logica.

È importante sottolineare come la logica del modo di essere cosciente prevede la distinzione tra mondo interno e mondo esterno; distinzione che non è prevista e non è conosciuta dal modo di essere inconscio.

Ricordiamo ancora una volta che per il modo di essere inconscio non si presentano delle figure (la madre, il padre ecc.), ma delle classi di funzioni che costituiscono le prime differenziazioni, entro le quali non vi è alcuna possibilità di specificazione delle rappresentazioni.

Questo rilievo comporta alcune conseguenze concettuali a nostro avviso di grande importanza. Se riandiamo alla nozione di *coinema*, presentata nella teoria di Fornari, possiamo rilevare come l'intuizione del grande psicoanalista milanese fosse importante, ma espressa in modo stereotipale. I coinemi, infatti, non sono "personaggi della locandina dell'inconscio" (ancora una volta il padre, la madre ecc.), bensì funzioni. E di fatto, quando Fornari utilizza la nozione di coinema il più delle volte vuole indicare una specifica funzione connotata affettivamente. Non è casuale che Fornari stesso indichi nella dimensione affettiva vita-morte o amore-odio la direzione fenomenica entro cui iscrivere gli erotemi e i parentemi.

Problematica è anche la nozione che viene denominata "transgenerazionale", cara ai gruppoanalisti di impostazione fouldesiana; qui la novità sembra rappresentata dal considerare non soltanto il padre e la madre, ma anche i nonni e le complesse reti di parentela e ambientali «con le quali il nascente si viene a trovare in contatto direttamente e/o indirettamente tramite le strutture relazionali inconscie e mitografiche della famiglia» (Lo Verso, 1987, p. 17). I rapporti nella rete transgenerazionale, continua l'autore, «vanno visti non tanto come reti sociali di individui, bensì come le auto/etero rappresentazioni mentali che ogni membro della rete si fa — e propone — di tutti gli altri e dei rapporti fra di loro» (*ibid.*).

Sembra evidente che, se si considera l'esperienza dell'individuo e dei gruppi familiari, non sia una grande novità rilevare l'importanza della presenza di figure differenti dal padre e dalla madre, e i fenomeni che dipendono dalla complessità dell'organizzazione familiare nel suo insieme. Ma le strutture relazionali inconscie non possono essere transgenerazionali, per il semplice motivo che la logica del sistema inconscio non conosce né tempo né spazio, quindi non può rappresentarsi reti sociali di individui, né rapporti differenziati.

La proposta in esame, quindi, sembra rivolta a quella teorizzazione psicoanalitica di vecchia maniera che considerava il mondo interno del bambino, ma anche dell'adulto, come popolato soltanto di madri, padri, nonni, zii ecc. e sembra voler riportare l'attenzione alla complessa rete

delle relazioni familiari reali. Con il rischio di confondere il mondo interno con quello esterno, e viceversa.

Il problema centrale, in definitiva, sta nella profonda differenza che deve essere individuata tra mondo interno e mondo esterno. E anche, evidentemente, tra gruppo interno e gruppo esterno. Tale differenza può essere di difficile esplicitazione quando si utilizza in modo poco attento e competente la teoria psicoanalitica.

Speriamo di essere chiari su questo punto, a nostro parere molto importante. Spesso nella letteratura psicoanalitica si incontrano affermazioni che "giustificano" una specifica dinamica affettiva nel paziente sulla base di particolari e individuate modalità di relazione con le figure parentali o, più in generale, sulla base delle esperienze di rapporto precoce, dei primi anni di vita, con le figure per lui significative dell'ambiente. Entro questa specifica modalità di procedere sembra quindi possibile la formulazione di una regolarità scientifica, fondata sul modello se ... allora ...; del tipo «quando la madre non è in grado di restituire in modo attenuato le fantasie persecutorie che il bambino mette in lei, allora il bambino struttura una grave depressione».

Ancora, molto spesso sembra che la descrizione della fenomenologia psichica, nell'ottica psicoanalitica, sia orientata esclusivamente alle vicende degli "oggetti interni" che popolano il mondo fantasmatico dell'individuo; altre volte, di contro, vengono valorizzate e sottolineate le influenze esercitate dalle persone con le quali l'individuo intrattiene rapporti. Questa mancata determinazione dell'ambito interno o relazionale entro il quale si articola l'argomentazione psicoanalitica può creare equivoci teorici e pragmatici.

Ricordiamo ancora una volta che, dal punto di vista che appartiene al modo di essere inconscio, non è possibile e non è quindi ipotizzabile una separazione, una distinzione tra mondo interno e mondo esterno. La confusione di cui si è ora parlato è quindi ipotizzabile quando ci si ponga dal vertice inconscio. Ma il lavoro clinico è possibile proprio in quanto esiste anche una funzione mentale in grado di porre una distinzione tra i due mondi, e quindi di discriminare tra processi interni e dinamiche di relazione. Se questa potenziale capacità discriminatoria non è attualmente funzionante, come è il caso di alcuni pazienti psicotici, l'obiettivo primario di ogni intervento psicoterapeutico è quello di ripristinare tale funzione del pensiero. Va anche sottolineato come sia importante, per un processo di adattamento e di creatività, la capacità di regredire alla confusione tra mondo interno ed esterno, per poi ripristinarne la discriminazione.

Ritornando ora al nostro tema iniziale, sembra importante sottolineare come la teoria psicoanalitica non sia in grado di formulare leggi scientifiche solide circa la regolare efficacia che specifiche condizioni del mondo esterno possono esercitare sulla dinamica interna delle persone. E questo, peraltro, non rappresenta una carenza rilevante per la prassi clinica. Il lavoro clinico, e in particolare l'intervento "terapeutico", non consiste nel risalire a ritroso, in base ad una legge causale del tipo se...

allora..., individuando lo stato (allora), per poi "combattere" le cause (se).

La pratica psicologico-clinica può studiare la "storia" che ha portato all'evento, ma solo in quanto dimensione storica, irripetibile. Al contempo, si può anche dire che questa ricostruzione ha poco senso se è effettuata, appunto, in termini storici; e spesso è anche poco precisa. Questo avviene perché si tenta di individuare quale causa, sia pure non riconducibile a legge, abbia rappresentato un evento esterno, senza considerare la mediazione del modo di essere inconscio, e la trasformazione che il vissuto emozionale subisce in tale contesto.

Ora, il problema sotto un profilo clinico è quello di definire quali sono le dimensioni psichiche entro le quali si intende intervenire, con quali obiettivi e con quali strumenti.

Se l'area dell'intervento è il mondo interno della persona, o la produzione fantasmatica agita di una organizzazione, allora il modello fondato sulla triade fantasia-pensiero-azione è utile per una definizione degli obiettivi; si tratterà infatti di orientare l'intervento a una facilitazione o al ripristino del circuito che consente di *pensare la fantasia*, di estrarre relazioni asimmetriche dalla dinamica emozionale fondata sulla simbolizzazione privata e confusiva, al fine di pianificare l'azione a scopi di adattamento e non soltanto di evacuazione della fantasia.

Ciò comporta parecchi problemi concettuali che qui sono stati soltanto accennati, e che andrebbero ulteriormente precisati al fine di una puntuale, anche se provvisoria, formulazione di un modello di teoria della pratica clinica.

Rimane pertanto aperto il tema degli strumenti atti al perseguimento dell'obiettivo individuato. È a questo punto, a nostro modo di vedere, che si situa correttamente una considerazione sul gruppo quale strumento di intervento in psicologia clinica.