

ì QUADERNI

n° **2** • giugno 2017

 il **RUOLO
TERAPEUTICO**

INDICE

Direzione:

Lorena Monaco
Carmelo Di Prima

Con la collaborazione di:

Raffaella Bricchetti, Claudio Crialesi, Julie Cunningham, Tania Farris, Carolina Gandolfi, Massimo Gemme, Roberta Giampietri, Elena Marcolini, Massimiliano Mariani, Franco Merlini, Maria Micheloni, Simona Montali, Loredana Muraca, Paolo Serra, Pierluigi Sommaruga, Francesca Valvo, Vallj Vecchiato

Coordinamento editoriale:

Ennio Mazzei

Immagine di copertina:

Angela Colombo

Progetto di copertina:

Sergio Agazzi

EDITORIALE	5
<hr/>	
PSICOANALISI E NEUROSCIENZE: QUALE MEMORIA CON QUALE COSCIENZA?	9
<i>Una nuova metapsicologia</i> Antonio Imbasciati	
<hr/>	
POTENZA E BANALITÀ DELLA MENZOGNA	43
Luciano Manicardi	
<hr/>	
APRILE 1972...	71
<i>Un dialogo con Sergio Erba</i> A cura della redazione	
<hr/>	
CONVERSAZIONE CON LUCIANO COFANO	101
<i>Sui concetti di "ruolo" e "gruppi"</i> A cura di Roberto Calatroni e Carmelo Di Prima	
<hr/>	
DAL DIARIO DI UNA VECCHIA PSICOANALISTA	121
<i>Un'occasione mancata</i> Laura Schwarz	
<hr/>	
TERAPEUTI IN FORMAZIONE	125
<i>Alla ricerca dell'acqua calda</i> Stefano Ciervo	
<hr/>	
NOTE DI CLINICA	131
<i>Un pomeriggio con Simona Montali</i> Intervista raccolta da Flavia Achermann, Viviana Ingrà, Luca Licatalosi, Miriam Morici	
<hr/>	
LA FORMAZIONE	149
<i>Un dibattito all'interno del nostro gruppo</i> A cura della redazione	

NOTA PER I COLLABORATORI

Gli autori che desiderano farci arrivare i loro contributi possono farlo inviando il proprio lavoro all'indirizzo mail ilruoloterapeutico@fastwebnet.it (mettendo in oggetto: per redazione).

I lavori che giungono sono sottoposti alla valutazione della direzione che comunicherà all'interessato modalità e tempi di pubblicazione. In caso contrario, lo comunicherà comunque all'interessato, senza ritenersi tenuta a fornire motivazioni.

I lavori, qualora accettati, vengono pubblicati integralmente ed eventuali modifiche che la direzione ritenesse opportune sono preventivamente discusse e concordate con gli autori. Ricordiamo che sono molto apprezzati anche scritti di medici, infermieri, educatori, operatori delle relazioni d'aiuto a vario titolo e che il nostro dibattito è sempre aperto al mondo degli insegnanti e, non per ultimo, al mondo dei pazienti.

La direzione è a disposizione per eventuali chiarimenti.

Il Ruolo Terapeutico srl
via Giovanni Milani 12 - 20133 Milano
Tel 02/70636457 Fax 02/2666430
E mail: ilruoloterapeutico@fastwebnet.it
www.ilruoloterapeutico.it

EDITORIALE



NOTA DI REDAZIONE

Nel corso di una riunione redazionale Roberta Giampietri ha espresso la sua critica e il suo pensiero relativamente alla pubblicazione in Italia del DSM-5. Le abbiamo chiesto di mettere quei suoi pensieri, espressi in quella sede in maniera così immediata, per iscritto e ne è nato l'editoriale che vi accingete a leggere.

È il nostro modo di farci sentire a riguardo e di proporre una riflessione sul tema a cui invitiamo a partecipare anche i nostri lettori.

Parto da qui: sono proprio indignata. Questa è la verità, la mia verità naturalmente.

È arrivato anche in Italia il 28 marzo scorso, tradotto da Raffaello Cortina, il DSM-5, quinta edizione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* firmato dall'*American Psychiatric Association* (APA).

Ho avuto recentemente l'occasione di confrontarmi con un gruppo di colleghi ascoltando l'interessante, completa e in parte critica presentazione che ne ha fatto Paolo Migone sulla rivista *Psicoterapia e Scienze Umane* (Volume XLVII, n. 4 Anno 2013), che vi consiglio di leggere... ed ecco cosa ne ho ricavato, partendo da me (femmina, 66 anni, psicoterapeuta in attività).

Secondo il nuovo DSM-5 dovrei essere affetta da almeno quattro delle oltre trecento patologie classificate in questo volume come disturbi mentali (da trattare farmacologicamente), molti dei quali vi compaiono come tali per la prima volta, fra cui i miei quattro, che vi segnalo.

1) **Sindrome post menopausale:** qualche volta, anche se ormai per fortuna raramente, soffro ancora di “vampate di calore”. All’inizio della menopausa, mi ero posta il problema di cosa avrebbero pensato i miei pazienti vedendomi arrossire all’improvviso, senza causa apparente, e mi chiedevo se l’avrebbero messo in relazione a qualcosa di emotivo che stava accadendo fra di noi, preoccupandosi inutilmente. Avevo deciso che la cosa più logica da fare era chiederlo, se avessi notato qualche reazione particolare alle mie “vampate”, cosa che ho fatto quando è stato necessario, spesso con buoni risultati sul qui e ora della relazione terapeutica. E tutte le volte che un paziente, notando un mio improvviso arrossamento, me ne chiedeva lui la ragione rispondevo che si trattava di un sintomo della mia menopausa. **CHE BELLO POTER CONTARE SULLA REALTÀ E SULLA FORZA DELLA VERITÀ.**

2) **Disturbo neurocognitivo lieve:** inizio ad avere alcune dimenticanze e disattenzioni credo dovute all’avanzare dell’età, problema che non è detto debba sfociare in una demenza e peraltro mi risulta che non esista terapia per questo eventuale disturbo. **MI RICORDO PERÒ ANCORA MOLTO BENE CHE INVECCHIARE NON È UNA MALATTIA, ANZI È UN OTTIMO SEGNO DI SALUTE.**

3) **Disturbo di disregolazione dirompente dell’umore** (che classifica gli scatti di rabbia come disturbo mentale, da curare farmacologicamente): confesso... finalmente, dopo anni di lavoro su di me, ho imparato a sentire ed esprimere la rabbia senza (troppa) paura, provo il gusto e la libertà di poter alzare la voce e mostrarmi arrabbiata se lo sono, invece che trattenermi e sentire lo stomaco duro e contratto nello sforzo. **IO DI SICURO NON PRENDERÒ FARMACI PER QUESTO**, ma chi potrà evitare il rischio di patologizzare i tanti bambini e adolescenti fisiologicamente affetti da questo sintomo e chi potrà aiutare, invece che castrare, lo sblocco di importanti emozioni in adulti eccessivamente controllati?

4) **Depressione maggiore** (così il nuovo DSM classifica il lutto): ho subito un grave lutto da meno di due anni e mi permetto di soffrirne, l’elaborazione è ancora in corso, anzi, sono sicura che avrò bisogno di ancora molto tempo perché il dolore della perdita, la sensazione di mancanza, la tristezza, la malinconia si attutiscano. Mi permetto persino di mostrare la mia sofferenza a chi mi sta vicino, e grazie al cielo posso dividerla con tante persone care. In realtà non desidero allontanarmi troppo in fretta da questi sentimenti dolorosi. Mi permettono anche la vicinanza nel ricordo, la rievocazione dei momenti di gioia che ho avuto, la riconoscenza per i tratti di felicità che la vita mi ha permesso di vivere, la consapevolezza di essere per fortuna viva e vitale, la capacità di gioire per le cose belle che ancora mi accadono e, spero, mi accadranno nel futuro. **IL LUTTO NON È UNA MALATTIA MA, CREDO, UNA DELLE ESPERIENZE PIÙ PROFONDE, SIGNIFICANTI, SIGNIFICATIVE E, PER ALTRO, INEVITABILI, DELLA VITA.**

Ecco, penserete che io sia indignata per il colpo che subisce il mio narcisismo. Ebbene no, vi confesso che sono indignata perché nessuno insorge, perché non vedo in atto un’insurrezione di psicologi, medici, psichiatri, psicoterapeuti **INDIGNADOS** che invadono i *social* dicendo che **BASTA!** con lo strapotere delle case farmaceutiche che finanziano queste ricerche per fini ed interessi economici esclusivamente privati e **BASTA!** con professionisti che si vendono al mercato avallando come scientifico qualcosa che di sicuro non lo è. Col risultato di stigmatizzare e infilare in rigidi iter di procedure diagnostiche e di cure farmacologiche i soggetti purtroppo più deboli, i bambini e in generale persone che avrebbero magari bisogno di incontro, di ascolto e di aiuto per trovare un senso al loro malessere.

Mi si dice che il manuale è necessario per avere un linguaggio comune e condiviso tra professionisti. Ma perché, mi domando, se vedo un bambino irrequieto, a disagio, sofferente e magari arrabbiato devo scrivere (o dire a un collega) che è affetto da ADHD (Disturbo da deficit di attenzione/Iperattività) dopo aver maga-

ri sfogliato il volume all'interno del quale trovo descritti alcuni dei suoi comportamenti? Perché tutto questo, anziché provare a conoscerlo come soggetto e descrivere ciò che ho osservato incontrandolo e avendo messo a disposizione dell'incontro le mie competenze, sia professionali che umane, avendogli potuto dedicare un tempo utile di attenzione, pensiero e "cuore"? Perché non posso parlarne come di una persona anziché incasellarlo in una diagnosi, oggettivandolo e magari infilandolo in un iter predefinito, che potrebbe segnargli la vita? E perché proprio i miei colleghi non dovrebbero capirmi? E allora: a chi serve? Chi lo richiede? Chi vuol farcelo credere necessario?

Non la faccio lunga in questa sede, credo che chi mi legge avrà capito: INDIGNAMOCI IN TANTI!

Roberta Giampietri

PSICOANALISI E NEUROSCIENZE: QUALE MEMORIA CON QUALE COSCIENZA?

Una nuova metapsicologia

Antonio Imbasciati

Professore Emerito dell'Università di Brescia, è membro ordinario e didatta della Società Psicoanalitica Italiana (SPI) e dell'International Psychoanalytical Association (IPA).

Il seguente articolo è la trascrizione della lezione tenuta da Antonio Imbasciati nell'aprile del 2016 presso la Scuola di specializzazione in psicoterapia del Ruolo Terapeutico di Milano. Era invitato all'incontro Pierluigi Sommaruga. Si ringrazia la dottoressa Greta Casiraghi per la trascrizione.

Innanzitutto ringrazio lo staff del Ruolo Terapeutico per avermi invitato a parlare. L'invito era già avvenuto nel settembre scorso da Sergio Erba. Io non conosco voi e quindi non so se quello che vi dirò risulterà troppo difficile o troppo scontato, quindi, nell'uno o nell'altro caso interrompetemi. Ho nominato Sergio, che era stato mio compagno di università, poi dopo la laurea ci eravamo persi, pur sapendo che perseguivamo due strade simili e parallele e cioè quelle della psiche. Poi mi ero ritrovato con lui la fine dell'estate scorsa, il resto lo sapete meglio di me.

Voi avete letto, *Neuroscienze e teoria psicoanalitica*, libro che ho scritto insieme a Loredana Cena e che tratta del rapporto tra la psicoanalisi e le neuroscienze. Quel libro è stato scritto tre-quattro anni fa (Cena, Imbasciati, 2014); successivamente ho sviluppato il mio pensiero ulteriormente, in altri tre libri. Cercherò di farne una sintesi che tenga conto della base di partenza, quale emerge dal libro che avete letto, di quello che è stato lo sviluppo del mio pensiero.

L'argomento "psicoanalisi e neuroscienze" sarà sempre più interessante in tutto il mondo psicoterapeutico, perché lo stesso oggetto viene visto da due facce diverse. La metodologia delle neuroscienze parla un linguaggio che a tutti gli psicoanalisti e psicoterapeuti risulta difficile e spesso ostico e per questo dà la percezione che tratti di cose diverse rispetto alla psicoanalisi.

C'è molto interesse, e ci sono molte controversie, tra gli psicoanalisti e i neuroscienziati, circa l'opportunità o la necessità di integrarsi; molti psicoanalisti si interessano, come me, alle neuroscienze e pensano che possa avvenire una integrazione, altri dicono che la psicoanalisi è altra cosa che deve rimanere altro. Il punto su cui ci si incontra è "ma a cosa servono le neuroscienze agli psicoanalisti, o agli psicoterapeuti di impostazione psicoanalitica?"

Una piccola premessa per dire che questo problema aveva già interessato Freud: la sua scoperta clinica del beneficio dell'interpretazione sulla sintomatologia disturbante lo condusse alla scoperta fondamentale che esiste qualche cosa che il soggetto in coscienza non pensa e che avviene dunque al di fuori della sua coscienza. Da questa scoperta proseguì con un "perché" neurologico che poi abbandonò, per concentrarsi sul "come". E cioè: "come mai c'è questo qualcosa che lavora al di là della coscienza dell'individuo?" Ci deve essere un lavoro del cervello che non corrisponde per nulla a quello che l'individuo nella sua consapevolezza vive e capisce. Freud non si fermò qui, cercò di scoprire come questo qualcosa – inconscio – potesse essere spiegato nel cervello: cercò di ipotizzarlo con le nozioni che al suo tempo si potevano avere sul funzionamento cerebrale (Freud, 1895). Questo iter va ricordato in quanto è un iter metodologico che è esso stesso "scoperta" (Imbasciati, 2013 a,b), cioè lo stretto legame tra mente e cervello, una cosa che allora costituiva una novità. Freud non riuscì nel suo progetto, la neurofisiologia di allora non gliene dava i mezzi e lo abbandonò ma oggi si ripropone, con una massa di conoscenze del tutto più precisa. Sono passati centotrenta anni.

Freud, non riuscendo a indagare come il cervello lavorasse e

come producesse questa mente non cosciente, si concentrò allora su un "come" anziché su un "perché" neurologico e ipotizzò una sua teoria, la teoria energetico-pulsionale, con i concetti di pulsione e di rimozione. Questa teoria è servita alla diffusione della metodologia psicoanalitica, della tecnica clinica, e la sua impronta è rimasta in quasi tutte le psicoterapie. Oggi però viene messa in discussione: qualche psicoanalista pensa che possa essere ancora utile, intesa in senso metaforico come aiuto alla comprensione di quanto accade nel paziente. Io penso che non sia più utile, e che vada messa nell'archivio della storia di quella scienza che si chiama psicoanalisi. Però questa teoria, come tutte le teorie, è servita per fare andare avanti la pratica, cioè la clinica. Questa, nel suo progresso, è servita a mettere in dubbio non pochi utilizzi e aspetti della teoria ipotizzata da Freud. In genere una teoria serve a far progredire una prassi e il progresso di questa prassi può a sua volta condurre a riformulare la teoria, o a ipotizzarne una nuova. Così accade in tutte le scienze. Una teoria è sempre un'ipotesi, e Freud ha sempre riconosciuto che la sua concezione energetico-pulsionale fosse un'ipotesi, anzi nella sua tarda produzione la chiamò "la Strega" (Imbasciati, 2013a). Sono convinto che in cuor suo fosse contento che la teoria energetico-pulsionale avesse segnato il successo della psicoanalisi, ma non la condivideva più (altrimenti non l'avrebbe chiamata così ironicamente) e di questo preferì tacerne, per favorire la promozione della psicoanalisi nel mondo.

Vediamo come e perché e con quali scoperte delle neuroscienze e anche della psicologia sperimentale dobbiamo abbandonare questa teoria pur riconoscendone i meriti. È questa la stessa strada che tentò Freud centotrenta anni fa nel suo *Progetto di una psicologia* (1895), che oggi possiamo ritentare con mezzi diversi.

Inizierò parlando di memoria.

Credo che sappiate che da tempo si distinguono varie forme di memoria. Le principali sono quelle per cui si distingue una memoria dichiarativa, che si può tradurre in parole e che è perfettamente cosciente; una memoria semantica, che è cosciente ma che non è molto descrivibile se non con circonlocuzioni di parole;

una memoria di riconoscimento, quando cioè si riconosce qualche cosa che si è già visto e udito e che prima di riconoscerlo non eravamo consapevoli di ricordare, e ancora si distingue una memoria di lavoro: quella che riguarda tutte le successive operazioni automatiche, che sono necessarie per compiere un certo lavoro, qualunque azione quale si fa sempre nella vita comune, dove ci muoviamo intelligentemente per compiere tutta una serie di azioni parziali (es. prendere una certa cosa, metterla in un posto, chinarsi, camminare, sedersi ecc.) senza che ne siamo consapevoli, ma delle quali abbiamo memoria, altrimenti saremmo del tutto scoordinati e incapaci. Collegata a tal tipo di memoria, si è distinta la memoria procedurale, riferendosi alla memoria della coordinazione motoria che noi adulti abbiamo per fare qualsiasi cosa. Questa memoria è molto evidente nei bambini piccoli: il bambino impara a gattonare, poi a stare eretto ecc., ha acquisito una memoria di come muovere i suoi muscoli. Non possiamo essere consapevoli della nostra coordinazione motoria, dunque siamo già nel non consapevole. Si è visto inoltre che questa memoria procedurale va oltre l'aspetto motorio e si è parlato di memoria implicita, ampliando di molto il concetto. Ci sono delle posture e delle mimiche che sono motorie, ma hanno un contenuto psichico: noi con i nostri occhi, con la nostra faccia, parliamo, "diciamo", esprimiamo qualcosa, e di questo di solito non siamo consapevoli. A volte facciamo uno sforzo per celare che ci venga fuori una qualche espressione mimica che potrebbe essere sgradevole all'interlocutore, facciamo finta: la piena consapevolezza è solo nel fare finta, altrimenti ci sarebbe qualche cosa di ben poco consapevole che verrebbe fuori spontaneamente.

A seguito della teoria dell'attaccamento si è parlato inoltre di modelli operativi interni, strutture di comportamento o meglio di condotte, anche di tipo cognitivo, che riguardano il modo con cui una persona è e agisce. Questo può talora coincidere con ciò che nel nostro lessico va sotto la parola di carattere. C'è una memoria implicita di pensare, agire in un certo modo individualissimo. Il carattere non viene dai cromosomi, per via genetica: da quando siamo nati questo carattere viene costruito, si dice "for-

giare il carattere". In realtà si tratta di apprendimenti, inconsapevoli, che rimangono come memoria implicita. C'è poi la struttura affettiva, ognuno ha la sua ed è qualcosa che sta dietro al carattere, per così dire.

C'è dunque una memoria di affetti – questa è una delle più recenti acquisizioni – una memoria inconsapevole per cui in noi si attivano determinati affetti, anche senza esserne coscienti, a seconda delle situazioni. La nostra struttura affettiva non può non essere stata memorizzata. Se abbiamo una certa affettività vuol dire che abbiamo una memoria di come e quando, nelle varie occasioni, si dispiega la nostra struttura affettiva. Questa memoria non è consapevole, non la possiamo "ricordare", e spesso neppure descrivere, la dispieghiamo a nostra insaputa in modo automatico a seconda delle varie nostre interazioni.

Vi ho parlato di memoria in questo modo, per farvi capire che la memoria è molto diversa dal ricordo: noi facciamo una grande confusione tra la memoria e ciò che possiamo ricordare, e la gran parte della nostra memoria non la possiamo ricordare. Questo introduce il rapporto tra memoria e coscienza, e anche il concetto stesso di coscienza. Che cos'è la coscienza? Se fate caso a tutti gli esempi di memoria che vi ho elencato, non è che in alcuni casi ho perfetta lucida coscienza, e in altri casi assolutamente no, ci sono gradi intermedi, e allora è sbagliato continuare a usare il termine "la" coscienza. La coscienza non è una qualità specifica, una dimensione *on/off*, ma è un *quantum*, variabile nel tempo (nonché in ogni singolo) e in funzione di cosa riguarda. Abbastanza facile è capire se siamo o no coscienti quando consideriamo ciò che chiamiamo "pensiero", un ricordo concreto, una convinzione; meno facile è accorgersi di quanto un sentimento ci sia o meno presente. Dobbiamo parlare di "capacità" di coscienza. Questo è frutto di alcune scuole psicologiche non psicoanalitiche. In Italia, Liotti (1994), un cognitivista, ha diffuso nei suoi libri questo concetto, mutuato da altri studi (Gilbert, 1989), in cui mostra che ci sono vari gradi di coscienza: ogni individuo ha la sua specifica capacità di coscienza e questa capacità di coscienza varia da momento a momento e a seconda di con chi si sta. È quindi la coscienza

una capacità fluida, variabile da individuo a individuo e a seconda delle situazioni. Con un certo amico voi capite qualche cosa di voi stessi, acquisite una certa coscienza di voi stessi che prima non avevate o che, interagendo con un'altra persona, non si manifesta. Un contatto interpersonale particolare vi può far aumentare in quel momento la vostra capacità di autocoscienza.

Oggi un illustre scienziato ci dimostra come una gradualità di coscienza si dispieghi anche per gli animali, più limitata di quella degli umani, più variabile, ma hanno anche loro un grado di coscienza (Panksepp, 1999). Se voi frequentando una certa persona avete un certo sentimento per esempio di interesse, di apprezzamento, o di antipatia, questo sentimento è già una piccola rudimentale forma di una qualche coscienza, magari sbagliata.

Non esiste dunque la coscienza, ma la capacità di coscienza, variabile da individuo a individuo e nello stesso individuo variabile a seconda del momento e delle circostanze soprattutto interpersonali. Usare termini come "la" coscienza, "prendere" coscienza, o anche "essere" coscienti tradisce a mio avviso la presenza in noi del coscienzialismo ereditato dalla nostra tradizione filosofico-religiosa dell'occidente.

Nella considerazione della memoria la nostra tradizione fa sì che noi ancor oggi pensiamo che la memoria sia ciò che si ricorda, mentre invece ciò che si ricorda è una piccolissima parte della nostra memoria; e spesso sbagliata. Può capitare che un amico riscontri che oggi ricordate una cosa che invece il mese scorso ricordavate diversamente: si dice allora nella nostra cultura corrente che c'è un deficit di memoria. Ma questo proviene dal considerare la memoria uguale al ricordo! La memoria non è il ricordo. Se noi non ricordiamo una cosa, si dice che si ricorda male, ma perché male? Chi l'ha detto che la memoria debba essere stabile? Vi anticipo la scoperta delle neuroscienze attuali: la memoria, di qualunque tipo sia, cambia in continuazione, di conseguenza è ovvio che possa cambiare il ricordo. Memoria è un concetto psicofisiologico, ricordo è invece un concetto psicologico, il primo si riferisce a cosa fa il cervello, il secondo ne è un "qualche" effetto, di coscienza appunto, che può essere del tutto

difforme di volta in volta. Il nostro fondatore della psicoanalisi italiana, Cesare Musatti, prima di dedicarsi alla psicoanalisi aveva studiato la psicologia della testimonianza, dimostrando come in buona fede una testimonianza può cambiare, dopo un mese, o rispetto alle circostanze gestaltiche di come la si percepì (Musatti, 1931). Noi invece continuiamo ad avere la concezione della memoria coincidente con il ricordo e parliamo di un deficit di memoria ancora oggi come se fossimo ai tempi di Ebbinghaus (1885), che voleva studiare la memoria senza concetti, senza associazioni. Se vi esaminate, riscontrate che avete ancora questa idea fuorviante, che la memoria debba essere stabile. E se cambia vi chiedete: come mai? E qui casò lo stesso Freud: prese in considerazione il fatto che in certi casi traumatici la memoria cambiava, e ne fece un grande interrogativo con ipotesi di spiegazione, da cui nacque un fiume di letteratura, sul cambiamento di memoria – la famosa *Nachträglichkeit* – a mio avviso inutile oggi, perché, casomai, si dovrebbe spiegare come mai in qualche situazione la memoria rimanga stabile.

Dietro queste idee c'è un'altra idea sottintesa, che fa da forma al nostro modo di ragionare e di essere, e cioè che la nostra mente, o forse il nostro cervello, sia come una sorta di video-fono-registratore. Niente affatto, non è un video-fono-registratore, non registra niente. C'è anche sottintesa l'idea che nei nostri neuroni si fissino le immagini, i ricordi, no assolutamente no: oggi le neuroscienze hanno dimostrato che la memoria non è una fissazione di una realtà esterna dentro un qualcosa del cervello che poi ha le sue influenze sulla "mente". La memoria è il lavoro di miliardi di reti neurali che continuamente si attivano e si disattivano, talvolta si estinguono, e ciò che conta non è il neurone ma la rete neurale, le sinapsi.

Quindici anni fa LeDoux disse la famosa frase "noi siamo le nostre sinapsi" (1999), oggi si parla di "connectoma" per indicare l'insieme delle connessioni (Seung, 2013). Come si formano queste connessioni? Si formano per apprendimenti. Cerchiamo di dimenticare che l'apprendimento sia qualcosa di simile a quello scolastico: apprendimento è già quando un feto al 5° mese di

gravidanza riconosce un determinato suono oppure no. A livello neurale vuol dire che si sono formate alcune reti che gli permettono una memoria di un riconoscimento di un certo suono, per esempio del battito cardiaco materno; così pure il neonato appena partorito riconosce l'odore del capezzolo materno. Questo vuol dire che nel suo cervello è avvenuto qualcosa che gli ha fatto imparare che quello è l'odore della mamma.

Picasso diceva che dipingeva come pensava che un neonato vedesse il mondo: provate a pensare con questo esempio a come un neonato di tre-quattro giorni debba "vedere" la realtà; non assembleta nel modo in cui abbiamo imparato ad assemblarla noi. Nella nostra corteccia vengono infatti ad essere costruite reti neurali che ci permettono di organizzare le afferenze periferiche della retina: queste afferenze, oltre a una prima organizzazione lungo le vie ottiche e il mesencefalo, più integralmente sono assemblate in corteccia, in modo da dare quel risultato – la percezione – che noi adulti diamo per scontata, naturale e automatica. Questa progressiva organizzazione e le relative reti neurali che progressivamente vengono costruite, devono invece essere imparate. Certi bambini fanno più fatica ad imparare a percepire e "vedranno" più a lungo la realtà in modo simile a quella che vedono i neonati o i bimbi di qualche mese. Oltretutto non si tratterà soltanto di imparare ad organizzare le afferenze visive, ma a coordinarle con quelle motorie e auditive. Un neonato che si mette a piangere per un rumore improvviso – noi diciamo "perché ha paura" – in realtà non ha ancora completamente organizzato le sue reti neurali in modo che producano quello che più tardi potrà esser chiamato paura, con le relative reazioni, bensì più semplicemente piange perché non riconosce quello che aveva imparato a riconoscere quando non c'era il rumore.

Il neonato che si spaventa per un viso estraneo, non è che gli faccia paura l'estraneo, è che non riconosce più quella faccia che ha imparato a riconoscere. È l'angoscia, molto più primitiva, del non avere ancora imparato, l'angoscia di non sapere, di non conoscere. Il bambino piange perché sta chiedendo aiuto, perché qualcuno gli "insegni" cosa sia quella nuova realtà, affinché qualcuno – direbbe Panksepp – aiuti il suo *seeking*.

Qui noi siamo schiavi del vecchio concetto di maturazione neurologica. Il termine "maturazione", che di solito implica un processo biologico, naturale, viene impropriamente applicato allo sviluppo neonatale e perinatale: maturano le mele, non il cervello. Quest'ultimo deve imparare i programmi funzionali che gli permettano di "conoscere" progressivamente la realtà: a cominciare dal sapere come guardare gli occhi della mamma, dal sapere poi come si fa ad afferrare un affarino colorato che gli pende davanti, ad imparare a gattonare, poi a camminare, a riconoscere non soltanto il volto della mamma ma anche altri volti oltre quello materno. Noi siamo schiavi del più semplice concetto di una maturazione per natura: più difficile è pensare al complicato, progressivo imparare a come si organizza la capacità di percepire, e poi di riconoscere il percepito. C'è anche una maturazione, intesa in senso proprio, ma avviene nell'embrione e nel feto e nei primi giorni del neonato e si esaurisce in quanto viene surclassata sempre di più dall'apprendimento che comincia negli ultimi mesi della gestazione e che esplose, per così dire, durante i primi diciotto mesi di vita extrauterina. Si tratta di un apprendimento delle funzioni che permettono la percezione, e poi di una conoscenza, che resta come memoria in reti neurali: questa memoria è stata imparata, costruita nel cervello attraverso connessioni neurali.

Cito qui gli studi di una scienziata italiana, da trent'anni negli Stati Uniti, Cristina Alberini (2013), che ha studiato sperimentalmente sui ratti cosa succede quando si stabilisce (costruisce) una memoria, piuttosto che quando questa memoria non avviene, o quando avviene che una nuova esperienza modifichi una memoria precedente. La scoperta che sta sotto queste ricerche e che sta interessando gli psicoanalisti, grazie anche al fatto che Cristina Alberini oltre essere una biologa scienziata ha fatto anche un *training* psicoanalitico, è che a seconda del momento emozionale si verifica nel cervello un fatto particolare, e cioè certe afferenze sensoriali che giungono dalle vie sensoriali, producono una stimolazione del DNA genico che produce delle catene proteiche, le quali vanno a formare nuove sinapsi. Parlando di ratti, il mo-

mento emozionale che risulta idoneo a costruire memoria viene misurato biochimicamente: è l'*arousal* dell'organismo e quindi di certe reti neurali. Questi esperimenti vengono trasferiti in questi ultimi tempi all'umano. È il momento interumano particolare, emozionale che non deve essere né troppo forte né troppo debole ma il giusto momento che fa sì che succeda l'evento biochimico che genera le proteine che vanno a formare delle nuove sinapsi, nuove reti neurali e questo succede ad ogni nuova esperienza che avviene nel giusto livello emozionale. Questo è di estremo interesse per gli psicoanalisti, per capire quello che fa cambiare il paziente. Ogni nuova rete neurale che si forma, si integra con le precedenti, quindi il funzionamento globale delle reti presenti in un certo momento nel cervello varia man mano che vi sono nuove esperienze che producono nuove reti neurali.

La memoria varia perché è data dall'insieme delle reti neurali che, di volta in volta, possono mettersi in atto, per esempio nel nostro comportamento, nel nostro modo di pensare, nel nostro umore, nell'affetto che potremmo avvertire in un certo momento. È una memoria di modi con cui funzioniamo a seconda delle circostanze, che siamo in grado di conoscere e collegare (neuralmente, si intende, cioè inconsapevolmente) con precedenti esperienze. Tutto questo lo si vede bene seguendo lo sviluppo del feto e del neonato: il bambino ha bisogno del giusto livello emozionale per imparare, e questo rapporto emozionale non dipende soltanto da lui, ma dipende dalla coppia che in quel momento sta interagendo. E qui, chi si occupa di bambini, si trova facilitato a seguirne il progresso. Nel neonato c'è un dialogo di segni, di messaggi – per cui il bambino impara o non impara e se non impara di solito piange in quanto non capisce – che procede soprattutto nei momenti di incontro.

Perché alcune volte le mamme non riescono a sintonizzare con il bambino e questo bambino piange? Spesso con la buona volontà cercano di distrarlo, ed è la peggiore delle cose, e il bimbo piange ancora di più, finché tacerà: è gran brutto segno per il suo futuro psichico, in quanto significa che il bimbo ha imparato che non bisogna cercare di capire. Altro esempio: spero che le

mamme che hanno bambini piccoli, le giovani fra i trenta e i quarant'anni, siano tutte delle buone mamme, però capita spesso che una mamma non sia in grado di calmare il suo bambino, mentre la nonna sì e questo succede perché la nonna è capace di parlare senza parole, è capace di intendersi con il piccolo. C'è un dialogo, di cui si sono occupati molto due autori Beebe e Lachmann (2003), che parla dei "momenti di incontro" che sono decisivi per l'apprendimento del bimbo e dei momenti di rottura, anche da parte delle madri più attrezzate, ma che poi si possono recuperare. Tutto dipende da quante rotture e da quanti recuperi avvengono. Il momento di incontro corrisponde al giusto livello emozionale (*arousal*) che fa costruire nuove reti neurali.

Tutto questo ha delle riscontranze visibili con la risonanza magnetica del cervello. I primi esperimenti risalgono all'inizio del 2000 (Schore, 2003 a,b): nella risonanza magnetica della mamma che allatta il suo piccolo, si vede una concordanza delle due risonanze magnetiche quando il dialogo è sintonico, rispetto a quando è asintonico, quando ci si intende rispetto a quando non ci si intende. Quando ci si intende vuol dire che si costruiscono memorie, che il bambino impara, che si costruiscono reti neurali che saranno custodi di un modo particolare che il bambino ha imparato e che gli servirà da base per ogni ulteriore apprendimento. Lo sviluppo potrà essere buono o meno buono – si può anche imparare a non imparare – a seconda di una sufficiente o meno corrispondenza di significati e significanti emessi dalla madre. Queste comunicazioni non verbali contengono messaggi che si strutturano in memoria e formano i primi rudimenti della mente del bambino, durante gli ultimi mesi della gestazione, e soprattutto durante i primi diciotto mesi di vita, quando il bambino non parla ancora ma impara da una comunicazione non verbale i primi modi per capire la realtà (Cena, Imbasciati, 2014; Imbasciati, 2016a).

Credo risulti chiaro che questa prima cognizione è una cognizione che chiameremmo affettiva. Oggi i neuroscienziati dicono che tutto il lavoro del cervello è un lavoro emozionale, e che la cognizione è un piccolo non sempre presente risultato, talvol-

ta cosciente e talvolta, pur essendo cosciente, ingannevole, di tutto un precedente ininterrotto lavoro emozionale del cervello. La psicoanalisi aveva scoperto l'ingannevolezza della coscienza cento anni fa: questo concetto è oggi enormemente ampliato.

Cito qui quanto è stato chiamato "alessitimia": alcuni adulti hanno poca capacità di avvertire cosa sentono loro o cosa sentono anche gli altri, per esempio persone che arrossiscono senza accorgersi di aver avuto un'emozione; altre invece sono molto sensibili. Chi è sensibile a capire cosa gli sta succedendo, è anche più sensibile a capire cosa sta succedendo ad altri con cui sta interagendo. Alcune persone sembra che non siano capaci: sono state chiamate alessitimiche. Si è ritenuto che si trattasse di una patologia: i successivi studi hanno chiarito che tale sindrome non è una qualità on/off, bensì una dimensione continua della quale in un primo tempo erano apparsi casi estremi. In realtà ogni persona ha di più o di meno la capacità di capire cosa gli succede dentro e cosa succede nel suo interlocutore. Questo *continuum* è una dimensione che si struttura a cominciare dal neonato. In casi estremi si è considerato l'autismo: ancora non si sa quanto ci possa essere una predisposizione genetica, o quanto epigenetica, ma sicuramente c'entra il dialogo neonatale con il *caregiver*; tanto più che esistono sindromi variabili di autismo, maggiori o minori, più o meno accentuate. C'è poi da considerare che nel dialogo non c'è solo la capacità della mamma di dialogare con il bimbo e quello che il bimbo impara, ma anche quello che il bimbo ha imparato prima di cominciare il dialogo extrauterino. Conta anche il dialogo intrauterino e tale iniziale dialogo fonda un iniziale reticolo di reti neurali che sono quelle che poi lavoreranno l'esperienza successiva.

L'esperienza non è costituita dalle afferenze che provengono dall'esterno ma bensì dalle afferenze che provengono dall'esterno per come sono state elaborate, attraverso quello che possono elaborare in quel momento le reti neurali di quel neonato. Ci sono quindi una serie di effetti a cascata, progressivi, che determinano l'individualità del cervello di ciascuna persona. Nessuno ha un cervello uguale a quello di un altro (Magistretti, 2002), nemmeno

i gemelli omozigoti, perché in utero hanno esperienze differenti. C'è anche da contare che la mamma, capace o non capace, deve avere il tempo e la serenità sufficiente per dialogare fruttuosamente con il suo bimbo, e qui dallo psicologico entriamo nella sociologia: quanto la nostra società permette, come tempo a disposizione, ad un caregiver di occuparsi di un neonato?

La conclusione è che tutto il cervello è memoria, indipendentemente da quanto si possa ricordare, e che il ricordo è una piccolissima parte della memoria; che le reti neurali sono quelle che conservano la memoria ma che le reti neurali non funzionano tutte allo stesso modo e tutte insieme, volta a volta ne funzionano alcune e poi altre.

Domanda: Lei ha detto che la memoria non coincide con il ricordo, e ha parlato di deficit di memoria ma non inteso come deficit del ricordo. Mi chiedo quanto consenso ci sia su questa cosa perché lavorando in RSA con gli anziani, tutta la valutazione cognitiva del deficit di memoria è effettuata in base al ricordo che un paziente ha, quindi...

Imbasciati: In effetti ciò che si fa e che si prescrive di fare è molto parziale, bisognerebbe che nei Servizi si protocollassero altre tecniche, per esempio di osservazione del comportamento. Ci sono tanti casi particolari – qui Pierluigi Sommaruga potrebbe citarli meglio di me – in cui, a seguito di certe lesioni, l'individuo per esempio non vede ma è come se vedesse. Così pure può comportarsi nella vita quotidiana come se avesse in memoria tutte le varie operazioni che occorre fare in giusta sequenza, senza però che le possa "ricordare".

*Sommaruga: C'è anche un aspetto importante che ci interessa particolarmente come operatori clinici ed è quello del contenuto della memoria. Leggevo un libro, *L'impostore*, che racconta di questo personaggio spagnolo, Marco, che si inventa una sua storia ma lui si immedesima anche nel personaggio, ed è un racconto di sé, il suo, che si modifica nel tempo rendendosi più adatto. In un certo modo noi sappiamo che la storia clinica che ci racconta un*

paziente, l'autobiografia, è una costruzione il cui contenuto varia continuamente. Sappiamo che la memoria funziona, ma funziona anche modificandone il contenuto, modificandone il ricordo e generalmente quando il funzionamento è ottimale, l'aggiornamento è sempre più consistente in relazione al luogo, al tempo, alle relazioni e ai vissuti di quel momento. L'aggiornamento continuo della storia permette di inventare nuove storie più adeguate al benessere mentale, al benessere razionale; poi non sempre funziona così e a volte diventa disfunzionale. È come se tanti nostri pazienti imparassero che i ricordi vanno loro bene, che le storie vanno loro bene, per se stessi ma anche per raccontarle al loro prossimo. Il vissuto, nel momento stesso in cui parlano, sta modificandosi, sta calibrandosi portando piccole sfumature proprio perché è in relazione con un "noi" che fa una certa professione, che ha un certo atteggiamento. La realtà con cui dobbiamo confrontarci è quindi sempre estremamente fluida.

Imbasciati: C'è un bellissimo film abbastanza recente, di cui non ricordo il nome, di un aguzzino di un lager nazista che alla fine della guerra, all'ultimo momento, per sfuggire alla vendetta era riuscito a fingersi uno degli ebrei internati nel lager. Emigrato in America con questa identità l'aveva dovuta conservare a lungo, continuando a fingere di essere quell'ebreo, finché pian piano si era convinto di essere proprio quello, tanto da andare alla ricerca dell'aguzzino suo persecutore, per scoprire alla fine che questi era proprio lui.

Sommaruga: È un esempio di sopravvivenza, si presentava in un certo modo anche a se stesso.

Domanda: Nutro il sospetto che le neuroscienze, soprattutto un certo tipo di approccio, possano in qualche maniera diminuire o vanificare gli sforzi della psicoanalisi. Mi conforta sentirvi dire invece delle cose che, proprio seguendo l'onda e il discorso che fate, fortificano invece ancora di più l'importanza della nostra relazione con un paziente, aiutando il nostro mestiere di analisti.

Imbasciati: La nostra struttura affettiva, attrezzata da tutta la nostra esperienza analitica, modifica la struttura affettiva del paziente perché, al di là delle interpretazioni verbali che noi possiamo dare, c'è qualcosa che da noi emana, qualcosa che il paziente coglie, e lo elabora in modo che la sua struttura affettiva e la relativa traccia mnestica, cioè la relativa memoria si va a modificare. In analisi ci sono i momenti di incontro dove abbiamo la sensazione che qualcosa stiamo riuscendo a cambiare: c'è qualcosa di questa situazione emozionale, nel corso della terapia, che fa sì che si stabiliscano delle nuove sinapsi. E quindi il patrimonio delle miriadi di reti neurali di quella persona, si arricchisce di qualche rete neurale in più, e allora si spera che questo migliaio di reti neurali in più facciano sì che altre reti neurali si rallentino o si estinguano. È la globalità delle reti neurali a segnare il cambiamento terapeutico.

Domanda: La relazione terapeutica intesa così, non è più solo fantasmatica. È questo che ci sta dicendo?

Imbasciati: Il fantasma c'è sempre, è una realtà essenzialmente psichica, il cui concetto ci serve come stazione intermedia tra quello che succede nel cervello e quello che noi possiamo capire con la nostra capacità di coscienza. Certamente questi discorsi sembra che indeboliscano il concetto dell'interpretazione psicoanalitica, ma non lo indeboliscono a mio avviso, dicono che l'interpretazione verbale dell'analista è un cavallo sul quale cavalca un qualche altro cavaliere, si spera portatore di vita e non di distruzione.

Ora, siccome qualcuno mi ha chiesto degli altri libri oltre a questi due che ho qui mostrato, vi accenno ad un altro, che si intitola *Dalla Strega di Freud alla nuova metapsicologia*, per dirvi come è importante che, con l'aiuto delle neuroscienze, gli psicoanalisti riformulino una nuova metapsicologia, senza aver paura di offendere la memoria di Freud (che comunque rimane un grande genio), così come io per mio conto ho fatto e proposto ai colleghi nei miei libri (Imbasciati, 2013b; 2015).

Alcuni psicoanalisti si arrabattano per ricondurre tutto a Freud e questo a volte può essere fuorviante. Molte delle mie proposizioni nel formulare la mia nuova metapsicologia provengono dalle neuroscienze, ma anche dalle altre scienze della mente e soprattutto dalle discipline che si sono occupate di studiare i bambini piccoli. La Psicologia clinica perinatale che io coltivo a Brescia fin dagli anni '90 è una sintesi di come la psicoanalisi infantile, la teoria dell'attaccamento e altri studi hanno dato origine a quel filone che si chiama *Infant Research*, una psicologia sperimentale applicata che usa sia i contributi della Psicologia generale sia quelli psicoanalitici. L'*Infant Research* può essere agevolmente integrata con le neuroscienze (Imbasciati, 2016).

La riflessione che vorrei portare a questo punto è sullo sviluppo neuro-mentale dal feto al bambino. Dobbiamo però, in questa riflessione, considerare anche quanto impara un feto: qui le cose sono meno evidenti e la ricerca è più difficile.

Penso che tutti, direttamente o indirettamente, abbiate avuto pratica di cosa è un neonato, di cosa è un bimbo nei primi diciotto mesi di vita, di quante cose impara, che noi attribuiamo al "cervello normale". Nella nostra cultura c'è il pregiudizio del "cervello normale", cioè di un apparato cerebrale che per natura (genetica) fa tutto quello che riteniamo grosso modo esser "normale": in realtà nella maggior parte della gente il cervello ha imparato quelle funzioni che permettono di agire adattativamente alla vita quotidiana degli umani; si tratta di una media standard di apprendimenti di funzioni. In realtà il "cervello normale" per natura non esiste: la genetica dell'*homo sapiens* determina la macromorfologia del cervello, ma la micromorfologia e la fisiologia conseguente sono frutto dell'esperienza, cioè di apprendimenti, o di espressività genica anch'essa acquisita. Il cosiddetto cervello normale, pensato tale "per natura", è un ideale perché è comodo pensare che la natura ci abbia dato un "cervello normale". Abbiamo così forte il sentimento di essere consapevoli di noi, di conoscerci, di determinarci, di essere liberi, di avere "la" volontà, che ci è difficile (angoscioso?) pensare che tutto questo sia frutto di apprendimenti che hanno costruito il nostro individuale

cervello; pensar tutto questo evoca responsabilità, senso di colpa poiché sotto sotto pensiamo comunque che "potevamo" fare diversamente e si apre inoltre la possibilità di ribaltare colpe sui propri genitori e anche questo può far soffrire.

Siamo soliti notare i mutamenti macroscopici degli apprendimenti dopo che il bambino impara a parlare, perché con le parole ci fa capire le sue operazioni mentali, però c'è tutta una gran massa di funzioni che ha imparato prima e che, se non le avesse imparate prima, non potrebbe neanche imparare a parlare. Impara a guardare negli occhi la madre e poi gli altri, a percepire, a riconoscere. Soprattutto a percepire: ma sapete davvero cos'è la percezione? E che la si acquisisce *per gradi*, lungo i primi mesi di vita? Se noi non avessimo imparato bene a percepire, cioè ad assemblare nel giusto modo le differenti afferenze delle diverse sensorialità, io ad esempio che sono seduto e che quindi ho le natiche che mi premono sulla sedia, potrei confondere questa afferenza, che è continua e che il mio cervello recepisce continuamente, con quella di stare lì a vedervi. Risultato? Vi vedo col sedere!

Sono sensorialità diverse, eppure il nostro cervello le assembla per avere una percezione intelligente, ma anche le tiene separate. Un neonato tutte queste cose non le ha imparate ancora e quindi, se gli fa male la pancia, questa afferenza viscerale può essere confusa con l'afferenza visiva del volto della mamma. Risultato? La mamma mi fa male dentro la pancia. Un residuo di questa capacità di assemblare si ha nella persecutorietà, quando in una situazione psicopatologica persecutoria tendono ad essere unite afferenze che andrebbero tenute separate e si confondono afferenze esterne diverse tra di loro con "prodotti interni", pensieri, sentimenti, idee.

Parliamo allora di come la mente umana si sviluppa in quanto viene a costruirsi il cervello. Viene a costruirsi perché ogni nuova esperienza, produttivamente o distruttivamente, viene a creare delle reti neurali che si integrano con le precedenti. La realtà esperienziale non è tanto l'esperienza esterna che va ad essere registrata nel cervello, è quanto il nostro cervello elabora da tutte le

informazioni che ci vengono sensorialmente dalla realtà esterna e da quella corporea; questa elaborazione dipende da quello che in quel momento il nostro cervello è capace di elaborare, di assemblare o di tener separate tutte queste varie afferenze. Quando si parla di esperienza, si parla di esperienza fatta dal cervello, non dell'esperienza tal quale si potrebbe fotografare dall'esterno, ma di un'esperienza interiore. Qui possiamo fare un aggancio psicanalitico al Bion di "apprendere dall'esperienza": non si impara l'esperienza, si impara "da" (*from*) ciò che il nostro cervello è capace di fare di tutte le informazioni che riceve dall'esterno e dal suo funzionamento, nonché dal funzionamento di ogni organo del nostro corpo, che a doppia via è collegato col cervello di ogni nostro organo.

Faccio un inciso per ricordarvi un bel libro di Porges, *La teoria polivagale* (2014), in cui l'autore dice che il neonato ha un sesto senso che l'adulto perde, e cioè che il nervo vago, che in medicina viene studiato come un nervo efferente e regolatore, è in realtà un nervo afferente, e nel neonato ha una grossa integrazione con quello che può fare la parte superiore del cervello. Il neonato ragiona con ciò che il suo nervo vago trasmette.

Già vi ho parlato dell'Alberini, del livello di stress sperimentato sugli animali, del giusto momento di incontro... Da tutto ciò che è stato detto fino ad ora emerge l'importanza del *caregiver* e di converso l'importanza dello psicoterapeuta. È un incontro emotivo continuo che modifica la strutturazione del nostro cervello. Allora tutto questo ci rende, come psicoterapeuti, psicoanalisti, cauti nel dire "ho capito... e interpreto". Già alcuni analisti hanno parlato del timing nell'interpretazione, della temperatura (mi sembra sia Meltzer che parla della temperatura), cioè del momento in cui l'analista valuta se può essere efficace l'intervento, altrimenti o non serve a niente o è nocivo. Tutto quello che sappiamo dalle neuroscienze ci rende ulteriormente cauti all'interpretare quando ci sembra di aver capito: l'interpretazione è ciò che la coscienza dell'analista, la capacità di coscienza di quell'analista in quel momento riesce a pensare con le parole, ma tutto il resto del cervello dell'analista che sta facendo? E quindi

quell'interpretazione è un lavoro di coscienza, di un analista, in un certo momento di un incontro. Si pensa che con l'interpretazione si sveli l'inconscio: in realtà l'interpretazione è un lavoro di coscienza dell'analista che va alla coscienza del paziente. Ma quando è utile?

Di qui l'importanza del dialogo non verbale. Anche per gli adulti. Quali significanti usiamo? Non è facile coglierlo. Significanti sono tutte le espressioni corporee sensoriali su cui viaggiano i significati della madre e del bambino reciprocamente, dell'analista e dell'analizzando, ma quali significati? Non possiamo dire quali significati perché per dirlo dovremmo verbalizzarli, e tali significati sono meramente emozionali. Quali codici emaniamo noi in psicoterapia e come questi codici vengono decifrati dal cervello del paziente in quel momento, che cosa ne ricava, che ne resta? Lo vediamo nella psicoterapia, con più evidenza lo vediamo nel dialogo con il neonato. I significati sono emessi inconsapevolmente, e non sappiamo neanche quali sono: sappiamo che il bambino li recepisce diversamente a seconda di come in quel momento lavora il suo cervello, a seconda del momento di incontro o di rottura. È difficile per noi fare un salto mente-cervello, perché la nostra mente cosciente ci dice solo quel che appare dicibile, ma null'altro di cui non sappiamo niente, o di cui ben poco capiamo.

Domanda: Il pericolo che percepisco è che le neuroscienze possano ingannevolmente proporsi come risolutive o interpretate in tal modo. Per fare questo salto di cui lei parla, difficile per le neuroscienze, entra in soccorso la psicoanalisi. È necessaria la psicoanalisi per poter fare questo salto, proprio perché il metodo psicanalitico tratta il materiale cosciente ma si propone di interrogare e indagare tutto quello che è difficile sapere e che è difficile conoscere; non si propone quindi come sapiente di qualcosa ma come ignorante rispetto a qualcosa.

Imbasciati: Le neuroscienze non sostituiranno mai la psicoterapia, però che un analista abbia in mente cosa le neuroscienze dicono su come funziona il cervello è importante.

Domanda: Il pericolo che percepisco io è che siano i neuroscienziati a non avere presente quanto sia importante questo scambio tra psicoanalisi e neuroscienze. Sarebbe auspicabile che ci fosse uno scambio reciproco...

Imbasciati: Ci sono dei neuroscienziati che pensano di andare avanti solo con le loro tecnologie, pensano che andando avanti solo con queste si possa fare molto meglio e quindi disprezzano anche la psicoanalisi. Per contro ci sono psicoanalisti che disprezzano le neuroscienze, pensano che la psicoanalisi debba andare avanti come è, propinano che la psicoanalisi sia autonoma. Si tratta di una disparità di opinioni con i pericoli dall'una e dall'altra parte. Credo che uno psicoterapeuta psicoanalitico debba avere in mente come funziona il cervello e lasciare che questa conoscenza delle neuroscienze lo renda semplicemente più attento a cosa gli sta succedendo, lo renda vigile a sapere quello che gli sta accadendo.

Avere in mente le neuroscienze vuol dire tenere conto di ogni comunicazione che va al di là delle parole e quindi della nostra coscienza: spero che in un futuro gli psicoterapeuti possano essere adeguatamente formati a tenere conto della comunicazione non verbale. Fino ad adesso la psicoanalisi ha raccomandato di non usare il canale corporeo per comunicare, ma solo per ascoltare se stessi e poi tradurre questo in qualche interpretazione (controtransfert). Ha raccomandato per esempio di non maneggiare il paziente, ed è una giusta cautela, perché, se uno non è attrezzato, chissà dove può andare. Ci sono contatti corporei distruttivi, lesivi: quelli etichettati come erotici facilmente possono essere distruttivi. Ma c'è qualcuno che dice che, siccome funzionano anche le terapie corporee, i massaggi, le tecniche di rilassamento e altro, anche il canale corporeo potrebbe essere adeguatamente usato. Chissà se, nel futuro, non ci potremmo attrezzare anche con questi mezzi, sapendo evitarne i pericoli.

Vorrei tornare un attimo a riassumervi i principi che riguardano lo sviluppo neuropsichico e la formazione relazionale della mente cominciando dal bambino, o meglio dal feto e dal neonato.

Ogni funzione biologica è modulata dal cervello: la psicosomatica oggi la si intende così, come studio di questa modulazione e non semplicemente per lo studio delle malattie psicosomatiche anche se le malattie psicosomatiche sono state proprio gli esempi che ci hanno insegnato che esiste anche la regolazione neuromentale continua di ogni organo del nostro corpo (prima ho citato Porges con "la teoria polivagale). Qui il concetto collima con quello di Damasio, neuroscienziato che dice che il cervello continuamente esegue una mappa del proprio corpo e dello stato di esso stesso cervello, una mappa che cambia continuamente (Damasio, 2010). Quando vi parlavo di quello che impara il bambino nei primi mesi dopo la nascita, parlavo di come egli impara un rudimentale senso di sé, qualcosa che gli dice che esiste e che poi, andando avanti, sarà: prima "bimbo fa", "bimbo dice", poi sarà "io faccio", "io dico", "io penso". Questo sentimento non tutti lo hanno sviluppato nello stesso modo. Questo senso di esserci e di essere noi, cambia da persona a persona.

Ogni funzione del nostro corpo è modulata dal cervello. Il genoma determina la macromorfologia del nostro encefalo e alcuni nuclei contenenti reti neurali preformate ma tutta la micromorfologia, cioè le sinapsi, è acquisita dall'esperienza. L'esperienza non è quello che accade obiettivamente, ma quello che il nostro cervello viene a costruire e ricava da tutte le informazioni che riceve. L'esperienza per l'homo sapiens è massima a livello interpersonale: anche per tutti gli altri mammiferi è interpersonale, tutti i mammiferi hanno dei contatti, chi più e chi meno. C'è una bellissima fotografia sulla copertina del libro *Affective neuroscience* (Panksepp, 1999) di uno scimpanzé con il suo piccolo... contano i primi diciotto mesi di vita.

Ogni minimo particolare di qualunque nostra condotta dipende dalla struttura che si è creata nel mente-cervello, a cominciare dalla formazione di quelli che Damasio chiama "i sentimenti primordiali", qualcosa di né consapevole né di assolutamente inconsapevole, qualcosa che qualcuno può anche avvertire in parte, o in maniera distorta, o che non può avvertire affatto, ma che esiste; e corrisponde a quelle mappature che Damasio ha studiato.

Noi siamo succubi del concetto che la mente coincida con l'intelligenza, che è la parola più vaga che esista: anche se la precisiamo con la parola cognizione, non facciamo altro che apporre un grosso filtro a questa parola, intelligenza. Per fortuna oggi si parla anche di intelligenza emotiva, e questo meglio si avvicina ai dati delle neuroscienze: il 95-99% del nostro cervello lavora con un lavoro emozionale, poi una piccola parte passa quel filtro di coscienza che funziona in quel momento in quel soggetto e diventa cognizione. C'è un continuo lavoro del cervello, di cui non sappiamo quasi nulla: siamo suscettibili di ingannarci e ci aggrappiamo a certe concezioni tradizionali avvertendo la novità come un pericolo; ma la novità è sempre un pericolo, qualsiasi cosa che non conosciamo può essere pericolosa.

Ma cos'è l'emozione? È importante fare differenza tra l'aggettivo "emozionale" e l'aggettivo "emotivo": ci serve per differenziare che emozionale è tutto, tutto il cervello-mente, ed è quel tutto di cui siamo quasi completamente inconsapevoli; qualche volta avvertiamo l'emozione, e se la avvertiamo troppo ci diciamo "emotivi" ma emozionali siamo sempre, anche se non ci sentiamo emozionati.

Altra nozione da tenere presente nell'evoluzione dello sviluppo neuromentale dell'individuo è che agli inizi della costruzione del cervello, il funzionamento è tutto del cervello destro, fino a tutto il primo anno di vita: il bimbo impara con il cervello destro, poi si inizia ad attrezzare anche il sinistro e attrezzandolo si attrezzava anche la rete di connessioni tra destro e sinistro. La sperimentazione neurologica, da lunga data, ci ha dimostrato quanto sia importante avere due cervelli connessi. Fino a un anno/anno e mezzo di vita si può considerare che il bimbo funzioni solo con il cervello destro: questa priorità emozionale del cervello destro, per la sopravvivenza della stessa vita, ci dà da pensare a quanto noi siamo spesso troppo "sinistri". Fino all'alessitimia.

Vi ho già parlato, nel corso della mattinata, di connectoma (Seung, 2013): ora vedremo come cambia in continuazione. Si suol dire "se ti funziona il cervello, se sei normale ecc." e questo denuncia la concezione errata e grossolana di cui già abbiamo

parlato: il cervello cambia in continuazione e noi non ce ne accorgiamo, e ci sembra che il mondo sia sempre lo stesso. In tale continuo cambiamento spicca come fondamentale quello che avviene durante la relazionalità ossia quel passaggio continuo di informazioni emanate da due o più persone quando sono in interazione, anche se se ne stanno immobili e senza parlare. Cosa spicca in questa dimensione relazionale che sfugge alla nostra capacità di coscienza e che è quello che forgia in continuazione gli individui? Spicca il modo con cui il cervello di ognuno elabora la continua informazione che riceve. Questa elaborazione è frutto di ciò che fino a quel momento è stato costruito. Elaborazione è ciò che il cervello è capace di trasformare di ciò che riceve.

E tutto questo comincia quando il cervello inizia a funzionare: allora bisogna considerare come i primi funzionamenti, le prime reti neurali si sono costruite, già a partire dal neonato e dal feto, perché queste avranno la loro incidenza su come ogni possibile esperienza sarà elaborata e quindi come, con nuove reti neurali integrate con le precedenti, potrà essere integrata quella capacità di elaborazione di quell'individuo. Si ha così un progressivo effetto a cascata multiplo. Di qui l'importanza delle prime costruzioni e l'importanza della capacità genitoriale. Capacità genitoriale che tutti gli psicoterapeuti dovrebbero avere il più possibile attrezzata, perché più o meno tutti i nostri pazienti hanno avuto dei genitori con mediocri o cattive capacità genitoriali; con loro è cominciato il primo circolo vizioso, la costruzione delle prime reti neurali non ottimali e l'elaborazione non ottimale delle successive esperienze, anche buone ma elaborate male; sono questi effetti a cascata quello che gli psicoterapeuti si arrabbattono a curare, ma devono essere buoni genitori. Dobbiamo avere una buona capacità genitoriale, questo ci interessa come psicoterapeuti, ma credo ci debba interessare e coinvolgere anche il modo in cui, come individui umani, abbiamo contribuito e contribuiamo a costruire la società e la civiltà. Qui si apre un interrogativo su come sarà questa capacità genitoriale nella media degli individui che si occuperanno di bambini. Oggi aiutiamo questa dimensione genitoriale a svilupparsi nelle future generazioni? O la deprimiamo?

O la stiamo deprimendo all'interno della struttura sociale in cui avvengono i nostri contatti? È con i nostri contatti che si strutturano le nostre menti. Ho l'impressione che stiamo andando verso una riduzione delle possibilità che un individuo acquisti buone capacità genitoriali perché i suoi bambini possano essere un po' chino meglio di lui. C'è il rischio che le circostanze saranno tali per cui i suoi bambini saranno un po' meno di lui: e le successive generazioni?

Si evince da tutto questo l'importanza che chi di queste cose, come noi, ne sa qualcosa, ne tenga conto anche nella possibilità di incidere sul sociale, affinché si pensi al futuro.

Sommaruga: Prendo un piccolissimo esempio: la storia del bambino che piange. Il bambino piange e che mamma si ritrova? Una mamma affettuosa che cerca di calmarlo o la mamma spaventata e angosciata? Mi viene in mente un episodio raccontato da una collega pediatra. Arriva da lei una madre accompagnata dal marito e dal bambino e le dice "il bambino piange quindi è malato", la pediatra lo visita e dice che il bambino è sano, la madre dice che però piange tutta la notte. E allora che cosa c'è dentro questo bambino? Nella sua memoria implicita c'è "un terrore senza nome", è l'esperienza di angoscia senza fine e non so come lo potremo curare. Ci chiediamo anche che cosa trasmetterà un bambino con queste esperienze un domani ai suoi figli. Che maturità avrà di elaborare il dolore, di elaborare il dolore dell'altro? Sono situazioni che ci fanno pensare a che eredità stiamo lasciando ed è da questo pensiero importante che dobbiamo confrontarci poi con la nostra esperienza quotidiana.

Domanda: Ieri una collega in supervisione mi porta una situazione clinica in cui c'è un giovane paziente (25/30 anni) che nel proseguo della terapia gli fa vedere una certa ferita sul collo che il padre gli avrebbe procurato quando era molto piccolo. Questo contenuto emerge verso la fine della seduta e la terapeuta mi dice che, congedandolo, fa una carezza su questa ferita aggiungendo qualcosa come "credo sia ancora aperta". L'intento della terapeuta è lenitivo, incontrante; io da parte

mia invece ho avvertito tutt'altro, ho avvertito un atto più che irrispettoso, anche un po' sadico. Talmente divaricante quello che ho percepito io rispetto alle intenzioni della terapeuta, che non ho avuto il coraggio di dirle questa cosa. Volevo una sua lettura a proposito...

Domanda: Quando lei parlava prima della relazione madre-bambino, io pensavo proprio alla relazione terapeutica, dove si utilizza la parola, ma la stessa parola è simbolo e mediatore di altri significati. Penso che il nostro corpo ci sia sempre e ci sia comunque anche quando pensiamo di non usarlo...

Imbasciati: C'è sempre la questione del corpo e il corpo viene avvertito diversamente da ognuno. Rispetto al paziente con la ferita sul collo, io non credo si possa dire chi ha ragione: quello che si può dire è che magari sbagliate entrambi.

Sommaruga: Vi racconto un piccolo episodio che molti di voi conoscono. Mi viene inviato un ragazzo in terapia con problemi di crisi di angoscia. È la seconda volta che ci vediamo, siamo in fase preliminare, e mi racconta che il giorno prima era in metropolitana e ha avuto una crisi di panico; è caduto a terra come svenuto. L'hanno soccorso, è tornato a casa ma ha paura che si ripresenti una crisi così. A un certo punto, cominciando a rievocare questa crisi, comincia a respirare affannosamente, ad agitarsi sulla sedia e ad un certo punto comincia ad urlare "il cuore mi sta cedendo, sto morendo, chiami un'ambulanza". A questo punto mi protendo verso di lui, una mano la metto sulla fronte e con l'altra gli prendo il polso, è stato un gesto automatico. Gli tengo un breve e autorevole discorso dicendo "no, è soltanto la sua mente che manda segnali al cuore, il suo cuore sta bene, si sta calmando..." e la crisi passa. È stato il primo e unico intervento fisico che ho fatto in tutta la terapia, ed aveva un senso, perché noi sappiamo che il nostro sistema vagale è collegato alle vie superiori, quindi questo ragazzo stava perdendo la vista, quindi non riceveva più informazioni sull'aspetto fisico degli altri, sulla mimica e, mancando di informazioni, non gli era possibile modulare il suo si-

stema vagale, quindi questo inviava potenti segnali al sistema simpatico e succedeva una crisi di immobilizzazione di panico in cui lui cadeva al suolo e, in altri momenti, aveva una crisi di panico vera e propria. A me lo hanno insegnato tantissimi anni fa gli infermieri del reparto in cui lavoravo in pronto soccorso: se una persona aveva una crisi isterica, ponendogli un dito sugli occhi, la crisi isterica cessava.

Domanda: Ha parlato di sviluppo relazionale, di capacità genitoriale, però anche di una parte innata nel bambino. Come si conciliano queste due cose nello sviluppo della relazione tra il bambino e la mamma?

Imbasciati: La parte innata la si constata soprattutto percorrendo la scala zoologica degli animali e dei mammiferi in particolare; dal modo in cui questa struttura innata può variare nell' homo sapiens. Da progressive continue integrazioni in altre strutture costruite, dipenderà come il funzionamento di questa struttura innata potrà cercare (seeking) e trovare (genitorialità?) il contatto corporeo. Nei mammiferi superiori questa capacità di contatto, questa necessità di contatto corporeo, è evidente: però quello che constatiamo, esaminando l'etologia lungo la scala dei mammiferi, è che c'è sempre una maggiore integrazione del funzionamento, dai mammiferi inferiori ai primati, con ciò che, man mano che si sale nella scala zoologica, le varie specie hanno la possibilità di imparare. Man mano che c'è a disposizione una maggior massa neuronale (corticale) c'è più possibilità che il funzionamento dei nuclei innati comuni a tutti i mammiferi venga variato, arricchito, modulato. Quanto poi da qui si possa passare all'ultima parte del suo discorso, la responsabilità di un caregiver e quella del suo bimbo, direi che certamente lavorano insieme, e che c'è da contare anche l'esperienza prenatale, sulla quale sappiamo pochissimo. Che cosa si è strutturato durante la gestazione nel cervello di questo feto? Sappiamo soltanto che quando arriva al quinto mese di gravidanza questo feto è capace di discriminare e di riconoscere dei suoni. Ma prima non sappiamo niente, non sappiamo quanto

in quei suoni che il feto al quinto mese sa discriminare, c'è un precedente lavoro (protostrutturazione?) del cervello, che possa deporre per una precedente elaborazione di esperienza, se c'è stato qualcosa prima.

Di quello che succede al terzo/quarto mese di gravidanza sappiamo pochissimo: non so come si possa parlare di responsabilità del bambino. Attenzione poi a non confondere questo concetto che lei ha chiamato responsabilità con il concetto di colpa. La responsabilità implica una causalità, che peraltro ci risulta confusa, mentre il senso di colpa è tutt'altro. Troppo spesso si colpevolizzano le madri e i padri.

Domanda: Volevo che mi aiutasse a capire meglio un fatto che è accaduto in una relazione con un mio paziente. Questo paziente, bellissimo ragazzo, un atleta, ha avuto un rapporto disastroso con la madre, dominante, minacciosa e che ritrova un po' incarnata in alcuni personaggi della vita che gli mettono terrore, senza sapere che richiamano a questo. Questo ragazzo parla di questo evento molto angosciato con una postura del corpo accasciata, e io dico "senta Roberto, se la sente di tirarsi su e di raccontarmi di nuovo cosa ha sentito?" È venuta fuori una cosa diversa: i fatti erano gli stessi, ma la tonalità emotiva era completamente diversa, e su questo abbiamo potuto lavorare e stanno succedendo delle cose. Vorrei che lei mi aiutasse a capire cosa è successo, era un'altra persona che raccontava gli stessi avvenimenti, era cambiato il corpo ma anche l'emotività.

Imbasciati: Credo di poterle dare una ben scarna spiegazione. Certamente questi fenomeni non sono strani e ci riconducono a questa unione corpo-mente, che ci scompiglia. Per il suo paziente assumere un assetto muscolare diverso ha avuto qualche influenza sul suo cervello. Il lavoro che compie il cervello è sempre sia su quanto fa esso stesso, sia su quello che gli arriva dal corpo. Ad un certo punto lei ha innescato una specie di circuito per cui il paziente ha modificato il corpo e questa modifica ha avuto un feedback sul funzionamento neurale globale.

Domanda: Le vorrei porre questa questione... non c'è un rischio, un pericolo, nella prospettiva che ci ha presentato, di una sorta di deriva di tipo cognitivo comportamentista?

Imbasciati: Vi ho parlato dei pericoli di ogni novità di cui non abbiamo fatto sufficientemente esperienza e per cui non siamo attrezzati: possiamo e ci possiamo fare del male. Il pericolo c'è ma, d'altra parte, ci sono dei momenti fortunati in cui ci è scappato qualcosa che poi forse a posteriori abbiamo sentito che era salutare. Mi è sempre rimasta nella mente la scena di una mia paziente sulla porta in uscita: io le feci una carezza sul braccio – io tra l'altro non ho l'abitudine di dare la mano all'entrata e all'uscita – e quella carezza fece cambiar tutto.

Domanda: Lei saprebbe spiegare perché ha fatto quel gesto? Se era consapevole di volerlo fare con un obiettivo?

Imbasciati: Ora non lo ricordo, ricordo soltanto la visione e il ricordo semantico, cioè che è cambiato tutto. Sono convinto che sia stato utile perché ha segnato una svolta, credo che fossimo al quarto anno di analisi.

Ora vorrei riprendere, per concludere, un'ultima cosa: l'eredità che abbiamo tratto da Freud è quella di una certa rigidità nel setting, per esempio la forte raccomandazione "attenzione agli agiti" soprattutto agli agiti propri, si intende. L'eredità freudiana ci ha abituato soprattutto a non toccare. Ci sentiamo forse un po' impacciati: dobbiamo tenere presente il pericolo della novità. Freud ha lasciato queste raccomandazioni, che hanno poi irrigidito i primi setting tra gli anni '50 e '80, però Freud stesso era molto più libero, conversava parecchio: qui riconosco a Freud delle doti di politica gruppale molto oculate per i suoi allievi, che potevano scivolare troppo nelle derive. Oggi che siamo un pochino più liberi qualcuno dice che si scivola nella deriva del comportamentismo ma le derive ci sono anche nel mare calmo, l'importante è tenerne conto e vedere di utilizzarle al meglio. Tornando a Freud, poi c'è da considerare il fatto che la sua me-

tapsicologia stava avendo successo e che necessariamente egli doveva occuparsi di questa. Viene intitolato "Metapsicologia" l'insieme dei 5 saggi ma in realtà i primi due sono molto diversi dai successivi: il primo e il secondo sono specificamente di una teoria in senso proprio, cioè esplicativa, con l'ipotesi della pulsione e della rimozione. La teoria energetico-pulsionale ebbe grande successo e tutti si sono buttati a usarla in mille variazioni per spiegare la clinica. La diffusione della psicoanalisi nel mondo è dovuta a questa invenzione teorica.

Però questa invenzione, da dieci anni a questa parte paralizza gli psicoanalisti: Freud l'ha chiamata "la Strega" e in un altro passo l'ha definita "la nostra mitologia" (Imbasciati, 2013). Il mito serve a coagulare gruppi, collettività. Ma la grandiosità di Freud ha indotto i suoi a venerarlo fin troppo, a sentirsi soli se rinunciavano a qualcosa di lui, malgrado egli avesse detto che erano tutte ipotesi. Freud aveva constatato che certi pazienti mostravano "la resistenza". Quale ragionamento sta sotto l'ipotesi della rimozione? Che lo psichico avrebbe dovuto diventar cosciente e rimanere cosciente. Lo pensava implicitamente Freud, non ancora completamente uscito (malgrado la scoperta dell'inconscio), dal coscienzialismo che dominava la cultura del suo tempo; e ancora la nostra! Si identifica la mente con quello che la coscienza, quella più lucida, pensa ed esprime con le parole. Con tutta la panoramica dell'inconscio che spero di avervi dato soprattutto nella prima ora, perché mai pensare che l'inconscio debba diventar cosciente? Freud ha confuso la resistenza con la rimozione, perché si pensava che ci fosse la "naturale" tendenza verso la coscienza, una forza che spingeva, e pertanto ci doveva esserne un'altra che respingeva. Noi questa rimozione la possiamo oggi spiegare diversamente, in termini di memoria: la memoria che cambia.

La mutevolezza della memoria, che oggi possiamo constatare anche sperimentalmente, può benissimo spiegare perché oggi uno ha un certo tipo di coscienza, e domani un'altra per cui non può più ricordarsi e quindi nega di riconoscerla nell'interpretazione e non si ricorda più. Ma la memoria c'è, ne è cambiato l'assetto e non c'è ricordo. Nella prosecuzione dell'analisi la memo-

ria cambiata può, nel contatto con l'analista cambiare di nuovo, e far tornare un ricordo, forse non come quello che ricordava l'analista; e comunque far cambiare l'insieme della struttura mnestica del paziente. L'inconscio può essere spiegato come memoria con tutte le sue variazioni e cambiamenti, senza dover ricorrere a un'ipotesi come quella della rimozione. Eppure molti analisti ancor oggi pensano in termini di rimozione: questo cosa li induce a fare? Che, se hanno in mente il concetto di rimozione, hanno in mente anche che per il paziente bisogna trovare le interpretazioni migliori per togliergliela. E si sforzano di usare come metafore i concetti di libido, la pulsione, ecc. Ma a che scopo? Un certo uso della metafora cela che, al di là delle convinzioni razionali, si concepisce la mente nei termini concreti che la metafora descrive. E resta implicito, e inconsapevole, il presupposto pregiudizio che tutto dovrebbe esser cosciente e che la mente è "la" coscienza, che la "normalità" è la coscienza. La mente è inconscio, ma non quell'inconscio che crediamo di riconoscere nell'interpretazione: molto di più (Imbasciati, 2016a). A questo proposito sta per uscire un mio articolo sul Giornale Italiano di Psicologia intitolato "L'inconscio come memoria" (Imbasciati, 2016b).

Per poter accogliere le neuroscienze, bisogna non avere il fardello di collegare per forza ciò che ci dicono con ciò che ci disse Freud. Collegiamolo alla nostra clinica attuale, qualche volta si potrà anche risalire alle intuizioni freudiane, ma non è necessario dover collegare le neuroscienze a tutto quanto disse Freud. C'è un fardello, nel collettivo della ricerca analitica, che impedisce di trovare il giusto equilibrio fra il modo di fare la clinica (senza andar troppo nella deriva materialistica o comportamentistica) e l'aver in mente come funziona la mente, anche secondo quanto dicono le neuroscienze, pur continuando ad agire con i mezzi psichici. In questa prospettiva il collettivo di psicoanalisti, psicoterapeuti psicoanalitici, sta lavorando per elaborare una nuova metapsicologia che tenga conto non tanto di quella parte della metapsicologia freudiana espressa nei primi due saggi ma che tenga conto di tutta la clinica a cominciare da quella nel terzo, quarto, quinto saggio, quando parla del lutto.

La metapsicologia freudiana è quella dei primi due saggi, con le sue ipotesi esplicative (esplicative in senso proprio di una accezione corretta), oggi inutile. Occorre una nuova metapsicologia, con nuove ipotesi su come funziona la mente per quel che ne sappiamo oggi del cervello. Secondo me, una delle vie per fare questo è studiare meglio la memoria e questo studio può essere aiutato dalle neuroscienze.

Domanda: Stavo pensando all'integrazione corpo-mente e all'integrazione tra neuroscienze e psicanalisi. Non si può certo ignorare che esistano certe scoperte scientifiche ma, mentre parlava, pensavo ad alcune forme di integrazione tra neuroscienze e psicologia che hanno informato le pratiche psicoterapeutiche. Troppo spesso questa integrazione è avvenuta prendendo dalle neuroscienze soltanto quell'aspetto della scienza positivista per cui alla fine ci si ritrova a dover misurare il risultato con metodi specifici, dimostrabili. In America le assicurazioni pagano le psicoterapie in base al fatto che ci siano degli indicatori di risultato. Anche nelle nuove disposizioni sanitarie regionali, in Italia, gli indicatori di performance e risultato stanno diventando davvero informativi. Il rischio che vedo è quello che ci portiamo a casa solo gli effetti di controllo delle neuroscienze. È un rischio possibile secondo lei?

Imbasciati: Sì, come in ogni cosa bisognerebbe saper scegliere la parte buona.

Domanda: Lei dice che possiamo fare a meno, in buona sostanza, del concetto di rimozione. A me sembra però che, facendone a meno, cadano poi una serie di cose, in primis il modo di intendere il sintomo che, nella metapsicologia freudiana, è spiegato come un capolavoro fra diverse dimensioni, come una bella soluzione di compromesso riguardo a un conflitto. Faccio fatica a sostituire questo sapere con quello che sta dicendo lei. C'è una relazione fra memoria implicita e costruzione del sintomo?

Imbasciati: Io penso di sì, ma credo anche che bisognerebbe scoprirla paziente per paziente. La legge generale ipotizzata da Freud era che esisteva questa pulsione che trovava sfogo nel sin-

tomo. È sempre un paragone di spinta-controspinta, col sottinteso che esista la normalità, e che la normalità non sia tanto un funzionamento standard quanto una legge naturale. Un conto è la normalità in senso statistico, e altro conto è intenderla riferendosi alla natura.

Siamo abituati a lavorare con un certo schema e l'idea di abbandonarlo ci turba perché non abbiamo ancora trovato il modo di impadronirci del nuovo schema e tantomeno di tradurlo in una pratica clinica. Ma credo che ci si muoverà sempre più in questo senso, quando e se ne avremo i mezzi, per vedere meglio cosa succede nel nostro cervello.

Domanda: *Immagino che il suo modo di lavorare sia cambiato in maniera importante...*

Imbasciati: Sì, peccato che sia cambiato un po' tardi, sono vecchio. Ora comunque lavoro meglio *vis a vis*, per esempio...

BIBLIOGRAFIA

- Alberini C. (2013) *Memory Reconsolidation*, Elsevier, New York
- Beebe B., Lachmann E. (2003) *Infant Research e trattamento degli adulti*, Cortina, Milano
- Cena L., Imbasciati A. (2014) *Neuroscienze e psicoanalisi*, Springer, Milano
- Damasio A. (2001) *Il Sé viene alla mente*, Adelphi, Milano
- Ebbinghaus H. (1885), *La memoria*, trad. Zanichelli, Bologna, 1971
- Freud S. (1895), *Progetto di una psicologia*, O.S.F., Boringhieri, vol.1
- Gilbert M.M. (1989) *Human Nature Suffering*, Erlbaum, London
- Imbasciati A. (1998) *Nascita e costruzione della mente*, Utet libreria-De Agostini, Torino
- Imbasciati A. (2013) *Psicoanalisi senza teoria freudiana*, Borla, Roma (a)
- Imbasciati A. (2013) *Dalla Strega di Freud alla nuova metapsicologia*, Angeli, Milano (b)
- Imbasciati A. (2015) *Nuove teorie sul funzionamento della mente: l'istituzione psicoanalitica e gli psicoanalisti*, Angeli, Milano
- Imbasciati A. (2016) *Quindici brevi lezioni di Psicologia Integrata*, Alpes, Roma (a)
- Imbasciati A. (2016) *L'inconscio come memoria e la diffidenza degli psicoanalisti*, Giornale Italiano di Psicologia (GIP), XLII, 371-383 (b)
- Imbasciati A., Cena L. (2015) *Psicologia Clinica Perinatale per le professioni sanitarie*, Angeli, Milano (tre volumi)
- Le Doux C. (1999), *Il Sé sinaptico: come il cervello ci fa diventare quello che siamo*, Cortina, 2002, Milano
- Liotti G. (1994) *La dimensione interpersonale della coscienza*, NIS, Roma
- Magistretti P., Ansermet F. (2004) *A ognuno il suo cervello*, Boringhieri, Torino
- Musatti C.L. (1931) *Elementi di psicologia della testimonianza* CEDAM, Padova, Rizzoli 1991
- Panksepp J. (1999) *Affective Neuroscience*, Oxford Un. Press
- Panksepp J., Biven B. (2011), *Archeologia della mente*, Cortina, Milano
- Porges L. (2014) *La teoria polivagale*, Fioriti, Roma
- Schore A. (2003) *Affect dysregulation and the disorders of the Self*, Norton, New York (a)
- Schore A. (2003) *Affect regulation and the repair of the Self*, Norton New York (b)
- Seung H. (2013), *Connectoma*, Codice, Torino

POTENZA E BANALITÀ DELLA MENZOGNA

Luciano Manicardi

Bibliista, priore della Comunità Monastica di Bose (Biella). Docente della Scuola di specializzazione in psicoterapia de Il Ruolo Terapeutico di Milano.

Mentire: un fenomeno universale

Per quanto sia normalmente esecrato e stigmatizzato, il mentire è un fenomeno trasversale a ogni tempo e a ogni cultura. Mentiamo a tutti, alle persone più care e agli estranei, e anche a noi stessi. Dunque, il mentire e anche la costellazione ad esso connessa dell'ingannare, dell'imbrogliare, del dissimulare, del fingere, è fenomeno universalmente umano.

Possiamo dire che "a differenza del rubare, commettere abusi sessuali o uccidere, quello di mentire è un crimine morale che commettiamo tutti e regolarmente"¹.

Un libro che analizza da un punto di vista cognitivo-sociale il problema della menzogna riporta questo dato: "In una inchiesta fatta in un liceo di ragazze, alla prima domanda: 'lei mente?' il 50% ha risposto spesso, il 20% molto spesso, il 20% qualche volta, il 10% mai. Alla seconda domanda: 'Bisogna condannare la menzogna?' il 95% ha risposto Sì"².

Una questione oscura

Se il fenomeno è diffuso e universale, il suo studio e la sua analisi sono tutt'altro che semplici. Anzi, affrontare la questione della menzogna è impresa ardua.

Lo sapeva Agostino, quando, nel suo trattato *De mendacio* (395

¹ I. Leslie, *Bugiardati nati. Perché non possiamo vivere senza mentire*, Bollati Boringhieri, Torino 2011, p. 11.

² C. Castelfranchi - I. Poggi, *Bugie, finzioni, sotterfugi. Per una scienza dell'inganno*, Carocci, Roma 1998, p. 253.

d.C.), affermava che si tratta di una “questione straordinariamente oscura” (latebrosa nimis), questione che “spesso elude tramite nascondigli cavernosi l’intento di chi indaga, come se sfuggisse dalle mani ciò che si era trovato, che ora riappare e ora sparisce di nuovo”³.

E lo sa chi ancora oggi esamina questo argomento da un determinato punto di vista (filosofico, psicologico, pedagogico, giuridico, linguistico, politico...), nella coscienza che solo un approccio interdisciplinare può darne una visione sufficientemente completa, o almeno non troppo lacunosa⁴.

A questi problemi si affiancano poi quelli di etica, qualora si affronti la menzogna come “figura del male”⁵.

Occorre allora distinguere la menzogna dalla bugia innocente, dalla finzione che struttura una persona, dall’imitazione e identificazione con altro da sé, dalla sperimentazione linguistica che consente creatività, protesta e trasgressione, come ha scritto George Steiner: “Il linguaggio è il principale strumento del rifiuto dell’uomo di accettare il mondo per come è”⁶. Ora, se non

³ Agostino, *De mendacio* 1,1; cf. Agostino, *Sulla bugia*, Testo latino a fronte, a cura di Maria Bettetini, Rusconi, Milano 1994, p. 29.

⁴ Segnalo qualche titolo fra i tantissimi: Cf. D. Goleman, *Bugie, bugie*, Milano 1987; R. Villari, *Elogio della dissimulazione. La lotta politica nel Seicento*, Laterza, Roma-Bari 1987; Frassinelli, F. Cardini (a cura di), *La menzogna*, Ponte alle Grazie, Firenze 1989; M. Lavagetto, *La cicatrice di Montaigne. Sulla bugia in letteratura*, Einaudi, Torino 1992; F. Di Trocchio, *Le bugie della scienza. Perché e come gli scienziati imbrogliono*, Mondadori, Milano 1993; T. Accetto, *Della dissimulazione onesta*, Einaudi, Torino 1997; V. Sommer, *Elogio della menzogna. Per una storia naturale dell’inganno*, Bollati Boringhieri, Torino 1999; M. Bettetini, *Breve storia della bugia. Da Ulisse a Pinocchio*, Raffaello Cortina, Milano 2001; A. Tagliapietra, *Filosofia della bugia. Figure della menzogna nella storia del pensiero occidentale*, Bruno Mondadori, Milano 2001; J. Campbell, *La grande bugia. La necessità e l’utilità della menzogna in natura, nella storia, nella politica, in amore e nelle arti*, Garzanti, Milano 2002; S. Tisseron, *Vérité et mensonges de nos émotions*, Albin Michel, Paris 2005; F. Nietzsche, *Su verità e menzogna*, Bompiani, Milano 2006; G. Lecuppre, *L’impostura politica nel Medioevo*, Dedalo, Bari 2007; M.G. Profeti (a cura di), *La menzogna*, Alinea Editrice, Firenze 2008; F. D’Agostini, *Menzogna*, Bollati Boringhieri, Torino 2012.

⁵ Cf. M. A. Pranteda, «Menzogna», in P. P. Portinaro (a cura di), *I concetti del male*, Einaudi, Torino 2002, pp.184-210.

⁶ G. Steiner, *Dopo Babele. Aspetti del linguaggio e della traduzione*, Garzanti, Milano 1994, p. 266. Più estesamente dice il passo di Steiner: “Sono convinto che non faremo molti progressi nel comprendere l’evoluzione del linguaggio e

può essere considerata menzogna una cosa non vera detta per ignoranza o per errore o per convinzione che sia vera mentre non lo è, si deve cercare nella *volontà*, nella intenzionalità di ingannare, il nucleo decisivo che rende menzognera un’affermazione. Per Agostino, alla base della menzogna c’è la *voluntas fallendi*, la volontà deliberata di ingannare l’altro. Mentre non è affatto detto che della menzogna faccia necessariamente parte la *voluntas nocendi*, cioè l’intenzione di nuocere all’altro e di danneggiarlo. Ci sono menzogne che sono un’autodifesa, una protezione di sé, ma che non intendono minimamente fare del male agli altri. Jean Jacques Rousseau afferma: “Asserire il falso è mentire soltanto se esiste l’intenzione d’ingannare; e perfino l’intenzione d’ingannare, lungi dall’essere sempre unita con quella di nuocere, qualche volta ha un fine addirittura contrario”⁷.

Potere e piacere del mentire

La potenza della menzogna è evidente e andrebbe semplicemente riconosciuta. Spesso invece noi ci aggrappiamo alla menzogna della “forza della verità” e ci rifiutiamo di ammettere la verità della “forza della menzogna”. La forza della menzogna risiede nel suo potere di ricreare la realtà, di plasmarla a piacimento, di manipolare altre persone inducendole a credere e a fare ciò che noi vogliamo in base alle nostre menzogne. L’uomo sente il proprio potere molto più mentendo che dicendo la verità, che attenendosi alla faticosa e opaca adesione e corrispondenza tra le parole e i fatti. La definizione di verità di stampo tomista parla di *adaequatio rei et intellectus*, “corrispondenza tra realtà e intelletto”,

i rapporti tra parola e atto umano, finché considereremo la ‘falsità’ come fondamentalmente negativa, finché giudicheremo la controfattualità, la contraddizione e le numerose sfumature della condizionalità come modi specialistici, spesso spuri sul piano logico. Il linguaggio è lo strumento principale del rifiuto dell’uomo di accettare il mondo com’è. Senza tale rifiuto, senza l’ininterrotta generazione da parte della mente di ‘anti-mondi’... noi saremmo imprigionati per sempre nel presente. La realtà sarebbe... ‘tutte le cose come stanno’ e niente di più. Nostra è la capacità, l’esigenza, di contraddire o di dis-dire il mondo, di immaginarlo e di parlarlo altrimenti”.

⁷ J.J. Rousseau, *Le fantasticherie del passeggiatore solitario*, Bompiani, Milano 1998, p. 241 (corsivo nostro).

ovvero di corrispondenza tra la “cosa”, la realtà, e la sua rappresentazione linguistica e concettuale. La menzogna spezza intenzionalmente questa corrispondenza al fine di ingannare altri. Vi è qualcosa di perversamente divino nella menzogna, cioè nella manipolazione e distorsione della realtà che scimmietta l'azione creatrice del Dio che parlò e ciò che disse “fu”, venne all'esistenza⁸. Il menzognero fa esistere ciò che lui dice o, meglio, induce altri a credere vero ciò che lui dice e che dice sapendolo falso. È una forma di seduzione che esprime la dimensione anche erotica del mentire. Inducendo l'altro a credere le mie menzogne, penetro in lui e lo possiedo, lo determino, ma l'unica soddisfazione è del mio ego. Dunque, una dimensione della menzogna è il piacere che essa dona a chi “mente sapendo di mentire” per ottenere i risultati che si è prefisso. Faccio notare che l'espressione “mentire sapendo di mentire” è ridondante e tautologica perché mentire implica già l'intenzione di ingannare e dunque implica sapere che ciò che si dice è falso. Sapere, piacere, potere si trovano perversamente intrecciati nell'atto menzognero.

Menzogna e politica

Parlando di potere della menzogna non possiamo dimenticare che sul piano politico la menzogna si presenta come straordinario strumento di potere, come un'arma. Sono tante le forme del mentire politico: occultamento della verità, distorsione del significato degli eventi, presentazione come veri di fatti non veri. Ormai tutti sappiamo che erano false le notizie che affermavano che l'Iraq era in possesso di armi di distruzione di massa⁹. Ma quelle menzogne hanno avuto il potere di scatenare una guerra grazie alla diffusione che i media hanno dato loro. Infatti, il successo di una menzogna dipende dalla sua accettazione sociale. Per questo

⁸ Si pensi alla pagina iniziale della Bibbia, il capitolo primo della Genesi.

⁹ L. Violante, *Politica e menzogna*, Einaudi, Torino 2013. Cf. H. Arendt, *Politica e menzogna*, SugarCo Edizioni, Milano 1985; Eadem, *Verità e politica*. Seguito da *La conquista dello spazio e la statura dell'uomo*, Bollati Boringhieri, Torino 1995. Una ricostruzione degli eventi che hanno condotto all'esplosione del conflitto tra Iraq e Usa, visto dall'angolazione delle reciproche menzogne, si trova in Leslie, *Bugiardi nati*, pp. 174-182.

il politico ha bisogno di controllare i mezzi di informazione. Un articolo del *New York Times* del 30 maggio 2004, in cui l'articolaista definiva “fallimento istituzionale e non individuale” l'informazione data a suo tempo dal suo giornale sulle armi possedute dall'Iraq, portava come titolo: “Armi di distruzione di massa o di distrazione di massa?” (*Weapons of Mass Destruction? Or Mass Distraction*)¹⁰.

Etica della parola

Dietro alla mia scelta di parlare della potenza della menzogna, e di un certo uso e abuso della parola, vi è la convinzione dell'urgente necessità che la nostra società oggi ha di recuperare un'etica della parola. Di riscoprire il potere della parola per non cadere succubi della parola del potere il quale tale parola manipola e distorce per i propri fini. Vi è la convinzione della necessità di riscoprire lo statuto della parola, la dimensione etica di ogni atto di parola, in riferimento a se stessi, il locutore, all'altro, il destinatario della parola, e, infine, alla parola stessa¹¹.

Menzogna e psicoanalisi

In psicoanalisi la menzogna detta dal paziente all'analista è un sintomo che va anzitutto riconosciuto, rispettato e accolto.

L'analista ha a che fare quotidianamente con le bugie del paziente ed esse sono importanti per il paziente in quanto gli servono come barriera difensiva contro affermazioni che lo condurrebbero a una condizione di tumulto o confusione psicologica¹². Quando per contenuto, funzione, significato e frequenza, la menzogna coinvolge la personalità e l'esistenza intera di una persona, ci si può trovare di fronte a bugiardi patologici. Ovvero, i bugiardi che fanno della menzogna un *habitus*, che mentono

¹⁰ Cf. anche V. Giacché, «La fabbrica del falso sulla guerra in Libia», in *OltreConfine*, 14 maggio 2011: http://www.comunisti-italiani-trentinoaltoadige.it/PdciTAAHOME_file/news_file/news628.htm.

¹¹ Cf. L. Manicardi, *Verso un'etica della parola*, Qiqajon, Bose 2015.

¹² M. Scarnecchia (a cura di), *Il paziente che mente. Psicoanalisi e malafede*, Franco Angeli, Milano 2004.

per manipolare, per ottenere vantaggi senza preoccuparsi delle conseguenze emotive e relazionali che il loro comportamento può produrre negli altri. Normalmente il bugiardo patologico è poco attento alla dimensione emotiva e psicologica degli altri, è autocentrato e narcisista: egli ha talmente interiorizzato il meccanismo menzognero che ci convive in maniera egosintonica e non riesce a percepire il suo modo di fare come patologico. Più analiticamente, il bugiardo patologico ha come elementi caratterizzanti della sua personalità questi atteggiamenti: mente gratuitamente anche se non è necessario; è impaziente; tende a essere manipolativo nei confronti degli altri; è seduttivo e disinibito; è intollerante alle critiche; pretende, perché ritiene che tutto gli sia dovuto; non prova rimorsi; è incapace di instaurare relazioni affettive mature. Nell'ambito patologico, per esempio nel quadro dei disturbi di personalità, certamente occorrerebbe andare più nello specifico e vedere come le bugie svolgono funzioni differenti e assolvono compiti diversi a secondo del quadro patologico dell'individuo al cui interno la menzogna appare come sintomo. La tipologia di menzogne che il paziente mette in atto è normalmente riflesso della sua sintomatologia. Si possono notare differenziazioni significative in pazienti con disturbo narcisistico, in pazienti borderline, in pazienti afflitti da disturbo ossessivo compulsivo¹³. Di certo, in analisi, la bugia – quale che sia la sua gravità o meno – è materiale che chiede di essere interrogato ed elaborato all'interno di quel lavoro psicoterapeutico che ha anche una valenza etica “perché ogni guarigione psicoterapeutica è un'attività morale, e ogni attività morale è indirettamente terapeutica”¹⁴. Così, si esprime lo psicoanalista Luigi Zoja, secondo il quale la dimensione etica assume la forma di un'attenzione coltivata all'ascolto delle urgenze oscure dell'umano per elaborarne una più acuta consapevolezza. Infatti, il discernimento delle ombre può scoprire tesori. Sempre Zoja, inizia così un suo libro tutto

¹³ Cf. S. Mastroberardino, *Psicologia della menzogna*, Carocci, Roma 2012, pp. 46-60.

¹⁴ L. Zoja, *Giustizia e bellezza*, Bollati Boringhieri, Torino 2007, p. 9.

teso ad affermare lo statuto etico della pratica analitica e dunque anche del comportamento dell'analista stesso: “Il cuore dell'analisi è etico: si propone di combattere la menzogna, prima di tutto quella che raccontiamo a noi stessi. L'etica dell'analisi non è dunque un espediente per dare rispettabilità alla professione. È una presenza originaria. Non ci affaccendiamo per anni con i sogni e le fantasie inconscie di qualcuno perché è stimolante. Siamo alla ricerca di una maggiore sincerità... L'analisi è una conoscenza umanistica”¹⁵. E più avanti enuclea tre principi etici basilari per psicoanalisti ed analisti: “La psicoterapia si occupa dell'intero essere umano... non di una parte specifica del suo corpo o della sua psiche. Anche il soggetto professionale (il terapeuta) opera con tutto il suo essere, non usando solo le sue capacità professionali o un segmento specialistico della sua personalità. La personalità del professionista è, come quella di ogni altro essere umano, una individualità: qualcosa di non-divisibile”¹⁶. Il richiamo è all'integrità personale. Quindi propone un'etica della responsabilità, nel senso di Max Weber (che la distingue dall'etica della convinzione), ovvero attenta alle conseguenze delle proprie parole e azioni, e non solo alle conseguenze intenzionali ma anche alle conseguenze inconscie. Qui occorre una conoscenza e un rispetto dei limiti non solo deontologici, ma anche personali, uscendo dal nefasto atteggiamento del “salvatore”¹⁷. Infine egli propone di considerare il problema psichico non solo malattia perché “dietro alla sofferenza mentale si trova quasi sempre una spinta costruttiva o un bisogno che non riesce a trovare il suo sbocco”¹⁸. Il problema della veridicità e del mentire andrebbe dunque collocato in una più vasta riflessione di tipo etico¹⁹.

¹⁵ L. Zoja, *Al di là delle intenzioni. Etica e analisi*, Bollati Boringhieri, Torino 2007, p. 7

¹⁶ *Ivi*, p. 115.

¹⁷ *Ivi*, pp. 128-130.

¹⁸ *Ivi*, pp. 130-131.

¹⁹ Cf. L. Manicardi, «Per un'etica dell'integrità in un'azienda», in *Recenti Progressi in Medicina* 4 (20015), pp. 155-160.

L'uomo: l'animale che mente

Se forme di inganno sono messe in atto anche da animali, possiamo dire che l'uomo è l'animale che mente. Mentire non è solo una perversione della nostra natura umana, ma un suo aspetto fondamentale. "La capacità di ingannare consapevolmente e di riconoscere l'inganno è esclusivamente umana e svolge un ruolo in tutti i nostri rapporti. È impossibile comprendere la società umana e persino capire noi stessi senza prima comprendere cosa significa mentire"²⁰. In genere i comportamenti ingannevoli degli animali sono volti alla sopravvivenza, a difendere la nidiata, il cibo, dunque dovuti all'istinto che l'animale ha sviluppato. Questi comportamenti sono presenti soprattutto in quegli animali che vivono in gruppi sociali: l'inganno permette loro di avvantaggiarsi rispetto a possibili concorrenti nell'accesso a risorse alimentari o in vista della ricerca di partner e dell'accoppiamento. Gli umani ricorrono al medesimo comportamento ingannevole, ma in più rispetto agli animali gli umani mettono in atto certi tipi di menzogna che sono legati a bisogni di tipo egocentrico che gli animali non presentano. È l'intelligenza sociale, quella cioè che si è dovuta sviluppare vivendo insieme ad altri, che ha portato l'uomo a raffinare la propria immaginazione, la capacità di preveggenza, di comprendere cosa l'altro abbia in animo, di immaginarne e prevenirne le mosse, elementi tutti essenziali per attuare un comportamento menzognero. L'evoluzione dice che la menzogna costituisce una strategia, di natura squisitamente sociale, essenziale per la sopravvivenza. Capacità di inganno comporta capacità di prevedere gli effetti del proprio agire sugli altri, capacità di immaginazione del futuro, buona memoria. Negli umani poi, questa capacità è particolarmente sviluppata grazie a quello straordinario mezzo simbolico che è il linguaggio. Insomma, la menzogna, intesa come falsa affermazione fatta con l'intenzione di trarre altri in errore sembra una competenza che gli umani hanno sviluppato in modo speciale e che li caratterizza. Independentemente da ogni giudizio morale, la menzogna è

²⁰ Leslie, *Bugiardi nati*, p. 13.

opera di ingegno. Solo l'idiota, colui che è totalmente trasparente, non può mentire.

Iniziare a comunicare, iniziare a mentire

Il poeta e scrittore russo Josif Brodskij, rievocando in un suo racconto²¹ la sua infanzia a Leningrado, ricorda la sua prima bugia. O almeno, la prima bugia di cui ha ricordo. E apre il ricordo con questa affermazione: "La vera storia della coscienza comincia con la prima bugia"²². Scrive: "la mia prima bugia ebbe a che fare con la mia identità. Niente male come inizio"²³. All'età di sette anni dice di non conoscere la sua nazionalità all'impiegata di una biblioteca pubblica in cui doveva comporre un modulo di iscrizione. A quindici anni lascia la scuola e si mette a lavorare in una fabbrica come fresatore. Lo fa dicendosi che la sua famiglia aveva bisogno del suo lavoro, il che non era vero. "Era quasi una bugia, ma così sembrava meglio, e ormai avevo imparato ad amare le bugie proprio per questa 'quasi-tà' che rende più netti i contorni della verità: dopo tutto, la verità finisce dove cominciano le bugie... Qualunque cosa fosse – una bugia, la verità o, assai probabile, un miscuglio dell'una e dell'altra – all'origine di quella decisione, io le sono immensamente grato per avermi indotto a quello che si può considerare il mio primo atto libero"²⁴. La bugia appare qui nella sua valenza positiva di atto di libertà, di autocoscienza, di indipendenza, di emancipazione.

Qual è stata la nostra prima bugia? Probabilmente non lo sappiamo perché gli studi di psicologia ci dicono che iniziamo a dire bugie a quattro anni. Ma in realtà anche prima. Possiamo dire che i bambini cominciano a dire bugie più o meno nello stesso momento in cui imparano a parlare. Certo, i bambini piccoli tendono a essere mentitori non molto bravi: le loro bugie sono pensate per raggiungere obiettivi semplici, di difesa, e sono confessate

²¹ Si tratta del racconto *Meno di uno* contenuto in J. Brodskij, *Fuga da Bisanzio*, Adelphi, Milano 1987, pp. 13-43.

²² *Ivi*, p. 17.

²³ *Ivi*, p. 18.

²⁴ *Ivi*, pp. 22-23.

con facilità. Quando mente, un bambino di tre anni lo fa in modo istintivo e spontaneo, senza metodo. Poi, intorno ai quattro anni, cambia qualcosa. Si inizia da allora a mentire meglio e più spesso. Cosa succede ai bambini di quattro anni? A quell'età capiscono compiutamente che esistono delle altre persone a cui mentire. È allora che nasce nei bambini la capacità di lettura del pensiero altrui, quindi la cosiddetta 'funzione esecutiva', cioè un complesso di capacità mentali che rimandano alla possibilità di immaginare il futuro e di produrre strategie e ragionamenti, e infine, il cosiddetto intelletto creativo, cioè la capacità di immaginare versioni alternative della realtà. "Mentire è difficile. I bambini che dicono bugie devono essere in grado di distinguere la verità, concepire una storia alternativa falsa ma coerente e giostrare le due versioni nella propria testa mentre spacciano la realtà alternativa a un'altra persona, senza mai scordare ciò che l'altro potrebbe con maggiore probabilità pensare o provare. È straordinario che un bambino di quattro anni sia in grado di fare tutto questo"²⁵. Lo psicologo Michael F. Hoyt scrive: "La prima bugia riuscita del bambino infrange la tirannia dell'onniscienza genitoriale, cioè il bambino comincia a sentire di possedere una mente propria, un'identità privata ignota ai genitori... Il possesso (da parte del bambino) di un segreto dà il senso di avere qualcosa di esclusivamente proprio, di essere un individuo a se stante"²⁶.

Se questo è il lato positivo, va anche detto però che la bugia può divenire sintomo di disagi più o meno gravi. La bugia è una difesa contro chi è più forte e fa sentire al bambino la sua debolezza e inferiorità: "le persone deboli non possono essere sincere"²⁷. La menzogna diviene così un momento significativo in una pratica di resilienza. A volte, anche in persone adulte è l'unica maniera per sopravvivere a un rapporto schiacciante, per trovare scampo da un carattere dominante, per scavarsi una nicchia di

²⁵ Leslie, *Bugiardi nati*, p. 37.

²⁶ Citato in P. Ekman, *Le bugie dei ragazzi*, Giunti, Firenze 1993, p. 98.

²⁷ F. de La Rochefoucauld, *Massime*, Newton, Roma 1993, p. 48 (è la massima 316).

respiro in un rapporto asfissiante. Come sintomo di disagio, la bugia del bambino può essere una reazione di difesa rispetto a sensazioni di pericolo e di attacco del mondo esterno, ma può arrivare a costituire una corazza protettiva contro la realtà e divenire un habitus da cui è difficile liberarsi. Una bugia poi, spesso ne richiama un'altra: per stare a galla il bambino può arrivare ad aver bisogno di moltiplicare le bugie. "Se l'intero senso di sé di un bambino giunge a fondarsi sulle bugie, smettere di usarle è molto difficile... Di solito nei bambini più grandi mentire con regolarità è il segnale di un disagio profondo, un modo per sfogare le frustrazioni, ottenere attenzione o tenere a bada un'insicurezza profonda. I bambini di una coppia che sta per divorziare, per esempio, ricorrono spesso a bugie manipolatorie per esercitare un qualche livello di controllo su una situazione di fronte alla quale si sentirebbero impotenti"²⁸. Paul Ekman, che ha studiato per decenni la menzogna e ha dedicato un libro alle bugie dei ragazzi afferma che due sono le età critiche. Quella intorno ai tre-quattro anni, e l'adolescenza. Le bugie raggiungono il culmine nella prima adolescenza, per ridursi normalmente in seguito. Molto dipende dalla capacità dei genitori di far fronte ai bisogni di privacy e autonomia dell'adolescente e dal fatto che riescano ad accordargli un crescente margine di potere e responsabilità in campi nuovi della sua vita. In particolare Ekman mette in guardia da un fattore: la frequenza delle bugie, l'abitudine alle bugie da parte del figlio, del bambino o dell'adolescente. "Le menzogne abituali sono un problema da prendere sul serio"²⁹. E prosegue: "I ragazzi che dicono abitualmente bugie sono più disadattati degli altri e la tendenza precoce alla menzogna è effettivamente predittiva di una maggiore probabilità di comportamenti antisociali in età adulta"³⁰. Sul piano pedagogico, Ekman afferma che intorno ai tre-quattro anni è il momento buono per cominciare a educare i bambini alla sincerità. Quello che il bambino può

²⁸ Leslie, *Bugiardi nati*, p. 39.

²⁹ Ekman, *Le bugie dei ragazzi*, p. 83.

³⁰ *Ivi*, p. 69.

capire sull'argomento a questa età è ben diverso da quello che sarà possibile spiegargli più avanti. Prima un bambino impara che le bugie possono essere controproducenti, meglio è. Occorre insegnare ai bambini il piacere della sincerità, anziché instillare in loro la paura di essere smascherati. Il modo più affidabile per crescere i bambini affidabili è fidarsi di loro, agire sui loro istinti migliori anziché tentare di estirpare quelli peggiori, insomma creare un ambiente in cui essere sinceri e onesti appaia come la linea politica migliore.

Ambivalenza e ambiguità del mentire

La menzogna è fenomeno ambivalente e ambiguo. È manipolazione della realtà, ma è anche espressione della creatività dell'uomo, risorsa vitale e perfino salvifica. Hannah Arendt ha potuto affermare: "La nostra capacità di mentire... appartiene a pochi chiari e dimostrabili dati che confermano l'esistenza della libertà umana"³¹. Ma è anche vero che se la menzogna diviene consuetudine incontrastata, si apre la strada a una società totalitaria e a comportamenti distruttivi. In particolare, se si diffonde una pratica menzognera e di inganno si prepara il campo ad abusi e alla perdita della fiducia, che è il legame che tiene insieme i rapporti interpersonali e le società: "La struttura della fiducia sociale è spesso sottile e non appena le menzogne si diffondono... questa fiducia è danneggiata. Tuttavia la fiducia è un bene sociale da proteggere quanto l'aria che respiriamo o l'acqua che beviamo: se è danneggiata, la comunità nel suo insieme ne soffre e se viene distrutta le società vacillano e crollano"³². Forse niente meglio di questa espressione del genitore verso il figlio esprime l'ambivalenza della bugia: "Non si devono dire la bugie. Se dici le bugie ti si allunga il naso come quello di Pinocchio". Si ingiunge di non dire bugie dicendo una bugia. Probabilmente è la migliore introduzione per il bambino alla scoperta della doppiez-

³¹ H. Arendt, *Verità e politica*, Bollati Boringhieri, Torino 1995, p. 60.

³² S. Bok, *Mentire. Una scelta morale nella vita pubblica e privata*, Armando, Roma 2003, pp. 34-35.

za, del doppio ruolo e della doppia morale della menzogna che attraverserà tutta la sua vita relazionale futura. L'ambivalenza del mentire risiede nel fatto che le abilità da esso richieste – memoria, previsione, cambiamento di prospettiva, rapidità di pensiero e di parola, controllo delle emozioni, capacità di leggere le intenzioni e di tener conto del punto di vista dell'altro – sono anche le competenze necessarie per diventare adulti e maturi. Non stupisce pertanto che la menzogna abbia sempre suscitato riprovazione e elogio, condanna e ammirazione. Alla posizione di chi afferma che la menzogna va evitata nel modo più assoluto, si oppone la posizione decisamente più flessibile e sfumata, che fa maggiormente i conti con la realtà e le sue infinite sfaccettature, di altri pensatori. Esempio è il dibattito che ha opposto Kant a Constant. Scrive Kant: "La maggiore infrazione del dovere dell'uomo verso se stesso, considerato unicamente come essere morale (riguardo all'umanità che risiede nella sua persona), è l'opposto della sincerità, vale a dire la menzogna... Il disonore infatti... segue la menzogna e accompagna anche il mentitore come la sua ombra. La menzogna può essere esterna (*mendacium externum*) o anche interna. Con la prima l'uomo si rende oggetto di disprezzo agli occhi degli altri, con la seconda, ed è ancora peggio, agli occhi propri, e offende la dignità dell'umanità nella sua propria persona... La menzogna è l'avvilimento, anzi l'annientamento della dignità umana"³³. E Benjamin Constant scrive nel capitolo VIII (*Sui principi*) del suo saggio *Sulle relazioni politiche* (1797): "Il principio morale che dire la verità sia un dovere, se fosse preso in modo assoluto e isolato, renderebbe impossibile ogni tipo di società... Dire la verità è un dovere in rapporto a coloro che hanno diritto alla verità. Ora, nessun uomo ha diritto a una verità che nuoccia agli altri"³⁴. Siamo sempre all'interno dell'inaggrabile ambivalenza della menzogna. Con *humour* e realismo conclude Ian Leslie: "I nostri obblighi verso gli altri

³³ I. Kant, *La metafisica dei costumi*, Laterza, Bari 1970, pp. 287-288.

³⁴ I. Kant - B. Constant, *La verità e la menzogna. Dialogo sulla fondazione morale della politica*, Bruno Mondadori, Milano 1996, pp. 209.210.212.

finiranno prima o poi col conflagrare con il nostro desiderio di dire sempre la verità. Un teologo o un filosofo metafisico possono proporre imperativi morali universali, noi altri desideriamo restare in buoni rapporti con la suocera, o salvare un amico dai guai”³⁵.

Una storia in-credibile

Affrontiamo ora un aspetto dell’ambivalenza della menzogna, ovvero la sua intrinseca polarità potenza-banalità. E lo facciamo esaminando un romanzo che ha proposto in chiave letteraria un inquietante caso di cronaca. Anzi, quella che potremmo chiamare “una storia incredibile”. La potenza della menzogna non si manifesta solo nell’atto verbale, ma anche nei gesti, nei comportamenti, negli atti quotidiani, in una vita³⁶. E tocca abissi di oscurità che vanno ben oltre ciò che intendeva Agostino parlandone come di questione oscura. Evoca qualcosa di infero che è in noi, nell’uomo. Cercherò di evocare la potenza della menzogna evocando una “storia incredibile”. Storia incredibile che ha per protagonista un uomo totalmente incredibile. Assolutamente non-credibile. Ma che per anni e anni è parso alle persone vicine (moglie, figli, amici, parenti, conoscenti), la persona più affidabile e credibile di questo mondo. Parlerò della potenza della menzogna rifacendomi alla storia vera di un impostore. E la prima domanda che sorge è: come può essere vera la storia di un uomo che ha fatto della sua intera vita un’impostura? Non solo. Ma questa storia vera la accosterò attraverso un romanzo. E tutti sappiamo come i rapporti tra romanzo, verità e menzogna siano quantomeno problematici³⁷. Ma noi crediamo che la menzogna romanzesca, o meglio, la finzione romanzesca, sia in grado di

³⁵ Leslie, *Bugiardi nati*, p. 244.

³⁶ Già Aristotele annota che si può mentire “sia nelle parole sia nelle azioni sia in ciò che uno pretende di essere” (*Etica nicomachea* IV,7,1127a).

³⁷ Cf. G. Gramigna, *La menzogna del romanzo*, Garzanti, Milano 1980; G. Manganelli, *La letteratura come menzogna*, Adelphi, Milano 1985; M. Vargas Llosa, *La verità delle menzogne. Saggi sulla letteratura*, Rizzoli, Milano 1992; U. Eco, *Tra menzogna e ironia*, Bompiani, Milano 1998.

dire verità profonde sull’argomento che più ci interessa: l’umano, la condizione umana. Condizione umana che affrontiamo a partire da un caso particolare, la vicenda di un uomo, Jean-Claude Romand. Non ci inibisce né ci frena il fatto che si tratti di uno solo, di un caso unico, perché noi sappiamo che, come scrive Montaigne, “ogni uomo porta la forma intera dell’umana condizione”³⁸. E affronterò dunque il tema che mi sono proposto in maniera narrativa più che argomentativa, perché la sensazione è che anche le più sofisticate argomentazioni razionali e logiche cedano il passo di fronte a un enigma, a un incomprensibile, a un assurdo che può perfino spaventarci. Un assurdo che, in questo caso, sconfinava nel criminale, e in un criminale tra i più atroci che possano esistere. Un assurdo che ci atterrisce e ci affascina morbosamente. E questo perché oscuramente percepiamo che dice qualcosa di umano, qualcosa che è anche potenzialmente nostro. Ha scritto il poeta Wystan Hugh Auden: “Il Male non è spettacolare ed è sempre umano, e divide il nostro letto, mangia alla nostra mensa”³⁹. Evocando la vicenda di Jean-Claude Romand non parliamo di quel che si dice “un mostro”, ma di una persona normale, quotidiana, rispettabile, che, cominciando a mentire, ha visto la sua vita trasformata dalla menzogna. La menzogna è divenuta una potenza che ha dominato e guidato la sua intera vita. Fino all’epilogo tragico.

La vicenda di Jean-Claude Romand

Il sabato 9 gennaio 1993 il trentottenne Jean-Claude Romand ha ucciso sua moglie Florence e i suoi figli, Antoine e Caroline, quindi si è recato a casa dei suoi genitori anziani e ha ucciso anche loro, insieme al cane. Poi ha cercato di strangolare l’ amante. Rientrato a casa, dove giacevano i corpi della moglie e dei figli, ha dato fuoco alla casa verso le 4 del mattino, ha ingerito dei barbiturici scaduti da diversi anni. È stato salvato dal rapi-

³⁸ M. de Montaigne, *Saggi*, a cura di Fausta Garavini e André Tournon, Bompiani, Milano 2012, p. 1487 (*Saggi* III,II, *Del pentirsi*).

³⁹ W.H. Auden, *Un altro tempo*, Adelphi, Milano 1997, p. 49. Si tratta della poesia *Herman Melville*.

do intervento dei pompieri allertati dai netturbini che proprio a quell'ora del mattino passavano lungo la strada. Ciò che tuttavia è stupefacente è che dopo, e in tempi anche piuttosto rapidi, si è scoperto il motivo di tale carneficina: Jean-Claude mentiva da quasi vent'anni su se stesso e su tutto. Si diceva medico e non lo era, si diceva funzionario dell'OMS a Ginevra, impegnato spesso in convegni internazionali, ricercatore stimato, amico di personalità importanti, e non lo era. Era tutto inventato. Jean-Claude era uomo capace di relazioni amicali semplici, di amicizie vere con altre coppie del paese nella Francia orientale in cui viveva, padre esemplare di un bimbo e una bambina entrambi sotto i dieci anni. L'omicidio plurimo era avvenuto perché ormai la struttura di bugie che aveva retto per almeno diciotto anni stava per crollare. I soldi fattisi dare in prestito da suoceri, genitori, perfino dall'amante, con promesse di investimenti e alti tassi di rendita, ma in realtà sottratti e usati per mantenere uno status di vita degno di un medico di tale levatura internazionale, ormai avrebbero svelato la loro vera fine. E tutta la sua vita si sarebbe rivelata un'impostura.

L'intera sua vita, ogni ora della sua vita era scandita e segnata dalla menzogna. Egli partiva in auto al mattino per andare al lavoro ma non è mai andato alla sede dell'OMS, bensì passava ore in auto a leggere giornali, o faceva passeggiate nei boschi, o andava in bar in paesi dove nessuno lo conosceva e passava lì le ore prima di rientrare a casa alla sera dopo il lavoro. E quando diceva di partire per convegni per esempio in Brasile o in Russia, ecco che studiava i posti, il clima del luogo dove diceva di andare, andava all'aeroporto, affittava una stanza di hotel in cui si rinchiodava per i giorni di durata del convegno, portava ai bambini regali acquistati in qualche grande magazzino, e poi si metteva a riposare perché era stanco per il fuso orario. Al processo Jean-Claude Romand è stato condannato all'ergastolo.

“L'Avversario”, di Emmanuel Carrère

Una storia come questa non poteva non sedurre lo scrittore Emmanuel Carrère, uno dei maggiori romanzieri francesi, affa-

scinato com'è sempre da uomini che hanno vissuto molte vite o che se ne sono inventate diverse⁴⁰. Carrère riesce a entrare in contatto con Jean-Claude, ad avere colloqui con lui, segue le sedute del processo, si informa presso gli amici di Jean-Claude, visita i luoghi dove Jean-Claude viveva, prova a rifare i suoi percorsi, a rivivere le giornate fatte di niente in cui obbediva all'imperativo della sua menzogna, un'obbedienza ascetica, pervasiva, che ormai strutturava e dava forma a ogni ora delle sue giornate, a ogni gesto delle sue relazioni, a ogni parola dei suoi discorsi. Carrère prova a immaginare a cosa potesse mai pensare in quelle ore in cui “andava a perdersi, da solo, tra le foreste del Giura”⁴¹, raccoglie i faldoni del processo, pur sapendo che ciò che sta cercando e che lo affascina, lo intriga, e lo fa anche vergognare di interessarsene tanto (in fondo si interessa dell'assassino, non delle vittime), non troverà lì la risposta.

Dopo l'evento tragico, le reazioni degli amici, soprattutto del miglior amico di Jean-Claude, Luc Admiral, sono di stupore e incredulità, di rifiuto di crederci per diversi giorni anche di fronte all'evidenza. Scrive Carrère parlando della loro amicizia: “Ognuno di loro [l'amico Luc e Jean-Claude] conosceva tutto della vita dell'altro, la facciata ma anche i segreti, segreti di uomini onesti, di persone perbene, e quindi ancor più vulnerabili alle tentazioni. Quando Jean-Claude gli aveva confidato che aveva una relazione, e voleva mollare tutto, Luc era riuscito a farlo ragionare: ‘Mi restituirai il favore quando sarò io a essere in vena di cazzate’”⁴². Eppure l'impalcatura di impostura regge poche ore alle prime indagini e ai primi riscontri della polizia. “Con il trascorrere delle ore la realtà è diventata sempre più simile a un incubo. Convocato alla polizia nel pomeriggio, nel giro di cinque minuti Luc ha scoperto che nella macchina di Jean-Claude avevano trovato un biglietto in cui si accusava dei delitti, e che tutto

⁴⁰ E. Carrère, *Limonov*, Adelphi, Milano 2012; Idem, «L'uomo dei dadi», in *Internazionale* 1113-1114-1115, 31 luglio 2015, pp. 63-76.

⁴¹ E. Carrère, *L'Avversario*, Adelphi, Milano 2013, p. 29. Citerò sempre da questa edizione.

⁴² *Ivi*, p. 12.

ciò che credevano di sapere sulla sua carriera e sul suo lavoro era pura invenzione. Erano bastate quattro telefonate e qualche semplice verifica per smascherarlo. All'OMS nessuno lo conosceva. All'ordine dei medici non era nemmeno iscritto. Il suo nome non figurava nelle liste degli ospedali parigini in cui sosteneva di aver fatto il tirocinio, né in quelle della facoltà di Medicina di Lione, benché lo stesso Luc e molti altri giurassero di essere stati suoi compagni di università. Aveva cominciato gli studi, è vero, ma aveva smesso di dare esami alla fine del secondo anno, e da quel momento in poi era tutto falso⁴³. "Sono bastate poche telefonate, il giorno dopo l'incendio, per far crollare l'intero castello di carte"⁴⁴. La domanda che tutti si sono posti e che chi mi ascolta ora si sta ponendo è: ma come è possibile? "Durante tutta l'istruttoria il giudice non riusciva a capacitarsi che quelle telefonate non fossero state fatte prima, non con malizia o sospetto, ma solo perché è assurdo che uno, per quanto sia un tipo 'a compartimenti stagni', lavori dieci anni senza che sua moglie o i suoi amici lo chiamino mai in ufficio, roba da non credere. Impossibile pensare a questa storia senza immaginare che sotto ci sia un mistero, una spiegazione nascosta. Il mistero, però, è che non esistono spiegazioni, e che per quanto inverosimile possa sembrare, questo è ciò che è accaduto"⁴⁵. Un uomo a compartimenti stagni: la fatica ascetica della menzogna di Jean-Claude è stata quella di tenere insieme questi scomparti, ogni santo e benedetto giorno.

Non entro nei dettagli dell'organizzazione e della pianificazione quotidiana della menzogna: del sistema messo a punto per le telefonate della moglie, le modalità di conquistare la fiducia di tutti e di farsi dare somme da investire con un alto tasso e che invece lui sottraeva, ma anche questo fa parte della fatica estrema che la menzogna ha comportato per Jean-Claude. È stata una vera ascesi mantenersi fedele a quella menzogna che è divenuta la strutturazione dell'intera sua vita. Scrive Carrère:

⁴³ *Ivi*, p. 15.

⁴⁴ *Ivi*, p. 73.

⁴⁵ *Ivi*, p. 74.

"Fingere di fare Medicina gli richiedeva uno zelo e un'energia pari a quelli di cui avrebbe avuto bisogno per farla davvero"⁴⁶. Seguiva le lezioni, studiava anche con amici, ma poi non dava gli esami. Perché? All'esame di ammissione al terzo anno di Medicina J.C. non si era presentato e quando i genitori gli telefonano per sapere com'è andata, egli risponde che l'esame è andato bene. Nelle tre settimane che separavano il giorno dell'esame e l'affissione dei risultati egli avrebbe potuto ancora confessare la menzogna, ma: "Si vergognava troppo a confessare una bugia tanto puerile ai suoi genitori, poteva sempre raccontare di essere stato bocciato [...] Non sostenere un esame e affermare di averlo passato non è un bluff audace, il rilancio azzardato di un giocatore, che può funzionare o no: il risultato in questo caso è uno solo, essere smascherati e cacciati dall'Università coprendosi d'infamia e di ridicolo, le due cose al mondo che più lo spaventavano. Ma come poteva immaginare che esisteva un'ipotesi peggiore, quella di non essere smascherato, e che quella bugia puerile lo avrebbe portato diciott'anni dopo a massacrare i suoi genitori, Florence e i figli che ancora non aveva?"⁴⁷.

Qui si situa la straordinaria e mortale potenza della menzogna, che ha colpito Carrère e che l'ha portato a intitolare il libro *L'Adversaire*, con la A maiuscola⁴⁸. Descrivendo l'assassinio degli anziani genitori scrive Carrère: "Per i credenti l'ora della morte è l'ora in cui si vede Dio, non più in modo oscuro, come dentro uno specchio, ma faccia a faccia. Perfino i non credenti credono in qualcosa di simile: che nel momento del trapasso si veda scorrere in un lampo la pellicola della propria vita, finalmente intelligibile. Per i vecchi Romand, questa visione, anziché rappresentare il pieno coronamento, aveva segnato il trionfo della menzogna e del male. Avrebbero dovuto vedere Dio e al suo posto avevano visto sotto le sembianze dell'amato figlio, colui che

⁴⁶ *Ivi*, p. 67.

⁴⁷ *Ivi*, pp. 60-61 (corsivi miei).

⁴⁸ E. Carrère, *L'Adversaire*, P.O.L., Paris 2000.

la Bibbia chiama Satana: l'Avversario"⁴⁹. In una lettera scritta da Carrère (il 30 agosto 1993) a Jean-Claude in carcere in cui gli presenta il progetto di scrivere un libro su di lui, gli specifica anche il suo interesse: "Ai miei occhi ciò che lei ha fatto non è il gesto di un comune criminale, né di un pazzo, ma di un uomo spinto agli estremi da forze che non controlla, e vorrei mostrare all'opera proprio queste terribili forze"⁵⁰. Egli dirà di aver visto in lui "non un uomo che ha fatto qualcosa di agghiacciante, ma un uomo al quale è accaduto qualcosa di agghiacciante, vittima sventurata di forze demoniache"⁵¹. Nella Bibbia, in particolare nel IV Vangelo, il Satana, l'Avversario, il Diavolo, riceve nome di Menzognero: "Il diavolo... quando dice il falso, dice ciò che è suo, perché è menzognero e padre della menzogna" (Giovanni 8,44). La metafora diabolica appare a Carrère come la più adatta per esprimere la potenza della menzogna, che si manifesta come forza irresistibile a cui J.C. non è riuscito a opporre resistenza.

Storia di una menzogna

Se il bambino è il padre dell'adulto, che ne fu del bambino Jean-Claude? "I Romand sono grandi lavoratori, timorati di Dio, e la loro parola vale quanto un impegno scritto"⁵². "Racconta [Jean-Claude] che sua madre si angustiava per qualsiasi cosa, e lui ha imparato presto a nascondere la verità per evitarle ulteriori preoccupazioni. Ammirava suo padre perché non lasciava mai trasparire le proprie emozioni, e si è sforzato di imitarlo. Bisognava che andasse sempre tutto bene se non voleva che sua madre peggiorasse, e lui sarebbe stato davvero un ingrato a farla peggiorare per delle sciocchezze, piccoli dispiaceri da bambini. Era meglio nasconderli"⁵³. "Era consueta la pratica della bugia a fin di bene in quella famiglia dove vigeva il divieto assoluto di

⁴⁹ Carrère, *L'Avversario*, p. 24.

⁵⁰ *Ivi*, p. 30.

⁵¹ *Ivi*, p. 33.

⁵² *Ivi*, p. 40.

⁵³ *Ivi*, p. 42.

mentire"⁵⁴. "Da piccolo non potevo parlare [delle mie sofferenze di bambino] perché i miei genitori non avrebbero capito, li avrei delusi... A quei tempi non mentivo, ma non confidavo mai le mie vere emozioni, se non al mio cane... Ero sempre sorridente e credo che i miei genitori non abbiano mai sospettato che ero triste... Non avevo nient'altro da nascondere allora, ma nascondevo questo: la mia angoscia, la mia tristezza... Magari saremmo stati pronti ad ascoltarmi, come Florence del resto, eppure non sono mai riuscito a parlare... E quando rimani incastrato in questo ingranaggio, per non deludere, la prima bugia chiama la seconda, e poi vai avanti tutta la vita..."⁵⁵.

La potenza della menzogna si manifesta non solo nei confronti degli ingannati, ma anche e soprattutto del mentitore stesso. La menzogna diviene la sua prigione. Emergono i momenti in cui egli avrebbe voluto finalmente dire all'amico o a un'altra persona la verità, ma non ce l'ha mai fatta. La vergogna glielo impediva. C'è un rapporto stretto fra vergogna e menzogna: entrambe sono caratterizzate dal nascondimento del volto⁵⁶. Chi si vergogna vuole sparire, nasconde il proprio volto, chi mente indossa una maschera e nasconde il proprio volto dietro di essa. Nascondendo il volto il mentitore si sottrae allo sguardo dell'altro e diviene senza volto. Diviene *aprosopos*, "senza volto", "senza identità", termine che nell'antichità designava gli schiavi. "Nessuna donna poteva amarlo per quello che lui era veramente. Si chiedeva se esistesse al mondo verità più inconfessabile, se mai un uomo si fosse vergognato tanto di se stesso. Forse certi maniaci sessuali, quelli che in carcere sono disprezzati e maltrattati dagli altri detenuti"⁵⁷.

Vi sono qui il narcisismo e la cecità di chi è chiuso ormai su di sé, e non riesce più a distinguere il vero dal falso, non riesce

⁵⁴ *Ivi*, p. 45.

⁵⁵ *Ivi*, p. 45.

⁵⁶ M. Lewis, *Il sé a nudo. Alle origini della vergogna*, Giunti, 1995; C. L. Cazzullo, C. Peccarisi, *Le ferite dell'anima. I meandri della vergogna*, Frassinelli, Milano 2003; B. Kilborne, *Persone che scompaiono. Vergogna e apparire*, Borla, Roma 2005.

⁵⁷ Carrère, *L'Avversario*, p. 93.

più a riconoscere la realtà. Lui stesso rievocando altre menzogne inventate durante la sua vita passata (una falsa aggressione subita mentre era andato in discoteca con amici), non riesce più a sapere con certezza ciò che gli è avvenuto. La menzogna che lui stesso pratica lo espropria della sua verità, della sua vita, del suo passato, dei suoi ricordi, della sua storia, se mai ne ha una. “Dopo aver raccontato ai miei amici l’aggressione non sapevo più se quell’episodio era vero o falso. Ovviamente non ricordo di aver subito una reale aggressione, so che non si è mai verificata, però non ricordo neppure di averla simulata, di essermi strappato la camicia o graffiato con le mie mani. Se ci penso, mi dico che devo averlo fatto per forza, eppure non me lo ricordo. Così alla fine mi sono convinto di essere stato davvero aggredito”⁵⁸. La potenza della menzogna diviene la potenza di una forza che espropria il mentitore della sua stessa vita. Jean-Claude soggiace al potere che lui stesso ha dato alla menzogna e ne viene oppresso, imprigionato. Paradossalmente, quando si trova realmente in carcere è più libero. “Non sono mai stato così libero, la mia vita non è mai stata così bella. Sono un assassino. La mia immagine agli occhi della società è la peggiore che possa esistere, ma è più facile da sopportare che i miei vent’anni di menzogne”⁵⁹ confessa Jean-Claude. O almeno, questo è ciò che dice. Ma è credibile?

Di fronte alle accuse argomentate di una parente che al processo ricorda a Jean-Claude la promessa di un farmaco in via di sperimentazione, non ancora in commercio ma di cui lui avrebbe potuto fornire qualche dose, ovviamente a un prezzo esorbitante, e che si rivelò inutile, visto che dopo l’assunzione di diverse dosi, il marito malato di cancro morì, “di fronte all’evidenza, si è difeso come l’uomo che aveva preso a prestito un paiolo nella storia cara a Freud: al proprietario che lo rimprovera di averlo restituito bucato, lui prima ribatte che quando l’ha riportato, il paiolo non era ancora bucato, poi che lo era già quando glielo aveva prestato e infine di non aver

⁵⁸ *Ivi*, p. 55.

⁵⁹ *Ivi*, p. 142.

mai preso a prestito un paiolo in vita sua”⁶⁰. Su tutto ciò che Jean-Claude dirà dal processo in poi scende un inesorabile velo di diffidenza e incredulità da parte di chiunque. Quando si scopriranno sempre più menzogne, quando si arriverà a sospettare che abbia anche commesso un altro omicidio, perché suo suocero morì cadendo da una scala mentre era solo in casa con lui, Jean-Claude, e il suocero vantava crediti nei suoi confronti, da allora in poi ogni sua parola, ogni sua rivelazione è necessariamente sospetta, non getta luce ma opacizza. Come credervi? La potenza della menzogna è tale che disgrega l’identità del menzognero, o almeno distrugge l’immagine che gli altri avevano di lui e ora se ne distanziano atterriti: chi è costui? Lui che si è nascosto agli altri facendo credere loro di tutto e di più, ora vive un contrappasso per cui tutto ciò che dice, magari anche il vero, non è creduto, non può essere creduto. Una relazione degli psichiatri che lo hanno seguito dice: “Romand si rende conto che qualsiasi sforzo di comprensione dell’accaduto da parte sua verrà visto come un accomodante tentativo di recupero. I dadi sono truccati. ‘Non gli sarà mai possibile’, conclude il rapporto ‘essere considerato una persona sincera, e teme che nemmeno lui riuscirà mai a ritenersi tale. Prima tutti credevano a tutto ciò che diceva, adesso nessuno crede più a niente, e lui stesso non sa cosa credere, perché non ha accesso alla propria verità, ma la ricostruisce con l’aiuto delle interpretazioni che gli offrono gli psichiatri, il giudice e i media. Poiché attualmente non si può affermare che si trovi in uno stato di grave sofferenza psichica, risulta difficile imporgli un trattamento psicoterapeutico che lui non richiede, limitandosi ad avere dei colloqui con una volontaria. Si può solo auspicare che giunga, anche a costo di una depressione endogena il cui rischio resta alto, a difese meno sistematiche, a una maggiore ambivalenza e autenticità”⁶¹. “Gli psichiatri incaricati di esaminarlo sono rimasti colpiti dalla precisione con cui si esprimeva e dalla sua costante preoccupazione di dare di sé un’immagine positiva”⁶².

⁶⁰ *Ivi*, p. 86.

⁶¹ *Ivi*, p. 142.

⁶² *Ivi*, p. 139.

Gli psichiatri “durante i colloqui successivi, l’hanno visto singhiozzare e mostrare segni palesi di sofferenza, ma non sono stati in grado di dire se fosse sincero o simulasse. Avevano la sconcertante impressione di trovarsi davanti a un robot, totalmente incapace di provare sentimenti, ma programmato per analizzare gli stimoli esterni e adeguare a quelli le proprie reazioni. Abituato com’era a funzionare secondo il programma ‘dottor Romand’, gli ci è voluto un periodo di adattamento per elaborare un nuovo programma, ‘Romand l’assassino’, e imparare a usarlo”⁶³.

La potenza della menzogna che lui ha spinto fino a quel punto estremo, fino al crimine, è anche la potenza della distruzione della fiducia, cioè di quel legame che consente di vivere, che è la matrice della vita.

I L Admiral, la coppia degli amici di Jean-Claude, “avrebbero dovuto fare i conti con la realtà: non soltanto con la perdita di chi non c’era più, ma con la morte della fiducia, con una vita interamente corrosa dalla menzogna”⁶⁴. Il terrore dell’infamia e del ridicolo lo paralizzano. Nemmeno la storia d’amore con una donna da cui arriva ad avere due figli lo conduce a un cambiamento. Ed egli rivendica durante il processo: ‘Il lato sociale era falso, ma il lato affettivo era autentico’. Dice Romand. Dice di essere stato un finto medico, ma un vero marito e un vero padre, di aver amato con tutto il cuore moglie e figli, i quali lo ricambiavano”⁶⁵.

È mai credibile? Il rapporto del primo caso clinico di impostura studiato da una psicoanalista, Karl Abraham, agli inizi del secolo scorso, narra la vicenda di un uomo impostore, truffatore, che si inventava identità, mestieri e vite, che ebbe continui guai con la giustizia, ma che, grazie alla storia di amore con una donna riuscì, almeno per diversi anni, a essere una persona responsabile, con un lavoro stabile, una residenza fissa, una vita, come si dice, normale. Il tutto connesso al rapporto con la moglie⁶⁶.

⁶³ *Ivi*, pp. 139-140.

⁶⁴ *Ivi*, p. 16.

⁶⁵ *Ivi*, p. 71.

⁶⁶ K. Abraham, «La storia di un impostore alla luce della conoscenza psicoanalitica», in K. Abraham, H. Deutsch, Ph. Greenacre, H. Kohut, E. Jacobson,

Jean-Claude ha sempre vissuto con la moglie fingendosi ciò che non era. O forse la sua verità, ormai, era la sua menzogna? Scrive Carrère: “Di norma una bugia serve a nascondere una verità, magari qualcosa di vergognoso, ma reale. La sua non nascondeva nulla. Sotto il falso dottor Romand non c’era un vero Jean-Claude Romand”⁶⁷. Se l’uomo è l’essere parlato dal linguaggio, la parola menzognera che ha avvolto totalmente la vita di Jean-Claude che cosa ha reso la sua vita? Jean-Claude ha forse salvato la sua vita mentendo? La menzogna come forma di difesa di sé, di sopravvivenza, è comprensibile. Ma qui forse altro non c’era che lo strascico e l’ingigantimento di una banale bugia originaria, un vero e proprio peccato originale: una bugia banale e frequente come quella dei ragazzi che dicono di aver dato un esame all’università ed essere stati promossi quando non è vero. Custodire quella doppiezza diviene allora il compito di chi deve salvaguardare a ogni costo l’immagine buona di sé, pena la propria squalifica umana, ed effettivamente Jean-Claude, aveva costruito un’immagine di sé molto migliore di quella che egli avrebbe avuto se avesse detto la verità. Non sarebbe più stato il ricercatore importante amico di ministri e scienziati. Nel chiuso di una mente paurosa e narcisista, ecco che la morte è preferibile alla scoperta e alla vergogna che ne deriva. Ecco che Jean-Claude a un certo punto si inventa malato di cancro per suscitare la compassione di coloro che gli stanno vicino, e per continuare a giostrare con i loro soldi.

In Jean-Claude non c’è la menzogna come dimostrazione di disprezzo verso l’altro e come considerazione dell’altro come uno stupido⁶⁸. Questa riflessione di Adorno (“La menzogna mostra di considerare l’altro a cui si mente come uno stupido

Bugiardi e traditori, Bollati Boringhieri, Torino 1994, pp. 43-62. Il caso era stato trattato da Abraham nel 1916 nell’Ospedale militare di Allensten (Prussia orientale) e la relazione presentata con il titolo *Die Geschichte eines Hochstaplers im Lichte Psychoanalytischer Erkenntnis* alla Società Psicoanalitica di Berlino il 13 novembre 1925 e in seguito pubblicata su *Imago*, vol. 11, n. 4, pp. 355-370.

⁶⁷ Carrère, *L’Avversario*, p. 78.

⁶⁸ T. W. Adorno, *Minima Moralia. Meditazioni della vita offesa*, Einaudi, Torino 1994, pp. 22-23.

e serve all'espressione del disprezzo") esula dal meccanismo vissuto da Jean-Claude. Egli vive della sua menzogna, non può non mentire. E deve anzitutto mentire a se stesso. Uno dei giorni precedenti la strage compra pallottole e un silenziatore per carabine calibro 22 a canna lunga. Gli chiede la presidente del tribunale durante il processo: "Quindi lei non pensava soltanto al suicidio. Viveva con sua moglie e i suoi figli pensando che li avrebbe uccisi'. 'L'idea mi ha sfiorato... Ma veniva subito nascosta da altri falsi progetti, altre idee fittizie. Era come se non esistesse... Facevo finta di ignorarla... Mi dicevo che non era quello che volevo fare, che lo scopo era un altro, però intanto... intanto compravo le pallottole che avrebbero trafitto il cuore dei miei figli"⁶⁹. "Perché ha preso la carabina di suo padre impacchettata con cura, prima di partire per Clairvaux?' [dove abitavano i genitori di Jean-Claude]? Per ucciderli, ovviamente, ma continuavo a dire a me stesso che volevo semplicemente restituirla a mio padre"⁷⁰. La potenza della menzogna consiste anche in questa disumanizzazione di Jean-Claude. La menzogna l'ha distaccato da sentimenti di pietà verso i figli, verso gli anziani genitori, verso la moglie. E gli ha fatto inscenare un tentativo di suicidio in modo tale che potesse essere facilmente scoperto e lui potesse venire rapidamente messo in salvo.

La banalità della menzogna

E ora, in carcere, adattatosi al nuovo ruolo di assassino riprovevole, ma toccato dalla grazia di Dio, divenuto un fervente orante, ecco che ha indossato il nuovo ruolo di abietto peccatore in via di redenzione mistica. Scrive Carrère: "Il romanzo narcisistico continua in carcere"⁷¹. E prosegue: "Mentre tornavo a Parigi per rimettermi al lavoro, non vedevo più ombra di mistero nella sua lunga impostura, ma solo una misera commistione di cecità,

⁶⁹ Carrère, *L'Avversario*, p. 120.

⁷⁰ *Ivi*, p. 127.

⁷¹ *Ivi*, p. 142.

disperazione e vigliaccheria"⁷². E dopo aver parlato della conversione mistica di Jean-Claude e del suo impegno come intercessore che prega tutte le notti fra le due e le quattro del mattino, Carrère termina dicendo: "Sono sicuro che non stia recitando per ingannare gli altri, mi chiedo però se il bugiardo che c'è in lui non lo stia ingannando. Quando Cristo entra nel suo cuore, quando la certezza di essere amato nonostante tutto gli fa scorrere sulle guance lacrime di gioia, non sarà caduto ancora una volta nella rete dell'Avversario? Ho pensato che scrivere questa storia non poteva essere altro che un crimine o una preghiera"⁷³.

Ho iniziato questa riflessione parlando della potenza della menzogna. Posso terminarla parlando della banalità della menzogna. Una banalità di potenza mortifera, una potenza di una banalità sconcertante. La "banalità del male" di cui ha parlato Hanna Arendt⁷⁴.

⁷² *Ivi*, p. 168.

⁷³ *Ivi*, p. 169.

⁷⁴ H. Arendt, *La banalità del male. Eichmann a Gerusalemme*, Feltrinelli, Milano 2013.

APRILE 1972...

Un dialogo con Sergio Erba

A cura della redazione

Nel gennaio del 2015 Sergio Erba mi propose di realizzare con lui un lavoro editoriale da cui sarebbe dovuto nascere un libro. Aveva il desiderio di ripercorrere, in maniera sintetica ma efficace, la storia del Ruolo e desiderava farlo attraverso la rivista Il Ruolo Terapeutico di cui è stato Direttore a partire dalla nascita, nell'aprile del 1972.

Ne parlammo un po' e decidemmo di iniziare il lavoro con questo tipo di accordo: a partire dal primo numero della rivista, e per ogni numero, avrei avuto a disposizione una sola domanda a cui avrebbe successivamente risposto.

E così iniziammo...

Il nostro lavoro si è interrotto nel corso del 2016 nel punto che vedrete. Stavo per archiviare questo lavoro poiché, appunto, interrotto ma sottoponendolo a giudizio redazionale è sembrato che questo scritto, nonostante incompleto, fosse meritevole di pubblicazione e che le risposte di Sergio Erba, che racchiudono le fondamenta del Ruolo Terapeutico, siano sempre profondamente vive e attuali.

Lorena Monaco

Aprile 1972. Il Ruolo Terapeutico n. 1*Lorena Monaco:*

Questo giornale si rivolge a tutti coloro che, trovandosi professionalmente a dover rispondere a richieste di natura terapeutica, sono sensibili ai problemi psicologici e sentono il bisogno, o il desiderio, di un corretto e consapevole uso del rapporto interpersonale. L'aver negato sistematicamente la dimensione psicologica, l'aver ignorato gli aspetti emotivi ed affettivi insiti anche nella più banale situazione clinica, l'aver costretto la psicologia entro i confini di una disciplina super specializzata, appannaggio di pochi "privilegiati", sono fatti che rientrano in un fenomeno solo in apparenza paradossale. Esso in realtà contiene svariate motivazioni di natura storica, sociale, politica, psicologica, ecc. ecc., ed è ad oggi ben analizzato e definito nella sua dinamica [...]. Il programma che abbiamo cercato di delineare è sicuramente molto impegnativo: si tratta di andare contro tradizioni e consuetudini molto radicate, smuovere posizioni e forze che sicuramente opporranno molta resistenza.

Oltre 40 anni fa la rivista apriva con queste parole mostrando subito la spinta anticonformista così fortemente presente, fin dagli inizi, nella concezione di cura che caratterizza il Ruolo Terapeutico. Più di una volta, ancora oggi e a distanza di diversi anni da queste prime parole pubblicate, ti ho sentito dire di avere forte la convinzione che, chi aderisce o si sente in sintonia con la filosofia di cura proposta al Ruolo, abbia in sé una spinta, se non contraria o trasgressiva, quanto meno insofferente nei confronti della mentalità e della metodologia di cura tradizionale.

Credo sia possibile oggi, a distanza di più di un quarantennio, fare un bilancio di come è andata quella tua previsione che ti faceva aprire la rivista dicendo con tanta fermezza "si tratta di andare contro tradizioni e consuetudini molto radicate, smuovere posizioni e forze che sicuramente opporranno molta resistenza". Perché avevi previsto tanta resistenza? C'è stata davvero? Se sì, quali pensi ne siano stati i motivi?

Sergio Erba: Resistenza e difesa sono due concetti cardine non solo della psicoanalisi, li troviamo rappresentati in tutte le ma-

nifestazioni della nostra vita psichica, morale, sociale, politica. Prima ancora di verificarli nell'ambito del mio lavoro coi pazienti nella stanza d'analisi, li avevo vissuti nel contesto più vasto del manicomio in cui lavoravo ai tempi in cui scrissi quell'editoriale. Ai miei occhi di ingenuo neofita mi appariva per esempio salutare l'idea di un avvicendamento del personale curante tra i vari reparti dell'ospedale, ma quando feci questa proposta ai colleghi fu come se avessi bestemmiato in chiesa. Anche l'iniziativa della rivista, che a parola era stata accolta e condivisa con entusiasmo dai colleghi più giovani e impegnati politicamente, sarebbe fallita se avesse dovuto contare sulla loro partecipazione: al passaggio dalle parole ai fatti, questo gruppetto di rivoluzionari di Psichiatria democratica sparì d'un colpo.

Tutta la storia del Ruolo è immersa in questi fenomeni, ma non trovo in ciò motivo di meraviglia: come terapeuti sappiamo che la salute, ammesso che ci si creda e si desideri perseguirla, è una conquista, non una cosa scontata.

Settembre 1972. Il Ruolo Terapeutico n. 2

Lorena Monaco: Vengono descritte e raccontate alcune assemblee di reparto al Paolo Pini, il manicomio della periferia nord di Milano dove hai lavorato come psichiatra. Il racconto dello svolgimento di queste riunioni a cui partecipavano sia i pazienti che gli operatori nei loro diversi ruoli (infermieri, medici, assistenti ecc.) dà subito idea di quale sia l'accezione con cui viene intesa da te la parola "psicoterapia". Dicevi infatti:

Allo scopo che ci interessa, usiamo il termine psicoterapia in senso generico, per indicare un atteggiamento di fondo della personalità del curante, in base al quale chi lo possiede, comprendendo la dinamica del rapporto interpersonale, può cogliere i problemi di natura emotivo-affettiva che talvolta il paziente esprime, perlopiù a propria insaputa attraverso il sintomo, e quindi può dare una risposta terapeutica più adeguata alle sue necessità.

Il Ruolo, in poche parole, nasce in manicomio. Con questa frase, che ti ho sentito dire più volte e con un certo fervore, mi sembra tu ci tenga a sottolineare come la filosofia di cura del Ruolo sia nata tra i pazienti più disperati e disparati. Una filosofia di cura lontana quindi dalle stanze lussuose della psicoanalisi, dalle concezioni esclusiviste e dall'idea che esistano trattamenti elettivi, destinati solo ad alcuni. Una filosofia di cura fortemente democratica che si estende e si propone non solo a tutti i pazienti (quelli che ovviamente la desiderano) ma anche a tutti gli operatori delle relazioni di aiuto (quelli che ovviamente la scelgono).

Nel luogo della "cronicità" e della contenzione ha preso origine nella tua mente (e forse soprattutto nel tuo cuore) una filosofia di cura improntata e incentrata sulla libertà e sulla responsabilità del paziente e la concezione di una psicoterapia applicabile a tutti i pazienti, in ogni contesto di cura e praticabile dai più variegati operatori delle relazioni di aiuto.

Mi vien da dire, "facile" con i pazienti che arrivano agli studi di psicoterapia, davvero faticoso pensare alla libertà e alla responsabilità del paziente quando il paziente in questione è chiuso in un manicomio. Cosa ha significato e come è andata, sia con i pazienti che con i colleghi, questo tuo introdurre, in una struttura manicomiale, un pensiero di cura in cui iniziavano a germogliare questioni come la libertà e la responsabilità del paziente?

Sergio Erba: Una risposta particolareggiata richiederebbe troppo spazio. Ti rispondo così: è andata che, quando questa impostazione psicoterapeutica si è mostrata efficace, sono stato sospeso dal Servizio e dallo stipendio e, pur avendo ottenuto nelle sedi competenti, il riconoscimento delle mie ragioni, quando sono rientrato in ospedale mi è stato impedito di continuare quell'esperienza (c'è un libro, ora esaurito, che parla di quella vicenda). La mia "colpa" era stata quella di realizzare nella pratica pensieri e idee sostenuti a parole da tutti.

Gennaio 1973. Il Ruolo Terapeutico n. 3

Lorena Monaco:

Per coloro che sono consapevoli del significato anche politico insito in qualsiasi tipo di azione pubblica (e le cure e l'assistenza ai malati appartengono sicuramente a questa categoria) esiste la preoccupazione di far coincidere la propria funzione professionale con un coerente impegno sociale e politico.

L'editoriale del n. 3 della rivista contiene in sé queste parole. Da subito si intuisce come il Ruolo nasca anche (e forse soprattutto) come impegno sociale e politico, con la preoccupazione e l'urgenza, che è fortemente presente anche a distanza di anni da allora, di far coincidere la propria funzione professionale con un coerente impegno sociale e politico...

Lo chiedo a te che sei il Direttore: qual è, come si manifesta e come si è trasformato, nel corso degli anni, l'impegno sociale e politico del Ruolo Terapeutico? E un po' più nello specifico: nella tua vita, come coincidono funzione professionale e tale impegno?

Sergio Erba: Mah... l'impegno sociale e politico del Ruolo credo sia stato una costante dall'inizio a oggi. Nei primi tempi, grazie a "cavalli di Troia" locali, ci facevamo invitare da altri manicomi, e una volta dentro, in assemblee dove erano presenti direttori, medici, infermieri, portavamo un po' di vivacità, creavamo un po' di scompiglio. Venivano con noi del Ruolo anche infermieri del mio reparto. Questo gruppo di infermieri si ingrossò via via che l'iniziativa procedeva e l'entusiasmo di chi partecipava si comunicava ad altri. Quando andammo a Pesaro eravamo in sessanta. Il sindacato degli infermieri si spaventò, e proibì ai suoi adepti di continuare.

Questa fase "selvaggia" terminò nel '78, quando la legge Basaglia chiuse i manicomi.

Poi ci fu una fase più professionale, in cui svolgemmo attività di supervisione presso servizi psichiatrici.

Dal 2001 abbiamo aperto le porte del Ruolo alla società civile, con incontri con personaggi rappresentativi della politica, della

cultura, del giornalismo. I magistrati di “Mani pulite”, ad esempio, oppure Marco Travaglio, che fu ospite nostro ripetutamente.

Ci fu la campagna elettorale per Di Pietro, sponsorizzata dal Ruolo, sia con la raccolta delle firme per la presentazione della lista, sia con la mia partecipazione diretta come candidato di Collegio (negli anni settanta avevo partecipato per due volte alle elezioni nazionali come candidato per la lista Pannella).

Adesso abbiamo cominciato a contattare figure istituzionali del nostro quartiere (Consiglio di zona, parroci, presidi...) per far conoscere la psicoterapia e promuovere una cultura della salute e della cura.

Insomma, come vedi, non abbiamo mai limitato il nostro impegno alla sola stanza d’analisi, che pure rimane il fulcro della nostra attività professionale.

Aprile 1973. Il Ruolo Terapeutico n. 4

Lorena Monaco: Il n. 4 della rivista contiene ampio materiale inerente una tematica ben precisa: il rapporto tra medici (psichiatri) e infermieri psichiatrici. Nell’editoriale di quel numero dicevi:

Alcuni psichiatri mascherano la loro personale e collettiva impotenza terapeutica mediante l’abuso di un potere compensatorio (potere economico, potere della superiore condizione sociale, potere della cultura, potere del ruolo). Nel momento in cui forze tradizionalmente escluse dalla funzione terapeutica (gli infermieri) prendono consapevolezza della loro potenzialità terapeutica e chiedono di realizzarla, il problema non è tanto, o solo, quello di ridistribuire più equamente tutte le varie forme di potere compensatorio. Il vero problema della psichiatria attuale (e, possiamo dire, della medicina) è di recuperare, ciascuno per la sua parte, il potere terapeutico. Gli infermieri cominciano a capire e a muoversi, per i medici si apre una prospettiva impegnativa e difficile: quella di assecondare e guidare questo movimento.

Il potere terapeutico... un potere che, per quella concezione di cura che ti vedo applicare e trasmettere, non era e non è di

sicuro nelle mani di pochi privilegiati (psichiatri e classe medica in generale) ma anche (e non meno) nelle mani di infermieri, assistenti, operatori di vario livello e con le più svariate qualifiche professionali.

Il potere terapeutico, potenzialmente insito nelle azioni (o non azioni) di questa popolazione così spesso di operatori (troppo spesso inspiegabilmente trascurato, maltrattato, non visto, non valorizzato e poco formato) è a tutti gli effetti, ancora oggi a distanza di anni da allora, al centro del tuo pensiero rivolto alla cura.

Oggi penso a tutti gli operatori, assistenti, educatori, infermieri ecc. che partecipano ai gruppi di formazione al Ruolo Terapeutico. Mantenere la varietà di operatori che partecipano a questi gruppi mi sembra sia stato qualcosa per te di fondamentale importanza e mi sembra davvero che tu abbia fatto il possibile per preservarla anche in momenti in cui è stata a rischio; quando ad esempio si è scelto di aprire una Scuola di psicoterapia riconosciuta dal Ministero, scelta che poteva significare rinunciare a una tale apertura rivolta ai più diversi operatori delle relazioni di aiuto (la possibilità di iscrizione per le Scuole di psicoterapia era ed è, per legge, rivolta esclusivamente a medici e psicologi).

Ti chiedo oggi: questa apertura dei gruppi formativi tenuti al Ruolo Terapeutico a tutti gli operatori delle relazioni di aiuto (e non solo a medici e a psicologi) può essere considerata un buon risultato per quel medico (tu) per cui, più di 40 anni fa, si apriva “quella prospettiva impegnativa e difficile” di cui parli nell’editoriale di allora?

Sergio Erba: Sì, senz’altro, se non altro sul piano della qualità, della dimostrazione di una possibilità. Va detto però che la situazione attuale è molto cambiata.

Quando una decina circa di anni fa offrimmo alla popolazione milanese degli operatori delle relazioni d’aiuto un gruppo di supervisione settimanale gratuito, l’iniziativa fu apprezzata e partecipata da un consistente numero di persone. Poi la partecipazione scemò gradualmente, e attualmente è ridotta al lumici-

no. Continuiamo a tenerla aperta per onore di bandiera, e per la speranza che qualcosa cambi, nell'immediato futuro.

Sempre a proposito della formazione terapeutica: la parte pratica della Scuola, il nostro fiore all'occhiello, è aperta anche alla partecipazione di non medici e non psicologi. La presenza nei gruppi di discussione clinica di queste figure è preziosa, perché portano un'esperienza clinica pratica in gruppi dove questa è molto carente, data l'età media molto giovane degli allievi psicologi. Per l'accesso a questa parte della Scuola chiediamo una tariffa modesta, offriamo anche borse di studio, ma purtroppo anche questa risorsa è oggi giorno molto poco sfruttata.

Settembre 1973. Il Ruolo Terapeutico n. 5

Lorena Monaco: L'editoriale del n. 5 apriva così:

All'ultimo Congresso della Società Italiana di Medicina Psicosomatica tenutosi a Messina lo scorso giugno, una intera giornata è stata riservata alla formazione psicologica del medico.

E, nel corso del numero, viene dato ampio spazio a cosa intendi per "formazione psicologica del medico", una formazione che di sicuro contrastava con una certa direzione che la cura medica (e non solo medica) stava iniziando a prendere in quegli anni. Dicevi infatti:

È comune lamentela che il medico non visiti più, ma spesso non c'è nulla da visitare, dato che le apparecchiature scientifiche svolgono, con ben maggiore efficienza, un lavoro che prima competeva alle mani, all'occhio, all'orecchio del medico. Questo contatto corporeo è ora sostituito dal rapporto con parti staccate e autonome dell'istituzione, laboratorio, radiologia ecc., che stabiliscono contatti parcellari con il malato e danno risposte parcellari al curante. Quest'ultimo corre il rischio di diventare un semplice mediatore che trasmette particelle del malato ai laboratori e traduce poi al malato le risposte che questi danno.

La parcellizzazione del malato... mi sembra proprio che la concezione di cura trasmessa al Ruolo vada nella direzione opposta a quella del "parcellizzare" il paziente e che metta, quanto più possibile, al centro una visione della persona intesa come unità (e una visione della cura che tenga il più possibile conto di questa imprescindibile unità).

In un'ottica medica (e psicoterapeutica) che tende invece sempre più alla parcellizzazione del paziente e che vede sempre più un altrettanto e corrispondente parcellizzarsi delle cure (basti pensare al diffondersi sempre più frequente nell'ambito della psicoterapia di specializzazioni e "ricette" ad hoc per cocainomani, per giocatori patologici, per le dipendenze da internet, per gli adolescenti, per gli anziani, per le coppie, ecc. ecc.) il Ruolo Terapeutico offre e propone una sua proposta di cura unica, rivolta alla persona, chiunque essa sia (con l'unica condizione, mi vien da dire, che arrivi a un luogo di cura).

Una visione di unità della persona (e quindi della cura) che non solo non è venuta meno (resistendo al tempo e alle mode del tempo) ma che mi sembra si stia sempre più raffinando e che stia sempre più emergendo.

Mi sembra che sia maturata sempre più in te una visione esistenziale dell'unità che è la persona e di conseguenza una visione sempre più esistenziale della cura rivolta ad essa.

Tutto questo mi porta a pensare che oggi parleresti di "formazione esistenziale del medico" e non più di "formazione psicologica del medico".

Mi sbaglio?

Sergio Erba: Nella sostanza, hai colto perfettamente il senso della nostra posizione attuale. Nella forma, userei la dizione "formazione terapeutica". Il termine "terapia", volendo, può estendersi all'aspetto esistenziale, mentre nella dizione "formazione esistenziale" non è compreso necessariamente il senso della cura nel senso specifico del nostro mestiere.

Gennaio 1974. Il Ruolo Terapeutico n. 6

Lorena Monaco: Tra le tue parole di questo numero...

La nostra ambizione è quella di indicare una strada individuale per ottenere la trasformazione dei sistemi nei quali ciascuno è inserito; e di mostrare come la fuga nel "collettivo" e l'esportazione dei problemi e delle difficoltà individuali sui gruppi sociali sempre più vasti può costituire, molte volte, un modo di eludere la propria responsabilità personale.

Il Ruolo Terapeutico, per come l'ho conosciuto io, è a tutti gli effetti una comunità. Comunità fatta di personalità anche molto diverse tra loro, portatrici di idee differenti, di concezioni della vita (e della morte) anche a volte contrastanti ma in cui i principi guida, di cui teniamo conto all'interno del rapporto di cura con i nostri pazienti, in qualche modo ci accomunano e ci rendono appunto un gruppo con un suo preciso denominatore comune.

Sempre meno però nel corso degli anni, da quando ti conosco, ti sento usare il pronome "noi" quando parli del Ruolo Terapeutico. Cosa è cambiato in te per portarti a usare sempre meno il "noi"? C'è ancora oggi qualche eccezione in cui ti senti resti di usare il "noi" quando parli del Ruolo Terapeutico?

Sergio Erba: Quello che dici mi ricorda una disputa affettuosa tra i fautori del "il Ruolo sei tu Erba" e quelli del "il Ruolo siamo noi". Sono vere entrambe, queste affermazioni. Il Ruolo è nato come collettivo, si è sviluppato come comunità, e non esisterebbe se non in questa forma. È anche vero che per tanto tempo ne sono stato il principale responsabile da tutti i punti di vista. Con l'allargamento del gruppo dirigente, e non solo per questo, da parte mia oggi il "noi" è d'obbligo. Mi esprimo in prima persona singolare quando scrivo o parlo della mia esperienza clinica e della mia concezione della terapia. Ma anche qui, l'io con cui mi esprimo non è un io solitario, ma è un io costantemente arricchito dai contributi e dalle esperienze di tanti altri del nostro gruppo.

Maggio 1974. Il Ruolo Terapeutico n. 7

Lorena Monaco: In un articolo di questo numero racconti (insieme ad alcuni colleghi che condividevano con te l'esperienza) in cosa consisteva la "Gestione socioterapeutica di un reparto di ospedale psichiatrico" (questo è il titolo dell'articolo).

Vengono raccontate, all'interno dell'articolo, alcune assemblee di reparto svolte nel manicomio in cui lavoravi... viene raccontata l'esigenza dell'introduzione della psicoterapia di gruppo, viene trattato il ruolo degli infermieri e del personale non medico e, punto non da poco, vengono raccontati i rapporti con i familiari dei pazienti ricoverati. All'interno dell'articolo riportavi:

I familiari sono tenuti a partecipare all'assemblea di reparto: per favorire la loro presenza, scoraggiamo, per quanto è possibile, i tradizionali colloqui dei curanti con i parenti che perlopiù avvengono, in ospedale, senza la partecipazione del malato. Anche in questo incontriamo ovviamente difficoltà e resistenze: fa parte della consuetudine ed obbedisce a ben definite dinamiche che i parenti conferiscano col medico con l'esclusione del malato. Questa modalità implica la contrapposizione "sano-malato", implica che il ricovero e l'intervento sono qualcosa fatto "sul" malato, spesso "contro" il malato; non di rado, con questa modalità, i familiari inconsapevolmente tendono a drammatizzare la paura per la "pericolosità" del loro congiunto ecc. ecc.

Mi sembra che in queste parole si possa trovare, se pur con tutte le differenze e le specificità del caso, il germe di quello che oggi ti vedo praticare e trasmettere e che al Ruolo passa sotto la denominazione di "porta aperta". Porta aperta intesa come possibilità (invito e a volte prescrizione) di far entrare nella stanza di terapia anche i familiari, il partner, il coniuge del paziente. Una mentalità che non considera la stanza di terapia come stanza solo ed esclusivamente per il paziente ma che lascia appunto la possibilità di poter aprire la porta a chi è significativamente coinvolto nella vita del paziente, o a chi è il promotore e il motore della decisione di cura del paziente che arriva in terapia.

Così come, negli anni del manicomio, trovavi resistenze ed opposizioni nel proporre una modalità di approccio ai parenti dei pazienti come quella sopra descritta, così oggi il tuo pensiero volto alla cura – così propenso all'aprire la stanza di terapia quando ne vedi le condizioni – incontra resistenze anche al nostro interno (è un punto spesso dibattuto all'interno del Ruolo stesso).

Che cosa pensi vada a smuovere di così fastidioso o faticoso questo approccio alla cura "aperto", da far attivare (allora e oggi) così tante resistenze?

Sergio Erba: Credo sia un fatto di libertà, di sicurezza, di autonomia personali. E anche di attaccamento a tutto ciò che è istituito, anche quando questo non convince o non soddisfa. E poi la scomodità, qualche volta anche il rischio, di ritrovarsi isolati, di avere gli altri contro.

Detto questo, dobbiamo tener presente che libertà, sicurezza interiore, autonomia non sono date in partenza, non sono date una volta per tutte, ma sono frutto di una costante, incessante ricerca. Sono perseguibili ma mai del tutto raggiungibili.

Tornando a noi e al contesto del Ruolo, è vero che ci sono resistenze, ma potrebbero non esserci? Poi distingueresti due tipi di resistenze, quelle fisiologiche di chi è comunque in cammino in quella direzione, e quelle di chi "sta bene dove si trova" e non si pone neppure il problema. Queste seconde non le chiamerei resistenze, ma semplice adeguamento allo *status quo*.

Settembre 1974. Il Ruolo Terapeutico n. 8

Lorena Monaco:

Concordiamo con Psichiatria Democratica: il più urgente impegno politico di coloro che operano nel campo dei servizi sanitari è il perseguimento di un'adeguata formazione professionale.

Queste parole compaiono all'interno del n. 8 della rivista. Ma

già nel numero precedente il discorso verteva chiaramente verso questa posizione.

Se la situazione psichiatrica è tanto scandalosamente deteriorata, se politici e amministratori decidono programmi e strutture esclusivamente in base alla loro logica di potere e di repressione è anche perché, a nostro parere, si trovano ad avere a che fare con una categoria di tecnici (gli operatori psichiatrici) assolutamente impreparata ed "ignorante", anche se non solo per colpa propria. Ci sono molte disfunzioni, in campo sanitario, che sarebbero corrette ed adeguatamente risolte con l'impegno e la capacità dei singoli operatori e che invece diventano sempre più gravi, nella vana attesa che i politici intervengano. Siamo tra i fautori del primato della politica su qualsiasi altra attività: facciamo però presente che, per molti, "far politica" è solo un comodo alibi per mascherare la propria incapacità, per addossare agli altri colpe anche proprie. Altri giornali, altri canali sono oggi attivi nel dibattito politico: noi abbiamo scelto di occuparci specificamente dei problemi inerenti la formazione professionale, date le enormi, inconfutabili lacune in questo settore.

Mi sembra che, da questo punto di vista, la posizione politica del Ruolo sia ancora oggi intesa proprio in questi termini: la formazione professionale è considerata a tutti gli effetti il principale impegno politico che ci riguarda e ci coinvolge. Continui poi nel corso di questo numero specificando in cosa consiste questa formazione professionale.

Perché il rapporto umano (al centro della cura) non rimanga una generica formulazione, un bel recipiente vuoto di contenuti, è necessario precisare che, ai fini terapeutici, è essenziale la sua qualità. Una naturale, istintiva attitudine a mettersi nei panni altrui, a coinvolgersi emotivamente e affettivamente dovrebbe stare alla base della scelta, più o meno consapevole, della professione psichiatrica. L'uso consapevole, controllato, finalizzato di questa "capacità di identificazione" sarebbe l'aspetto tecnico, specifico, qualificante della prestazione psichiatrica. Il raggiungimento di questa condizione, che comporta l'acquisizione di un minimo di equilibrio, senso critico, autonomia di giudizio e coerente capacità

operativa, sarebbe lo scopo della formazione professionale degli operatori psichiatrici e sociali.

È molto chiara, in queste parole, la centralità che viene data al rapporto terapeuta-paziente ma, leggendole, mi viene da soffermarmi su un particolare punto in cui parli di “capacità di identificazione”, di “attitudine a mettersi nei panni dell’altro”. Oggi, nei gruppi di cui sei supervisore e ai quali partecipo, quando capita che il terapeuta “supervisionato” affermi di mettersi nei panni del paziente, quasi sempre mi è parso di cogliere chiaro il tuo invito a stare nei propri panni... Tra lo scherzoso il serio è chiaro il tuo invito a proporci di stare nei nostri panni (facendo intendere che è già tanto riuscire a stare nei propri e soprattutto a starci bene). Insomma da quando ti conosco (più di una decina d’anni) non ti ho sentito mai parlare di “identificazione con il paziente”, anzi, ti ho sentito piuttosto orientato a distoglierci da questa propensione quando la avverti in noi. Cosa è cambiato, da questo punto di vista, nel tuo pensiero rivolto alla cura?

Sergio Erba: Penso si tratti di un modo diverso, spero più maturo ed efficace, per esprimere sempre lo stesso concetto: per mettersi in maniera sana nei panni degli altri bisogna aver raggiunto un sufficiente grado di benessere dentro ai propri. Sembra una banalità, ma tutte le esperienze terapeutiche e formative tendono a questo scopo. Di solito le due cose vanno di pari passo. Per quanto concerne il concetto di identificazione, ritengo che la formula che abbiamo usato (mettersi nei panni degli altri) sia ancora la più efficace ed esplicativa, anche se ovviamente si declina con modalità soggettive personali ogni volta uniche per ciascun individuo in carne e ossa.

Gennaio 1975. Il Ruolo Terapeutico n. 9

Lorena Monaco:

Sino ad alcuni mesi orsono esisteva nell’ambito dell’istituto un

reparto maschile in cui veniva portato avanti un discorso di tipo socioterapico centrato sulle assemblee di reparto e su trattamenti psicoterapici di gruppo e di famiglie. Questa esperienza che pur con i limiti dovuti alla novità e al suo carattere sperimentale rappresentava tuttavia un cambiamento reale, è stata bruscamente interrotta dalla direzione e dall’amministrazione: approfittando di una situazione di attrito dell’équipe medica con alcuni infermieri, è stato disposto il trasferimento del medico caporeparto e la pronta immissione di un nuovo primario. Questi si è impegnato, con molto successo, in una rapida restaurazione dei metodi di cura più tradizionali e retriivi.

Il medico caporeparto trasferito menzionato sei tu e queste sono alcune delle parole di un documento riportato sul n. 9 del *Ruolo Terapeutico*. Il documento, riportato nella sua interezza in questo numero, è una relazione, a cura del Gruppo Lombardo di Psichiatria Democratica, sulla struttura organizzativa e la gestione dell’Ospedale Psichiatrico P. Pini di Milano (novembre 1974).

Le resistenze, le opposizioni, le rigidità che avevi denunciato, raccontato, riportato emergono a pieno fino ad arrivare a sfociare in un provvedimento che prevede il tuo allontanamento dal reparto in cui lavoravi.

Alla luce del comodo senno di poi e con il bagaglio e lo spessore di esperienza di questi 40 anni, trascorsi da allora, ti chiedo: poteva esserci un modo per promuovere i cambiamenti che stavi attivando che non portasse alle conseguenze verificatesi o, secondo te, questa conclusione era inevitabile? E, a proposito di contrasti con il mondo circostante, sei oggi (e oramai da diversi anni) il direttore di una Scuola di specializzazione in psicoterapia. Gli allievi (sono stata allieva anche io quindi ne parlo per diretta esperienza) ricevono una formazione volta a rendere critici, in controtendenza, e spesso alquanto insofferenti nei confronti della mentalità che si trova spesso nei Servizi preposti alla cura in cui ci si trova poi a lavorare. Non è facile, con la formazione che si riceve al Ruolo, trovarsi poi, immersi in una mentalità basata su presupposti spesso opposti a quelli appresi nella propria Scuola. Emanuele Santirocco, docente della Scuola mancato

qualche tempo fa, ripeteva spesso che è importante aiutare gli allievi a stare bene nel luogo in cui si trovano e si troveranno a lavorare. Sono convinta che creda anche tu nella bontà di questa affermazione. Come concili il tuo impegno alla formazione (nel pieno rispetto di quello in cui credi) con questa attenzione a far sì che gli allievi possano stare bene nelle istituzioni in cui si trovano e si troveranno a lavorare (anche alla luce della tua personale esperienza manicomiale)?

Sergio Erba: Mah... per quanto riguarda la mia esperienza in manicomio direi di no, non penso che le cose avrebbero potuto andare diversamente da come sono andate, a meno di non fare il gioco dei se e dei ma, tipo: se fossi stato io il direttore, o se avessi avuto un altro carattere, o se fossi stato sponsorizzato dal partito comunista, o se...

Venendo all'oggi, e alle difficoltà che i nostri allievi incontrano nei loro luoghi di lavoro, specificherei "lo star bene" di cui parlava Santirocco nel senso di "star bene con se stessi nel luogo di lavoro". È un grande tema questo, che incontrerai a più riprese via via che proseguirai nella lettura delle annate della rivista. Mi riservo di riprenderlo in quelle occasioni.

Maggio 1975. Il Ruolo Terapeutico n. 10

Lorena Monaco: Cremerius (uno dei tuoi principali riferimenti formativi) in un articolo apparso in questo numero afferma:

La nevrosi di transfert si sviluppa automaticamente e noi facciamo in modo di favorirla perché (e questa è una delle differenze fondamentali fra tecnica psicoanalitica e tecnica psicoterapica non analitica) non lavoriamo mai sulla nevrosi originale ma esclusivamente sulla nevrosi di transfert. E poiché ne abbiamo bisogno la stimoliamo in tutte le situazioni terapeutiche in cui il concetto di base è quello psicoanalitico. Quindi si lavora sempre su questi pezzi di transfert, di ripetizione, e mai sulla nevrosi originale, quotidiana, cioè sui sintomi.

Il linguaggio di Cremerius, come si può sentire, è spiccatamente psicoanalitico. Un aspetto che ti caratterizza (e caratterizza di conseguenza, almeno come *imprinting*, Il Ruolo Terapeutico) è invece la scelta di utilizzare un linguaggio non tecnico per parlare del nostro lavoro. Una scelta questa che, dietro la sua apparente innocenza, mi sembra racchiuda una presa di posizione forte e precisa che parla e racconta di una intera concezione del modo di intendere il nostro lavoro. Vuol dire una serie di cose tra cui credo la più importante sia quella di tentare di smantellare la psicoanalisi da quell'aura di incomprendimento, enigma, lusso, altezzosità in cui spesso si è collocata e si colloca. Vuol dire renderla il più possibile democratica (fruibile a tutti e per tutti), vuol dire parlare di ciò che avviene tra paziente e terapeuta non perdendosi nei meandri e nelle congetture di pensieri fortemente intellettivi ed intellettualizzati. Vuol dire farsi capire dal mondo che abbiamo intorno, vuol dire allontanarsi da una concezione medica (con rispettiva e analoga terminologia) del nostro lavoro.

Cremerius evidentemente utilizzava un gergo decisamente più psicoanalitico del tuo, come si può ben osservare dalla frase sopra riportata. Mi piacerebbe che tu dicessi qualcosa rispetto al concetto espresso in questa sua frase e in particolar modo ti chiedo se sei d'accordo con tale suo pensiero in cui esplicita in cosa consiste la differenza fondamentale tra terapie analitiche e non analitiche.

Ti chiedo inoltre: è in questa differenza tra approccio psicoanalitico e non psicoanalitico che si può rintracciare il motivo per cui Il Ruolo Terapeutico propone un modello clinico, una Scuola, una rivista che si possono definire e chiamare psicoanalitiche?

Sergio Erba: "... quell'aura di incomprendimento, enigma, lusso, altezzosità..." Povero Cremerius! Tra i tanti cui queste parole calzerebbero a pennello, lui proprio non c'è, anche se capisco quello che intendi dire. Pensa che quando, grazie a Pierfrancesco Galli, ebbimo modo di conoscerlo e frequentarlo dal vivo, fu come se una ventata d'aria fresca fosse penetrata nei luoghi asfittici dove eravamo abituati a incontrarci per le supervisioni.

Nevrosi originale, nevrosi di transfert... per essere psicoanalitica l'esperienza terapeutica deve essere fondata sulle modalità relazionali che il paziente mette in atto nell'immediatezza dell'incontro col terapeuta, e non sulla sua storia o sui suoi sintomi. Teoria e metodo del Ruolo si identificano totalmente con questa impostazione.

Altre potrebbero essere le differenze tra la mia posizione e quella di Cremerius...

Settembre 1975. Il Ruolo Terapeutico n. 11

Lorena Monaco: Sempre Cremerius all'interno di questo numero:

Bisogna essere sicuri che il paziente abbia la forza per superare la situazione e non fare una richiesta eccessiva rendendolo scontento. Può darsi che per alcuni pazienti sia meglio conservare il vantaggio secondario, perché gli manca la forza, o questa è stata distrutta nei primi anni di vita. Allora cerco con lui un linguaggio per capire il problema o lo copro col velo del segreto. Forse faccio finire l'analisi a questo punto senza far capire al paziente che non ha le forze per andare avanti. Gli diciamo che ora sta bene, che con l'analisi ha capito tante cose, senza fargli capire che c'è in lui un difetto, una impossibilità di trasformare la sua passività in una vita attiva. Qualche volta si vede che uno ha la fantasia di fare, ma le sue forze sono distrutte.

Leggendo alcune parole di Cremerius mi vien facile riconoscere chiaramente, in lui, uno tra i tuoi riferimenti formativi ma in altre sue parole (tipo queste sopra riportate) vedo che te ne sei anche molto distanziato rispetto ad alcune posizioni e pensieri inerenti la terapia.

Spesso, nei gruppi di supervisione, di fronte ad un terapeuta che si chiede se il proprio paziente sia pronto o meno ad affrontare alcuni passaggi, ti ho sentito rispondere che il vero problema è un altro ovvero se è il terapeuta ad essere pronto o meno a fare quel passaggio, a dire quella certa cosa, ad affrontare quella

certa questione con quel paziente. Insomma, rispetto alla frase di Cremerius sopraesposta, vedo in te tutt'altro modo di intendere, da questo punto di vista, la terapia.

Però credo che anche tu all'interno delle tue terapie utilizzi una sorta di "dosatore" con i pazienti per parlare di ciò che succede e per trattare ciò che avviene all'interno della relazione terapeutica. Una terapia alle prime battute non è certo uguale ad una terapia "in età avanzata", esistono poi le sensibilità (estremamente diverse) dei pazienti, esiste una gravità di alcuni pazienti, ecc.

All'interno del tuo lavoro clinico come "dosi" e "calibri" il livello di franchezza che ti puoi permettere con i tuoi pazienti? E in cosa consiste per te e come "giochi" il concetto di verità all'interno del tuo studio?

Sergio Erba: Dicevo nella risposta precedente di altre differenze... ecco che la tua domanda arriva a proposito. Le evenienze citate da Cremerius sono all'ordine del giorno nel lavoro di qualsiasi terapeuta, ma diversa è la mia posizione rispetto alla sua. Per me, si tratta di una diversa concezione della responsabilità del terapeuta rispetto al suo paziente. Dalle parole di Cremerius traspaiono un modello ideale di analisi riuscita, una competenza (e quindi una responsabilità) del terapeuta sul paziente. Niente di tutto ciò appartiene alla mia concezione, che assume fino in fondo la responsabilità del paziente su tutto ciò che lo riguarda, fine dell'analisi compresa. Quando un'analisi finisce? Quando la funzione "interrogante" del terapeuta non trova più "materia viva" per proseguire. Non avendo un modello ideale di analisi valido per tutti, non avendo un modello ideale di guarigione valido per tutti, è giocoforza riferirsi a quella corrente di energia, fatta di bisogno e desiderio, che spinge il paziente a venire da noi. Che cosa cerca, che cosa trova? Finché questi interrogativi rimangono aperti, finché paziente e terapeuta riescono a dare un senso non illusorio al loro incontrarsi, la terapia va avanti.

Mi capita sempre più frequentemente che pazienti che avevano concluso "bene" un'esperienza terapeutica con me, ritornino, anche dopo decenni. Se, in caso di bisogno, tornano dal loro vec-

chio terapeuta anziché rivolgersi altrove, questo significa che la precedente esperienza è stata per loro buona. Come considerare la terapia precedente? La mia esperienza in proposito mi dice che un certo sviluppo del processo di maturazione, messo in moto allora, rende possibile oggi un ulteriore avanzamento, non possibile allora. Nel non possibile allora comprendo anche lo stadio di maturazione, professionale e umana, del terapeuta.

Gennaio 1976. Il Ruolo Terapeutico n. 12

Lorena Monaco: In questo numero viene presa in considerazione, tra altro, la situazione delle scuole (scuole elementari, medie ecc.) in quegli anni. Dicevi a tal proposito:

Nel momento in cui tutti parlano di azione preventiva e di non emarginazione, emerge il ruolo fondamentale della scuola in quanto struttura potenzialmente in grado di favorire sia l'integrazione che l'esclusione. Sulla scuola infatti convergono responsabilità e aspettative diverse e spesso contraddittorie se in essa si individuano i presupposti per una reale prevenzione dell'emarginazione e per il recupero dell'emarginato. Questo significa rovesciare la logica della scuola tradizionale in cui mentre in teoria si puntava sullo sviluppo globale del bambino, in pratica si valutava e discriminava questi in termini di "produttività" e di rendimento. Ma rovesciare questa logica vuol dire scardinare l'attuale sistema scolastico e non accettare tutte quelle proposte apparentemente innovatrici, ma in realtà volte a rafforzare le strutture preesistenti. Comprendere nella scuola corsi di chitarra e ateliers fornitissimi non cambia la struttura e non risolve i problemi di base.

E sempre all'interno di un articolo riportato in questo numero si legge:

Un'altra tendenza è quella che si concretizza in discorsi illuminanti sulla necessità di prevenire piuttosto che di curare e sull'esigenza di intervenire sempre più precocemente. Sull'adulto è tardi perché è già strutturato, a scuola il bambino ha già subito gli effetti dell'importante fase che va dai 3 ai 6 anni e quindi bisogna inter-

venire nella scuola materna, ma qui in effetti ha già subito i gravi traumi dei primi 3 anni... e addirittura quelli della gravidanza... e certo... bisogna pure intervenire in fase prematrimoniale ... Ma non si può fare tutto e quindi... non si fa niente.

Trovo che questa frase di Ezio Cirincione (frase estrapolata da un articolo in cui racconta un'esperienza di intervento nella scuola da parte dell'*équipe* di un centro di igiene mentale) renda benissimo il rischio insito nel parlare di prevenzione.

Il Ruolo Terapeutico nel corso della sua storia si è mai impegnato o si impegna in attività che si possano definire di prevenzione? In cosa consiste e cosa è per te la "prevenzione"?

Sergio Erba: Distingueri due diverse forme di prevenzione: quella in campo sociale e quella in campo soggettivo personale.

Per la prima, trovo più appropriato il concetto di educazione: sessuale, sentimentale, del senso civico, del bene collettivo, ecc. Sto leggendo un libro-inchiesta di Riccardo Iacona, *Utilizzatori finali*, che parla di come è vissuto oggi il sesso da una consistente parte della popolazione maschile italiana. Sono impressionanti il degrado, la mercificazione, la scomposizione del corpo della donna a seconda dei gusti sessuali dei suoi utilizzatori. Vari sono i fattori che hanno portato a ciò, ma senza la messa in moto a livello sociopolitico di una robusta e permanente azione educativa fin dai primi anni della scuola, non si vede come questo processo possa arrestarsi.

Ma come fare, nell'assoluta mancanza di consapevolezza della gravità di questo fenomeno? All'interno del quale c'è anche quello della precoce iniziazione sessuale degli adolescenti, della prostituzione minorile, tutti fatti che compromettono gravemente il benessere delle giovani generazioni.

Per la seconda, si potrebbe parlare, più che di prevenire, di intervenire tempestivamente ai primi accenni di sofferenza, di difficoltà. Anche qui, vari sono i fattori emotivi, soggettivi, sociali che ritardano o allontanano all'infinito l'intervento terapeutico. Anche qui, ci sono problemi di formazione del personale, di educazione, di informazione...

Il Ruolo è sempre stato presente su questo fronte e oggi, grazie ai tanti giovani terapeuti formati nella nostra Scuola, ci stiamo preparando a intervenire sul territorio (scuole, parrocchie, ecc.). Ci vogliono soldi, pochi ma ci vogliono, ed è per questo che abbiamo dato vita a un'Associazione, "La Porta Aperta", per raccogliere contributi per finanziare queste attività.

Maggio 1976. Il Ruolo Terapeutico n. 13

Lorena Monaco: In questo numero appare un articolo a cura di alcune terapeute (Emanuela Collini, Julie Cunningham, Elisabeth Reghizzi) del Centro di Psicologia dell'età evolutiva "Il Vivaio" di Milano in cui viene raccontata un'esperienza di formazione all'interno di una scuola per l'infanzia. Riporto alcuni stralci dell'articolo:

Dal nostro lavoro con i bambini imperniato sulla stimolazione delle capacità espressive come apporto essenziale allo sviluppo, è nato il desiderio di comunicare agli insegnanti e ad altri operatori sociali la nostra esperienza avviando dei gruppi di apprendimento.

E qui arriva la parte più saliente e interessante di tutto il discorso:

La scelta di formare gli insegnanti, anziché di intervenire direttamente nella classe, nasce dalla convinzione che la creatività e la libera espressione non sono prerogativa di uno specialista ma devono essere appunto un atteggiamento continuo dell'educatore. Ci siamo rese conto che l'adulto stesso deve acquistare una nuova dimensione espressiva prima di poter avviare un approccio creativo col bambino.

E dopo aver raccontato l'esperienza di formazione che aveva come destinatari gli insegnanti della scuola (e non gli allievi) impegnati in attività quali creta, pittura, drammatizzazione, mimo, cucina è interessante sentire quanto le terapeute dicono:

Se volessimo sintetizzare le prime reazioni degli insegnanti ai nostri interventi, apparirebbe subito la loro tendenza a pensare alle eventuali reazioni dei bambini e non ai propri vissuti intorno alla attività stessa. In un gruppo di insegnanti di una scuola elementare, dopo aver lavorato la creta, durante la discussione, una maestra descrisse la sua produzione (un piccolo cane e un cavallino di forma banale) come "qualcosa che, sono sicura, piacerebbe ai bambini". Ma nel caso in cui invece il bambino venga momentaneamente dimenticato, c'è la tendenza a considerare l'attività come una regressione gratificante a livello infantile e quindi al ridurla al "mi sono (o no) divertito".

Mi sembra che in questa testimonianza riportata dalle colleghe si possa trovare, in buona parte, il motivo per cui Il Ruolo Terapeutico possa essere considerata una Scuola di formazione anche per coloro che desiderano lavorare con i bambini.

Il Ruolo Terapeutico ha una proposta formativa che tende e va nella direzione di formare la persona ad avere confidenza con se stessa e in particolar modo con quella parte di sé che viene attivata di fronte ad una richiesta di aiuto. È la confidenza che si ha con se stessi e con le proprie risposte emotive a permettere che la persona risponda bene ad una domanda di aiuto (da chiunque essa provenga).

C'è inoltre un altro fattore che riguarda la cura dei bambini (e degli adolescenti).

La cura è sì rivolta al bambino ma è principalmente rivolta ai genitori e non tanto e non solo aiutandoli nella loro veste genitoriale ma soprattutto guardandoli e curandoli come persone (ancor prima che come genitori).

Proprio come, nell'articolo sopra riportato, la cura, all'interno della scuola, non era rivolta direttamente ai bambini della scuola ma agli insegnanti così, nel caso dei bambini, la cura non è tanto rivolta ai bambini quanto ai loro genitori (non solo e non tanto visti come genitori ma visti anche e soprattutto come persone sofferenti, come figli che sono stati a loro volta sofferenti).

Ti chiedo se ho espresso con sufficiente esaustività il perché Il Ruolo Terapeutico si può considerare Scuola di formazione per

chi lavora con l'adulto, ma anche per chi lavora con il mondo dell'infanzia e dell'adolescenza.

Sergio Erba: Sì, senz'altro.

Settembre 1976-Gennaio 1977. Il Ruolo Terapeutico n. 14-15

Lorena Monaco: In questo numero (che contiene il n. 14 e 15 insieme) all'interno della rubrica "Corrispondenza" si trovano le seguenti parole in una lettera di un lettore della rivista:

Mi pare che la rivista sia un po' sbilanciata in senso politico-ideologico: questi argomenti sono essenziali, ma acquisterebbero più valore se trattati insieme a quelli più strettamente tecnico-scientifici. Personalmente la mia preferenza va agli articoli del gruppo Cremerius: ne ho tratto qualche utilità anche nel mio approccio al malato.

Leggendo questi primi numeri del *Ruolo Terapeutico* e paragonandoli a quelli attuali (siamo oggi nel 2015) sento che c'è, in questi primi anni, in effetti una spinta forte e costante ad andare controcorrente, una forza reazionaria sempre pronta ad emergere, una ribellione al sistema (manicomiale ma evidentemente non solo) sempre presente. Mi vien da dire che la rivista, in quegli anni, non perdeva occasione e colpo per reagire al "sistema" con forza e prontezza.

Il *Ruolo Terapeutico* che conosco oggi è forse un po' più adulto: mi vien da dire che, attraverso un certo modo di fare clinica, attraverso una Scuola di formazione, attraverso una serie di iniziative di promozione culturali e sociali, attraverso la propria rivista, il *Ruolo terapeutico* fa ancora oggi politica, e a tutti gli effetti, ma in maniera decisamente più raffinata.

Fa politica in maniera meno reazionaria, in maniera meno gridata (ciò non significa meno forte, anzi) facendola passare attraverso il proporre una lettura del mondo delle relazioni di aiuto e del mondo in generale che non ha più bisogno di scagliarsi contro ma che si esprime in maniera un po' più pacifica, rispetto al passato.

Ti ritrovi in questa mia visione di un Ruolo Terapeutico che ha raggiunto oggi una capacità di proporsi in maniera meno reazionaria rispetto al passato proponendo al mondo "semplicemente" il proprio modo di pensare e sentire riguardo il mondo delle relazioni di aiuto e il mondo in generale?

Sergio Erba: Sì, mi ritrovo. E questo credo dipenda da due diversi fattori, uno personale, l'altro relativo al momento storico attuale.

Quello personale, comune credo a molti di quelli che partono lancia in resta per cambiare il mondo: via via che acquisti sicurezza e trovi conferme alle tue proposte, diminuisce il bisogno di combattere contro altri, e scopri la bellezza di coltivare cose buone con quelli che condividono questo intendimento.

Quello storico: il Ruolo è nato negli anni settanta, anni di fermenti, di battaglie ideologiche, di grande passione civile e politica.

Oggi tutto questo purtroppo è un lontano ricordo.

Maggio 1977. Il Ruolo Terapeutico n. 16

Lorena Monaco: In un dialogo tra te, Teo Maranesi, Benedetto Saraceno e Giuliana Torre (tuoi colleghi psichiatri di allora) riportato in un articolo dal titolo "Manicomio: dialogo sui soliti sistemi e su possibili alternative" avviene tra te e Maranesi questo interessante scambio. Lo riporto per intero.

ERBA: Diversi anni fa un collega mi raccontò con l'aria di farmi una grande confidenza: "Sono veramente contento perché finalmente mi accorgo di possedere i farmaci. Adesso sono padrone dei farmaci, so somministrarli, so come dosarli, come associarli." Per lui era una grande cosa, una grande scoperta, ed era terribile che fosse così; era il bisogno dello psichiatra, in assenza di altri strumenti, di credere al farmaco perché gli dava una dignità, perché giustificava una sua funzione, perché consentiva di entrare a pieno diritto nel contesto medico. In fondo il medico oggi, nella nostra cultura, è quello che risolve e che affronta tutti i problemi

che gli vengono presentati con questo atto finale che è la prescrizione, una ricetta dove c'è il tuo nome con tutte le tue qualifiche, quante più ne hai più sei importante, e con una precisazione. Lo psichiatra, quando è potuto entrare in questo contesto, deve aver ricevuto una grande gratificazione.

SARACENO: Quello che dici è vero, ma credo anche che diventi ogni giorno più attuale chiedersi quali sono oggi le tecniche di cui gli psichiatri si vanno avvalendo sempre di più per la stessa operazione di controllo. Io potrei ricordare un collega, che secondo la medesima logica del collega che citavi tu, mi diceva: "Adesso ho finito il training analitico quindi finalmente so l'analisi!". È la stessa cosa, è proprio la stessa cosa. In altre parole, è lo stile di detenzione di un potere e di un sapere (psicoanalisi e farmaco) che è pericoloso e mistificante. Tutto sommato io non mi vergogno di dire che delle persone alle quali do il Moditen, stanno meglio e quindi uso il mio sapere e potere perché so quanto Moditen devo dare. Non credo che sia più indegno o più mistificatorio, dentro l'istituzione, usare il Moditen o essere junghiani. È proprio la stessa cosa. Negli USA vi sono alcuni ospedali psichiatrici dove si sono completamente abbandonati i farmaci, dove si è strutturata una nuova situazione repressiva (che è poi la stessa cosa) adattata alla nuova ideologia psicoanalitica [...].

Oggi, a distanza di anni da questo scambio, sei (e da oltre una decina d'anni) il direttore di una Scuola di specializzazione in psicoterapia. Davanti allo Stato certifichi che gli allievi che hanno frequentato la Scuola di cui sei il direttore possono praticare la psicoterapia.

Come cerchi di salvaguardare i tuoi allievi dal rischio che sottolineava Saraceno attraverso quella esclamazione del collega: "Adesso ho finito il training analitico quindi finalmente so l'analisi!"

Sergio Erba: Il rischio che si fraintenda o si perverta il senso e l'uso delle cose è insito nella natura umana, riguarda tutti gli ambiti della nostra vita. Un formatore che si adoperi per svolgere la sua funzione nel miglior modo possibile può non preoccuparsi per questo rischio, per due motivi: per la fiducia negli allievi, e per la consapevolezza della loro libertà.

Settembre 1977. Il Ruolo Terapeutico n. 17

Lorena Monaco: In un articolo di questo numero che portava il titolo "Gruppo di studio su problemi di psicoterapia, diretto dal Prof. Cremerius: il processo analitico e la sua fine", Cremerius a proposito della fine dell'analisi afferma:

La depressione (legata alla fine dell'analisi) è collegata sempre con la perdita dell'idealizzazione verso l'analista perché in questa fase il paziente capisce che il suo analista è un essere umano, di formato normale, sposato, con figli, qualche volta stanco o stupido ecc. Freud ha introdotto un termine tecnico, l'elaborazione del lutto, collegato alla liquidazione del transfert.

Più di una volta ti ho sentito dire che non consideri la fine della terapia come un evento luttuoso da elaborare, ma tutt'altro. Mi sembra una prospettiva molto innovativa e diversa rispetto a ciò che passa ancora oggi negli ambienti della psicoanalisi più tradizionale e tradizionalista. Come vivi, per quanto sia possibile generalizzare, la questione della fine della terapia?

Sergio Erba: Una risposta per quanto possibile esaustiva richiederebbe lo spazio di un libro. Mi limiterò a qualche accenno. Trattare il tema della fine dell'analisi con una teoria della psiche anziché con una teoria della persona fa la stessa differenza che c'è tra il giorno e la notte, tra il chiuso di una prigione e il senso d'apertura di quando ci si trova all'aria aperta.

C'è poi da considerare l'importanza che hanno, in chi teorizza questo tema, sia i fattori soggettivi, caratterologici, sia quelli morali, spirituali.

Tra i primi, il rapporto con l'attaccamento; tra i secondi, la personale risposta ai grandi interrogativi circa il senso della vita e del destino.

Come ho avuto modo di dire in altre occasioni, l'oggetto psicoterapia ha una sua verità che prescinde dai tanti modi con cui si può teorizzarla. Tanto per cominciare, sia i teorizzatori della

psiche che quelli della persona sono persone, così come i pazienti trattati come oggetti anziché soggetti di cura sono persone.

È possibile restringere nel recinto della scienza, dove vigono i criteri delle leggi e delle generalizzazioni, realtà esistenziali come la salute, la malattia, la cura? Io penso di no.

Quando chiesi a Cremerius cosa rispondeva al paziente che, al momento del congedo finale, gli esprimeva il desiderio di continuare il loro rapporto nella vita, egli rispose: “Gli dico di lasciare passare un anno. Se dopo questo tempo il desiderio dovesse persistere... ci rivedremo e ne parleremo”. Questo per evitare il rischio di strascichi impropri. A me sembra che questa risposta dica che l’essere analista non abbia impedito a Cremerius di essere persona.

Personalmente ho vissuto la mia fine analisi come una cosa buona, liberatoria. Devo però ammettere che, almeno sulla carta, il rapporto col mio analista avrebbe potuto continuare sul piano professionale, appartenendo entrambi, sia pure con posizioni diverse, allo stesso gruppo.

Poiché ritengo l’analisi un’esperienza che ripercorre, in senso critico e riparatorio, le vicissitudini del rapporto parentale, trovo che la fine di un’analisi riuscita possa essere all’insegna della gratitudine, della speranza, dell’apertura al futuro. Una cosa buona, insomma, non una cosa luttuosa. Anche perché, di solito, il terapeuta non muore.

Gennaio-Maggio 1978. Il Ruolo Terapeutico n. 18-19

Lorena Monaco: In questo numero (che contiene il n. 18 e 19 insieme) viene pubblicato un articolo dal titolo “Mi sono trovata davanti a un muro! Quello che può succedere quando ci si occupa di qualcuno mandato da qualcun altro”, in cui viene riportato il resoconto di una seduta di supervisione. In particolare un terapeuta espone ai suoi colleghi la sua difficoltà con una ragazza adolescente mandata da un adulto (in questo caso una zia).

Qualche seduta fa un ragazzo giovane con attacchi gravi di an-

sia, che ho in cura da qualche mese, è stato accompagnato dalla mamma. Dopo averlo fatto entrare in stanza e dopo essermi accertata del suo accordo nel fare entrare la madre ho subito aperto la porta alla signora. Le ripercussioni positive di quell’apertura sono state immediate.

Sono un’allieva che si è formata alla tua Scuola e la terapeuticità insita in queste aperture è qualcosa che ho respirato dal mio primo giorno di Scuola.

Nella tua esperienza come è andata? Cosa ha fatto sì che la porta della tua stanza a un certo punto si aprisse con maggiore frequenza?

Sergio Erba: A me è capitato di “aprire la porta della mia stanza” molto precocemente, fin dai primi passi nella professione. Mi sembrava logico e naturale coinvolgere nella terapia i portatori di una sofferenza che, oltre che essere condivisa, provocava un reciproco inasprimento.

Negli anni sessanta era esplosa la terapia sistemica della famiglia, che aveva in Mara Selvini una prestigiosa rappresentante. Frequentavamo entrambi i seminari di Cremerius, e poiché la Selvini abitava lungo il percorso che facevo per recarmi al seminario, le davo un passaggio in auto. Con la sua vitalità prorompente Mara mi sommergeva coi racconti dei suoi successi clinici, e questo sicuramente ha agito per me da rassicurazione.

Le mie “aperture di porta” non avrebbero potuto trovare udienza presso i miei colleghi psicoanalisti, né io appartenevo al gruppo dei sistemici.

Pertanto cominciai a parlarne pubblicamente solo qualche anno fa, quando fui in grado di argomentare teoricamente questo comportamento.

... ciao Sergio

CONVERSAZIONE CON LUCIANO COFANO

Sui concetti di “ruolo” e “gruppi”

A cura di Roberto Calatroni e Carmelo Di Prima

Roberto Calatroni e Carmelo Di Prima, in occasione di un dibattito nato tra i docenti della Scuola di specializzazione del Ruolo Terapeutico e inerente la formazione, hanno intervistato Luciano Cofano, docente presso la nostra Scuola.

Troverete il dibattito all'interno di questo numero (nell'ultima sezione) e qui di seguito abbiamo il piacere di riportare l'intervista.

Premessa di Luciano Cofano

Ruolo

Il termine ruolo deriva dal teatro dove anticamente gli attori, sul palco, leggevano le proprie battute da un foglio di carta arrotolato, denominato *rotulus*, dal latino. Il termine rende bene l'idea della parte che ciascuno recita sulla scena della società, conformandosi alle aspettative e alle regole stabilite. Nelle scienze sociali indica il comportamento dell'individuo nella società in cui vive, in relazione alla posizione che vi occupa. Il concetto di ruolo implica necessariamente quello di interazione sociale, di relazione e, in sociologia, definisce l'insieme dei modelli di comportamento attesi, degli obblighi e delle aspettative che convergono su un individuo che ricopre una determinata posizione sociale. Spesso è associato al concetto di “status” in quanto una determinata posizione sociale comporta sia degli obblighi (ruolo) che dei benefici (status). Ogni status comporta numerosi ruoli (lo status di professore universitario comporta il ruolo di docente, di ricercatore, di collega, di autore di pubblicazioni accademiche, eccetera).

L'assunzione di un ruolo istituito è associato, quindi, allo svolgimento di specifiche funzioni (facente funzione, funzionario) che, ovviamente, richiedono la necessaria competenza (il "potere intrinseco del soggetto" del sociologo Franco Crespi, cioè la capacità di gestire la differenza tra determinatezza e indeterminatezza).

Quando il ruolo implica una inter-relazione presuppone una reciprocità, cioè la presenza di un ruolo complementare (non c'è un padre se non c'è un figlio, e così docente-allievo, terapeuta-paziente eccetera).

Qual è la differenza tra "fare" il terapeuta ed "essere" terapeuta? La naturale aspettativa di chi inizia una formazione in psicoterapia è quella di sapere "cosa e come si fa", e questo fa parte dell'insegnamento, mentre sapere cosa vuol dire "essere" terapeuta può derivare soltanto dall'esperienza vissuta.

Se qualcuno mi rivolgesse la domanda «Tu chi sei?» io risponderei «Sono Luciano Cofano». Alla domanda «E cosa fai?» risponderei «Come lavoro faccio lo psicoterapeuta». Intendo cioè dire che, nello svolgimento del mio ruolo, sono sempre io, Luciano Cofano, non come "personaggio" sulla "scena terapeutica" ma come "persona", con tutto il mio bagaglio culturale di convinzioni e preconcetti, giudizi e pregiudizi, preferenze e idiosincrasie, memorie, emozioni, sentimenti eccetera. In altri termini, il mio "status" di terapeuta non definisce una mia "identità" ma una mia "funzione" in un "ruolo" attribuitomi dal paziente (è il paziente che sceglie il terapeuta presupponendo la sua competenza).

Gruppi

Secondo la mia esperienza, per la loro specifica funzione nel nostro campo si possono distinguere tre differenti tipi di gruppi di lavoro: gruppi terapeutici, gruppi di formazione didattica e gruppi di supervisione.

Nei gruppi terapeutici l'attenzione, ovviamente, è rivolta alla condizione di malessere esistenziale che ha indotto ciascuno dei pazienti a rivolgere una domanda di aiuto.

Nei gruppi di formazione didattica si crea l'occasione di una esperienza teorico-clinica che possa favorire una formazione professionale nella conduzione di un lavoro psicoterapeutico. (Non esiste una "analisi didattica": Tommaso Senise non mi ha mai "insegnato" qualcosa, mi ha guidato e accompagnato in una lunga e indimenticabile esperienza di trans-formazione).

Nei gruppi di supervisione l'oggetto del lavoro è una riflessione critica su questioni relative alle vicende di un caso clinico presentato da uno dei partecipanti. I partecipanti, in questa situazione, sono terapeuti già formati: una formazione che non può mai essere considerata esaustiva perché l'esperienza della relazione terapeutica si rinnova nell'irripetibilità di ogni nuovo incontro.

In tutti questi tre gruppi di lavoro è implicita l'aspettativa di un "vantaggio formativo" sia a livello cognitivo sia, soprattutto, a livello operativo. In questo processo maturativo va riconosciuta l'importante differenza tra "informazione" e "formazione": mentre, infatti, un'adeguata informazione arricchisce il necessario patrimonio cognitivo attraverso lezioni, seminari, lettura di testi eccetera, la formazione della capacità operativa, che implica direttamente lo sviluppo delle risorse relazionali caratterologiche dell'operatore, può maturare soltanto attraverso l'esperienza vissuta.

Domande

Quali sono le condizioni minime perché un gruppo analitico sia efficace?

Io riservo il termine "gruppo analitico" a quello formato da un insieme di persone che accettano consapevolmente il lavoro di un'esperienza psicoanalitica, condivisa con alcune altre persone. Con questa affermazione so di riaprire un capitolo mai discusso approfonditamente su quella che per me resta una differenza tra "psicoanalisi" in senso stretto e "psicoterapia", sia pure analiticamente orientata. Intendo dire che se la psicoanalisi può essere considerata un modello specifico di psicoterapia, non ogni tipo di psicoterapia può essere considerata una terapia psicoanalitica. È evidente che, sotto questo profilo, le condizioni minime per una efficace partecipazione possono variare notevolmente.

Quali sono le funzioni specifiche del terapeuta di gruppo e in cosa si differenziano da quelle del terapeuta individuale?

Per quanto riguarda le mie funzioni come terapeuta individuale e di gruppo, posso dire che non trovo specifiche differenze tranne, ovviamente, quelle che riguardano il differente contesto. In tutti e due i setting, comunque, il proposito è quello di favorire un'esperienza relazionale che, attraverso un'attenzione riflessiva, aiuti il paziente a modificare l'immagine stereotipata che ha di sé grazie al riconoscimento, al recupero e alla rielaborazione dei propri vincoli transferali.

La psicoterapia di gruppo è indicata per tutti i pazienti?

Da quanto detto prima, mi sembra evidente che si possano fare delle distinzioni a seconda del tipo di gruppo. E qui si aprirebbe un discorso sui tanti differenti tipi di gruppo che sono oggi intesi come terapeutici. Comunque, in linea di massima potrei dire che l'esperienza del gruppo si dimostra quasi sempre vantaggiosa.

Quali sono le condizioni necessarie per far sì che si sviluppi il pensiero di gruppo e quali sono le sue caratteristiche?

Secondo me, pregio principale del setting gruppale è la particolare esperienza di condivisione e la sua polisemia, cioè tante differenti "voci" che possono confrontarsi facendo da cassa di risonanza alle comunicazioni di ogni singolo paziente. Compito del terapeuta è sicuramente quello di favorire e valorizzare queste dinamiche. È chiaro che si può entrare nel dettaglio. L'immagine da cui parto è quella del "tiro al piccione"; cerco di spiegarlo con un esempio. Durante un gruppo di supervisione un collega presenta il caso di un paziente e gli altri: "Colpito, giusto, sbagliato" eccetera, cioè tutti stanno attenti alle parole dell'altro per dire se ha ragione o meno, oppure si chiedono cosa possono commentare o suggerire. Cioè, ripeto, si occupano dell'altro. Ciò che io cerco di fare, e non è tanto agevole, è porre i compagni in una condizione riflessiva, anziché in una posizione critica. Non hanno in quel momento la responsabilità di dare la risposta al paziente, sono liberi. E allora: "Occupati di te. Cosa provi? Cosa suscita in

te quello che l'altro sta dicendo?". È come una palestra in cui tu ascolti l'altro ma ti rendi conto che quello che l'altro sta dicendo suscita in te delle cose; la potenza del gruppo è nella possibilità di verbalizzarle, possono essere esplicitate, può comparire questa polisemia, questa plurivocità, e allora il caso presentato diventa occasione di una ricchezza enorme, si favorisce qualche cosa di incredibilmente fertile. È il vedere quante cose possono variare, quanto c'è di soggettivo, come sono io di fronte alle cose di cui gli altri parlano, perché poi sono quell'io che dovrà essere in contatto col paziente nel momento in cui dovrò svolgere il mio ruolo. Lì è importante che io impari a riconoscermi, non a conoscere il paziente, non conoscerò mai il paziente, è importante che impari a riconoscere me nel mio essere in relazione col paziente.

Certo, quando funziona così si vede un movimento generativo in atto ma a me sembra possa capitare, fortunatamente è raro, che ci siano dei personaggi all'interno del gruppo che non sono in grado di ascoltarsi e non mettono mai in discussione se stessi, continuando quel tiro al piccione...

Perché nell'ascolto prevale il giudizio (se la cosa è giusta o sbagliata), non viene valorizzato cos'hai provato ma è invece proprio quello il tuo valore.

Ognuno teme di dire cretinate, pensa che per parlare si debbano dire cose importantissime; poi c'è la competizione, la rivalità ma, in sostanza, c'è la mancata confidenza di denudarsi. Bisogna favorire quella condizione di confidenza, di intimità che non nasce dal fatto di dire tutti la stessa cosa ma dal dire ciascuno la propria, riconoscere che è un valore la singolarità. Non è affatto vero che vada bene quando arriviamo a dire tutti la stessa cosa, non è quello il compito.

In che modo avviene la suddivisione degli spazi e dei ruoli all'interno del gruppo?

Dipende da come viene favorita la cultura del gruppo. Se viene favorita la possibilità di riflessione e d'espressione, si crea un contesto in cui il ruolo che io assumo non può in nessun caso essere

avulso dal contesto nel quale mi trovo. Il contesto è sempre un presupposto che può condizionare il tipo di ruolo. Tu non sei lo stesso dovunque, a seconda delle situazioni sei in un modo o in un altro. La facoltà o la facilità che certi ruoli, o certe emergenze transferali, chiamiamole così, possano essere favorite o evitate dipenderà moltissimo dal tipo di cultura gruppale che si sviluppa.

Il gruppo può essere inteso come oggetto-sé?

Domanda metapsicologica più che psicologica. Se parliamo di gruppi o di gruppaltà parliamo di un'esperienza esistenziale che è implicita nella natura filogeneticamente relazionale e sociale del genere umano. C'è una bellissima definizione del gruppo di Harry Guntrip:

L'individuo e il gruppo si compenetrano reciprocamente in modo tale che qualsiasi tentativo di studiarli separatamente sarebbe del tutto irrealistico. Non esiste prima un individuo definitivamente formato, chiaro e completo in sé, e poi un gruppo formato da un certo numero di questi individui autonomi semplicemente giustapposti; piuttosto il gruppo entra nella formazione e nella struttura dell'individuo, mentre di pari passo gli individui, nell'ambito delle loro relazioni personali, vengono costituendo il gruppo. Gli individui e i gruppi entrano scambievolmente nella propria costituzione con modalità estremamente complesse, come è dimostrato dallo studio psicodinamico dei rapporti oggettuali umani.

Certamente il gruppo è oggetto di investimenti libidici e può essere considerato da diversi punti di vista ma a me sembra più utile concepirlo come "contesto" piuttosto che come "oggetto". Secondo la mia esperienza, la grande maggioranza dei miei pazienti ha vissuto il gruppo di analisi come "appartenenza", con la connotazione affettiva di un ambiente familiare, e parecchi di loro hanno conservato nel tempo reciproci sentimenti fraterni. In effetti, la confidenza e l'intimità che si raggiungono in un gruppo di analisi sono sentimenti di una intensità che, il più delle volte, è maggiore anche di quella vissuta in famiglia.

Per un terapeuta è possibile coniugare l'attenzione al singolo paziente con una visione d'insieme delle dinamiche del gruppo?

Bisognerebbe chiarire cosa vogliamo intendere con l'espressione "dinamiche di gruppo". È un argomento complesso perché riguarda un intreccio di interazioni personali a diversi livelli. Parlando delle dinamiche che si attivano all'interno di un gruppo di analisi, in questi anni sono state adottate diverse prospettive, sinteticamente riconducibili alle denominazioni di: "analisi in gruppo" (Samuel Slavson, Jeffrey Schwartz, Michael Balint) – una sorta di trattamento circolare che prendeva in considerazione i singoli individui costituenti il gruppo, ignorandone le reciproche relazioni interpersonali; una "analisi di gruppo" – che faceva invece riferimento alla dinamica del gruppo nel suo insieme (gli "assunti di base" di Bion), con una tendenziale massificazione dei partecipanti; e una "analisi attraverso il gruppo" (Siegfried Foulkes, Trigant Burrow) che, fondata essenzialmente sulla dimensione relazionale, rappresenta la scelta di campo da me adottata a tutt'oggi.

Che tipo di dinamiche transferali emergono all'interno di un gruppo terapeutico?

Le proiezioni transferali di ogni soggetto sono sempre condizionate dal contesto in cui si attivano e, sicuramente, un gruppo terapeutico connota un contesto particolare ma, in un certo senso, non potrei dire di riconoscere uno specifico transferale del gruppo terapeutico. Peraltro, è un contesto che può e dovrebbe favorire ed evidenziare le caratteristiche relazionali – e quindi transferali – di ogni soggetto.

Quale può essere il vissuto del gruppo all'arrivo di nuovi membri e all'uscita di membri vecchi? In che modo il terapeuta può affrontare questi momenti?

Questo è un evento che caratterizza una chiara differenza tra il setting individuale e quello gruppale (aperto), che consente di evidenziare anche alcuni aspetti delle relazioni transgenerazionali. Un altro fattore di rilievo che, sicuramente, connota

la differenza tra i due setting è la persistenza dello specifico culturale nella storia di ogni gruppo: nel tempo, infatti, ogni gruppo sviluppa un proprio “linguaggio familiare” che persiste nel tempo, mentre va perduto con il termine di un setting duale.

In che modo le più recenti scoperte nel campo delle neuroscienze possono essere applicate alla psicoanalisi dei gruppi?

Le neuroscienze sono molto utili in quanto consentono di stabilire i correlati neurobiologici dei vari concetti metapsicologici.

Per quanto mi riguarda, la conoscenza della neuroplasticità e della struttura relazionale della mente ha rafforzato la mia convinzione che il potenziale trasformativo di ogni forma di psicoterapia non è di tipo cognitivo ma si fonda, essenzialmente, sulla possibilità di vivere un'esperienza relazionale che possa modificare l'organizzazione strutturale e l'immagine preconstituita che ogni soggetto ha di sé: “Sono fatto così!”.

Qui ricordo due episodi. Un signore di una cinquantina d'anni viene da me e con molto candore dice che ha già fatto quattro analisi e afferma: “Ora so tutto di me, ma non è cambiato nulla”. Era vero, ma ciò che conta non è quello che sai ma cosa ne fai.

Come esempio di questo cambiamento mi porto dentro da lustri l'esperienza di una paziente sul lettino. Dopo qualche mese di analisi, in una seduta accadde qualcosa di nuovo: non ricordo più cosa avesse detto lei e cosa io avessi detto a mia volta; ricordo, però, che si girò e mi guardò dicendomi “Lei allora mi ascolta veramente?”, con sorpresa. La cosa sorprendente non era l'aver scoperto che c'era qualcuno che l'ascoltava ma l'esperienza nuova, per lei, era di essere ascoltata veramente, un'esperienza trasformativa. Questa donna era quella che in famiglia non valeva nulla, non era ascoltata, quindi questa esperienza è stata veramente sconvolgente, semplicissima, banale, ma ha modificato qualcosa. Ricordo la diversità quasi immediata del suo modo di comunicare, mi parlava in modo diverso. Si tratta di una trans-formazione, un cambiamento fondato sulla neuroplasticità. Le caratteristiche relazionali di ogni soggetto non sono determinate da codici scolpiti nella roccia, perché sono modifica-

bili. Persistono perché sono confermati dall'esperienza. Tendono ad agire in un certo modo perché connaturati. Quando si scopre che può esserci una risposta alternativa può cominciare il cambiamento. Qui siamo di fronte al problema della struttura relazionale della mente: si tratta di neuroni che si organizzano in un certo modo e formano dei pattern. Finché c'è quel pattern c'è la risposta trovata dall'esperienza che fa da attrattore. È talmente automatizzata che risponde prima che tu possa pensare a qualcos'altro e questo non fa che creare un rinforzo. L'esempio che faccio qualche volta è quello dell'acqua. Se l'acqua della pioggia scorre lungo un pendio lascia una minima traccia del suo passaggio ed è facile che l'acqua della pioggia successiva segua la stessa traccia. È così che nascono i ruscelli, i fiumi, i canyon. Io sono stato in Arizona e ho visto il Gran Canyon del Colorado: è nato così. Il fiume Colorado non può che seguire quel percorso. Ma se apri un nuovo canale l'acqua può cambiare il suo corso. Ecco la necessità che si formi una nuova via percorribile che, se incrementata, diventa più frequentata dell'altra che, invece, diventa obsoleta, dimenticata, indebolita.

Per me qualcosa è cambiato in questi anni e cercherò di chiarirlo.

Freud adotta il lettino dichiarando di non tollerare l'essere esplorato per tutto il giorno dagli sguardi indagatori dei pazienti. Poi, nella ortodossia freudiana il lettino entra a far parte del setting perché favorisce la regressione del paziente a uno stato di dipendenza (la depressione anaclitica di René Spitz, cioè carenza di amore materno), funzionale alla interpretazione del transfert, cardine della teoria pulsionale classica.

Oggi, con il lavoro analitico basato sulla teoria delle relazioni oggettuali, il naturale vissuto di dipendenza che si attiva nella coppia paziente-terapeuta, non più intenzionalmente indotto dall'analista, può essere utilmente riconosciuto come una proiezione transferale del paziente. Fin dall'inizio, infatti, la figura del terapeuta è investita da proiezioni transferali di tipo genitoriale cui, solitamente, corrisponde una speculare identificazione cotransferale del terapeuta. È sempre importante potere qui di-

stinguere il “come se” dalla realtà. C’è, infatti, una differenza tra dipendenza affettiva e dipendenza funzionale: se ad esempio per andare in qualche posto prendo un tram sono in una posizione di reale dipendenza funzionale dal tranviere.

Quale può essere per te il “punto di arrivo” di un progetto terapeutico?

Risponderò a questa domanda con un breve esempio tratto dalla mia esperienza personale. Giunta praticamente verso la fine della sua analisi, una paziente realizza un progetto che aveva da sempre rappresentato per lei una specie di irraggiungibile sogno. Decide, cioè, di realizzare un miraggio che poteva accarezzare solo nella sua fantasia: un *trekking* solitario sull’Himalaya. Il sapere, dalla sua storia, quanto per lei fosse profondamente significativo questo progetto serviva in parte a tacitare la mia comprensibile preoccupazione. Al suo rientro, dopo quasi tre mesi, con una vitalità e una pienezza che peraltro non avevano nulla di “trionfale”, il racconto della sua straordinaria avventura mi confermava che si era trattato di una pietra miliare che testimoniava una svolta della sua vita. Mi dice poi che, verso la fine del suo viaggio, aveva fatto un sogno: in un primo momento aveva avvertito una certa esitazione all’idea di raccontarmelo per il timore che io potessi fraintenderne il contenuto, ma poi si era sentita sicura che io ne avrei certamente colto il senso che aveva per lei. Nel sogno, si trovava nel suo sacco a pelo, al riparo di una roccia, in un momento di riposo dopo una faticosa marcia di ritorno lungo un sentiero di montagna, e si apriva davanti ai suoi occhi l’indescrivibile sconfinato orizzonte della catena dell’Himalaya. Nel guardarsi intorno vede che dietro di lei riposa lo sherpa che aveva reso possibile questa sua indimenticabile esperienza, guidandola per quasi due mesi nel suo viaggio avventuroso ma lasciando sempre a lei la scelta delle sue mete, condividendone tutti i momenti belli e brutti, e portando su di sé anche il carico di parte del suo bagaglio. Mentre lo guarda con commozione e gratitudine si accorge che lo sherpa ha il mio viso.

Secondo una certa immagine stereotipata, lo sherpa viene con-

siderato come una specie di “servo”, ma io credo che questo sogno abbia per me rappresentato uno dei più gratificanti riconoscimenti del mio lavoro.

Questo esempio può anche servirmi per concludere chiedendo ulteriormente il mio punto di vista circa il problema del presunto “potere” dell’analista. Lo sherpa (nella realtà erano due) è certamente colui che ha reso possibile la realizzazione del progetto della mia paziente grazie alla sua esperienza della vita di montagna che gli consente di conoscerne le risorse e prevederne i pericoli, di trovare o sapere costruire un rifugio per la notte, di affrontare e superare nel modo più opportuno le difficoltà che si incontrano nel cammino, e alla sua capacità di accompagnarla nel viaggio, sopportandone anche parte del carico, ma lasciandole la libertà di stabilire le proprie mete e rispettandone i tempi.

Un ruolo profondamente diverso da quello di conduttore di un “viaggio organizzato” secondo mete, modi e tempi prestabiliti dalla sapienza di qualche “agenzia specializzata”.

Come dicevo, in questi ultimi anni qualcosa di sostanziale è cambiato nel mio modo di concepire il ruolo di terapeuta. Grazie alle suggestive immagini dei recenti giochi olimpici, potrei dire che considero il mio ruolo simile a quello che, quando eravamo italiani, si chiamava “allenatore” e oggi che siamo europei si chiama *coach* o *personal trainer*: l’obiettivo per il paziente, però, non è di risultare vincitore nella sua competizione con altri ma di sviluppare e perfezionare le sue potenziali risorse in una sorta di sfida con se stesso. Un lungo e impegnativo lavoro di auto-riorganizzazione strutturale della propria identità.

Se in un primo tempo è naturale e anche utile che il paziente possa vivere un’esperienza di dipendenza transferale, alla fine il risultato sarà tanto migliore quanto più il paziente si sarà riappropriato della sua indipendenza di soggetto come co-autore del progetto terapeutico. Un fondamentale cambiamento di prospettiva, in cui il paziente può progressivamente passare dal ruolo di paziente, cioè da oggetto di cura – più o meno passivo – a quello di principale artefice del proprio prendersi cura di sé.

Quali letture suggeriresti a un terapeuta che volesse imparare a lavorare con i gruppi?

Oggi c'è una vasta letteratura sui gruppi ma non saprei cosa suggerire perché la mia esperienza si fonda soprattutto sugli oltre cinquant'anni di lavoro con i gruppi.

Ulteriori riflessioni

RC: Partirei dall'esperienza diretta, da esempi concreti. Il primo riguarda la formazione del gruppo. Sto conducendo un gruppo che è stato formato da un altro terapeuta che si è occupato della selezione dei membri. In certe situazioni rilevo sensibili differenze tra i partecipanti del gruppo rispetto a preparazione culturale, capacità di lettura delle dinamiche, capacità di ascolto. Ad esempio c'è una ragazza di 24 anni neolaureata in biologia e un giovane operaio diciottenne. Parlano un linguaggio molto diverso. A volte mi sembra di cogliere una difficoltà di sintonizzarsi, come se attraversassero fasi di vita molto diverse. C'è una certa difficoltà da parte mia a mettere insieme alcuni contenuti che emergono e che sento distanti tra loro.

LC: Ti rispondo con un ricordo. Anni fa tra i partecipanti di un gruppo di analisi c'erano un docente universitario in carica e un operaio della Fiat. Se non ci fossero stati avrei dovuto inventarli: l'operaio della Fiat, che poteva parlare soltanto in termini di emozioni, di quello che sentiva – termini semplici in confronto alla magniloquenza del docente – era di una tale semplicità e immediatezza che lo capivano tutti, mentre quello che diceva il docente... molti si chiedevano cosa volesse dire. Dove voglio arrivare: l'esperienza di lavoro, di formazione (perché l'analisi è un'esperienza di formazione) non è di tipo cognitivo ma di tipo emozionale. Ti posso garantire che le emozioni di Salvatore (l'operaio della Fiat) erano assolutamente comparabili con quelle del docente. Era lo stesso linguaggio, apparentemente lontano ma assolutamente comparabile. Nel momento in cui diventa chiaro che la moneta pagante non è la scienza ma il vissuto e quin-

di la memoria, le emozioni, i sentimenti, questi possono essere espressi con parole auliche o semplicissime, ma sono patrimonio di tutti. Sta all'esperienza del conduttore riportare questa apparente distanza a qualcosa che può essere confrontato sul piano che conta.

RC: Con questa risposta mi viene in mente che effettivamente alcuni tra i momenti più ricchi sono stati quelli in cui si è riusciti a parlare un linguaggio comune. Ricordo ad esempio una seduta in cui era emerso un sentimento di vuoto da parte del ragazzo più giovane e questa cosa ha permesso all'altra ragazza di agganciarsi emotivamente ed entrare in risonanza.

LC: Di togliersi l'armatura...

RC: Esatto. Lo ricordo come un momento importante.

LC: Non è che sia proprio dietro l'angolo... ci si arriva faticosamente. Poi, se c'è una frequenza continua delle sedute, si forma un linguaggio, si forma il linguaggio familiare, il dialetto di gruppo.

RC: Anche sulla questione della continuità... soprattutto i ragazzi più giovani sono piuttosto discontinui nella partecipazione. A volte non vengono e giustificano le assenze con impegni di lavoro, studio o altro. Forse il fatto che sia un gruppo gratuito può avere un peso.

LC: Non è quello, non è in termini di soldi perché in realtà pagano col fatto di impegnare il loro tempo. Il sacrificio non è monetario ma di tempo, di modo, di risorse. Questo è un punto molto delicato. Prima tu accennavi alla selezione, se si può chiamare così. Dipende da quello che il paziente investe nel gruppo. Ci sono chiaramente due aspetti: uno più razionale che lo porta a dire "devo fare questa cosa" e l'altro, meno razionale, che lo porta poi a "giocare a modo suo". Questo "giocare" è parte del lavoro. Il fatto che vengano e scompaiano dipende da come in-

tendono la loro partecipazione, che senso le danno, che valore ha per loro l'esserci, è qualcosa che non può essere prescritto ma deve essere valutato. Io da sempre ho rinunciato a fare previsioni, prognosi. È meglio scordarsi di poter fare previsioni su questo piano proprio perché c'è una enorme massa di fattori di cambiamento. La gratuità può essere presa come una sinecura mentre potrebbe essere, per il paziente, l'occasione per valutare che cosa può fare per sé, ammesso che condivida il fatto che partecipare a questa esperienza sia qualche cosa che gli serva. In questo caso, quanto è disposto a investire nel prendersi cura di sé?

RC: È una cosa che si può interrogare nel contesto del gruppo?

LC: Sì, stando molto attenti a non considerare ciò che accade come un difetto o come un errore o una mancanza, ma come una condizione che si presta all'osservazione e che ci suggerisce come siamo fatti, né giusti né sbagliati. Se è così, la rileviamo. Il fatto che ci sia non dice né bianco né nero, dice solo che c'è e che abbiamo a che fare con essa.

Non cerchiamo la perfezione, l'obbedienza, cerchiamo di capire come siamo fatti.

RC: Questo aspetto, che spieghi in modo così chiaro, non è semplice da realizzare nella pratica.

LC: Se ce l'hai dentro riesci a coglierlo, ti aiuta anche nel modo di porti, ti "predispongono a...". L'importante è che tu ne abbia consapevolezza.

RC: Sì, a volte si sente dire dagli altri membri del gruppo: "Ma quello lì... non viene mai, non gli importa!".

LC: Qui si tratta della ricerca di un senso. È una manifestazione, è un'espressione, non è una mancanza.

È importante fare i conti con i propri pregiudizi. L'idea che quando entro nella stanza d'analisi divento l'analista non va

bene: altrimenti creo una scenografia teatrale, divento personaggio col suo copione, un rotulus, un copione. Allora "devo" essere l'autoritario, e così mi allontanano sempre di più dall'essere io lì in mezzo a loro, partecipo, ma poi pretendo che ci siano loro...

CDP: Poco fa hai detto che Senise non ti ha insegnato nulla di teorico ma ti ha permesso di svolgere un percorso trans-formativo. Tu credi sia sempre possibile poter formare bene uno psicoterapeuta?

LC: Che cosa vuol dire formare? Un terapeuta si forma per dare senso alla sua relazione col paziente. Allora il gioco, il punto di arrivo è che cosa passa tra questi due. Perché io dicevo che il gruppo di formazione didattica è fondamentale? Perché è la palestra dove il terapeuta in formazione può essere lì e sentire quello che succede agli altri e capire cosa succede a lui, e che cosa gli verrebbe da dire, accorgendosi che si potrebbe dire anche un'altra cosa.

CDP: Ecco, la tua abilità consiste nel dare un bell'esempio di quanto hai appena detto perché tu per primo ti metti in ascolto, e i discenti grazie al tuo esempio capiscono. Altri formatori potrebbero essere più tranchant e dire "No, così non si fa", invece che interrogare.

LC: La risposta "così non si fa" non è che sia campata in aria, è la sentenza di un processo. Ma, dalla sentenza, puoi risalire al processo e allora ti accorgi che non è che "non si fa così"... forse c'è qualcosa che ha interferito o favorito una deviazione. E questo diventa oro, diventa il momento di conoscenza delle perturbazioni. Ciò che io cerco di dire con le parole è che si parla tanto di setting ma si intende sempre il setting funzionale "esterno" e non il setting "interno"; il setting che io considero è come sono settato io: qual è il mio set, il mio punto di base? Se premo il pulsante reset, qual è il mio punto base di partenza? Su cosa si fonda il mio agire? È lì che io posso dare un senso a quello che faccio, se è coerente con il mio presupposto o se il mio comportamento in quel momento è difforme rispetto a quello che il mio presup-

posto vorrebbe. Può succedere, non è né giusto né sbagliato, è da prendere in considerazione perché se è successo vuol dire che c'erano delle condizioni che lo hanno fatto accadere. Quello che mi importa non è cosa sarebbe stato se non fosse successo ma cosa è stato a far sì che succedesse. Pertanto bisogna allontanarsi il più possibile dalla mentalità giusto/sbagliato, vero/falso, ogni cosa ha un senso. Quante volte nella supervisione succede che uno parli di un paziente e descriva una situazione disastrosa, con un'implicita coloritura di tipo negativo, di tipo colpevolizzante, responsabilizzante eccetera. Per buona parte dei colleghi con cui tratto questo lavoro è come se i pazienti fossero nati il giorno in cui si sono conosciuti. Nel raccontare la storia di un caso, fanno qualche accenno alla storia remota del paziente che, il più delle volte, riguarda eventi che hanno avuto un grosso peso per il suo sviluppo e per la sua formazione ma che poi spesso vengono ignorati. Il mio presupposto è un altro, e la via d'accesso che facilita la comprensione è, per esempio, pensare: "Se questa creatura ha vissuto queste esperienze terrificanti in casa, che dovrebbe essere il luogo della sicurezza, il nido in cui si fonda il senso del sé, della confidenza, ma in effetti è stato un luogo pieno di angosce e paure, come ha strutturato il suo modo di concepire se stesso e il mondo?". Il modo in cui oggi osservo quella persona non è altro che la risultante di come si è strutturata. Se non prendo in considerazione questo, che me ne faccio di quello che io vedo adesso? Mentre, se lo prendo in considerazione dico: "Non può che essere così". Quel ragazzo non può che trascurare il venire. È dura ma è così. Altrimenti vedo le ombre cinesi. Sono pochissime le persone abituate a tenere presente che noi siamo la narrazione della nostra storia. Il nostro comportamento non è altro che il narrare la nostra storia, come ci siamo andati facendo.

A questo proposito mi viene in mente una paziente che un giorno arriva da me stralunata, sconvolta. Aveva fatto un trasloco e aveva trovato il suo diario di quando era adolescente. Nel nostro lavoro d'analisi c'è stato un episodio della sua adolescenza che è stato il nostro episodio chiave cui facevamo riferimento come ad un punto importante. La cosa straordinaria è che in

questo diario ritrovato la storia era molto diversa da come l'aveva raccontata. Una storia che, negli anni, si era trasformata nella memoria, per cui era crollata tutta l'impalcatura costruita sulla base di quel ricordo fondante. Era interessante allora cercare di recuperare quale poteva essere stata l'ipotesi di questa trasformazione della memoria.

RC: Nel contesto individuale, in cui ci sono forti aspetti regressivi (penso alla terapia sul lettino), l'emergere di certi ricordi può forse essere facilitato. Nel gruppo, laddove ci sono altri partecipanti piuttosto attivi, per lo meno nella mia esperienza, nel riempire gli spazi, a volte ho la sensazione che non si dia il tempo e il modo, a chi sta raccontando, di poter accedere ad una dimensione più profonda.

LC: È vero, ma non dimenticare la potenza evocatrice che hanno le cose narrate dagli altri. In individuale sei tu che racconti: tu la dici e tu la senti. In gruppo c'è una molteplicità di stimoli, di input, di afferenze, cioè una ricchezza che in individuale va coltivata. In gruppo è più naturale. Può essere parte della cultura del gruppo quella di soffermarsi su aspetti più narrativi e superficiali. Questa cosa può essere problematizzata. Un modo di risolvere la questione può essere quello di non porla sotto il profilo del giusto o sbagliato ma con la domanda: "Come mai questo soffermarsi? La mia impressione è che si rimanga su una serie di rimandi che non portano da nessuna parte. È interessante". Senza fare ipotesi.

RC: Spesso mi viene spontaneo fare ipotesi o interpretazioni e mi chiedo se sia opportuno o meno esplicitarle in quel momento o lasciare che il gruppo lavori più da sé.

LC: Se il gruppo sta lavorando, lascialo un po' lavorare finché non hai l'impressione che ci sia qualche punto su cui potersi fermare per non andare a vele spiegate. Poter dire: "Mi incuriosisce questo punto". Richiamare l'attenzione su qualche cosa che è stata detta. Non c'è una risposta alla domanda: "Se ho qualcosa da

dire lo dico o no?”. Se te ne fai un problema di metodo pasticci. Se senti che quella cosa ti incuriosisce fai benissimo a dirla, tanto, se ha radici, fiorisce, se no cade, non succede niente. La cosa più importante è che il gruppo si renda conto che tu li stai ascoltando, stai ascoltando quello che dicono, cerchi di dare valore, o meglio che le cose che dicono per te abbiano un valore. Questo è importantissimo. Loro si sentono autorizzati.

RC: A volte si hanno in mente teorie, metodi, come se si dovesse tendere ad un modello. Invece nella semplicità di queste tue parole mi arriva qualcosa di completamente diverso, di più ricco.

LC: Dipenderà dal fatto che io non ho regole, forse il mio motore è la curiosità, io sono un animale curioso, voglio capire, penso che le cose abbiano un senso. Carmelo, mi sfugge qualcosa della tua domanda precedente, come se si fosse fermato a metà il discorso.

CDP: In realtà mi hai risposto... Credo che si possa diventare bravi terapeuti solo nella misura in cui si riesce a mettersi in discussione, in ascolto, ad incuriosirsi dell'altro. Se certi meccanismi, certe strutture di personalità, certe difficoltà del terapeuta in formazione inibiscono questo processo, indipendentemente dal maestro, non si avvierà nessun percorso trans-formativo.

LC: Devi uscire dal compito. Se esci dal compito, se non pensi che stai facendo un compito e quindi sei in una parte, se sei incuriosito e stai ascoltando vai avanti, non ti preoccupare, il tuo ascolto ti porta sicuramente in un punto in cui c'è un passaggio.

CDP: Ti porta in un campo generativo che può essere coltivabile. Ti ho fatto questa domanda perché mi sto molto interrogando sulla qualità della nostra formazione. Nella nostra Scuola di formazione, per esempio, ricevendo le valutazioni che gli allievi esprimono nei confronti di tutti i docenti, vedo che bravissimi colleghi hanno sempre delle valutazioni molto basse e altri colleghi mantengono nel tempo una valuta-

zione alta. Allora mi viene spontaneo chiedermi perché questi colleghi bravi hanno valutazioni basse e quegli altri, altrettanto bravi, hanno valutazioni alte e costanti nel tempo?

LC: Io avrei una risposta... che rapporto hanno col gruppo? Tu terapeuta istituisce, col tuo modo di essere, un particolare tipo di rapporto. Mi è venuta in mente una vecchia storia, me l'avrai sentita raccontare molte volte. Tanti anni fa, stiamo parlando del 1960, ad un certo punto, proprio perché c'era tutto un fiorire di nuove vie dell'analisi, vari centri in America e in Europa avevano fatto una ricerca che sembrava combinata, non lo era, ma era un'idea venuta a tutti: prendere in esame una serie di pazienti derivanti da percorsi terapeutici di differenti impostazioni e valutare l'esito della loro terapia sulla base di tre giudizi (nullo, mediocre, buono). La cosa straordinaria è che questi vari centri, nello stesso arco temporale, hanno avuto identici risultati statistici, che corrispondevano secondo me a quello che succede normalmente nelle relazioni umane, che possono essere inesistenti, mediocri o buone. Ancora un elemento fondante è l'esperienza che tu fai. Se è un'esperienza buona, di un buon rapporto, ti fa crescere. Se è un'esperienza di cattivo rapporto ha esiti negativi indipendentemente dal fatto che, ad esempio, usi il lettino o altro. Dipende da quello che sei nel rapporto, che cosa passa non verbalmente. E quindi credo che dipenda dalla tipologia della relazione, non credo dipenda dalla competenza, dipende più dal carattere. Un determinato tipo di carattere può favorire o meno un certo tipo di relazione.

DAL DIARIO DI UNA VECCHIA PSICOANALISTA

Un'occasione mancata

Laura Schwarz

Laura Schwarz ha esercitato per decenni l'attività di psicoanalista e psicoterapeuta per bambini, adolescenti ed adulti sia nel pubblico che nel privato ed ha svolto attività didattica presso la Scuola di specializzazione in psicoterapia di Area G.

“Ha visto che bel colpo?”

Così quel giorno aveva aperto la seduta Marco, ed il bel colpo era la strage di Capaci, avvenuta il giorno precedente.

Nel corso degli anni avevo citato più volte ad amici e colleghi questa incredibile battuta, che per me era divenuta il prototipo delle situazioni paradossali, ingestibili, in cui può venire a trovarsi uno psicoterapeuta; ed ogni volta, citandola, avevo fatto colpo su di loro, che in genere reagivano con sdegnate esclamazioni.

Solo recentemente, quando l'ho riferita ad una persona semplice, non addetta al nostro nobile lavoro, mi sono sentita replicare: “E tu che cosa hai risposto?”

Al momento avevo alzato le spalle, come a dire “cosa può mai rispondere uno psicoterapeuta ad una battuta del genere?”; ma in seguito ho cominciato a riflettere su quell'antico episodio, constatando innanzitutto che sempre, nel corso degli anni, mi ero ripetuta ed avevo ripetuto ad altri quella frase scandalosa, isolandola totalmente dal contesto in cui mi era stata rivolta.

Ho allora incominciato a ricostruire mentalmente tale contesto: era la psicoterapia di un adolescente, un figlio adottivo, che non andava bene a scuola e non soddisfaceva i genitori. Marco aveva accettato senza entusiasmo ma senza neppure opporvisi, la loro proposta di incontrarsi con me per alcuni colloqui, che, forse prematuramente, avevano assunto la scadenza regolare di un vero e proprio trattamento; Marco non veniva malvolentieri

alle sedute, ma sembrava non capire a cosa dovessero servire; ed io, a mia volta, pressata dalle aspettative dei genitori e scoraggiata dalla prevalente indifferenza di Marco, vagolavo ancora alla ricerca di un qualche punto su cui far leva. Man mano che procedo in questa ricostruzione storica riemergeva in me più chiaramente il ricordo di un Marco dall'atteggiamento generalmente conformista e perbenista, con però alcuni momentanei sprazzi di maggiore vivacità ed autenticità; in tali momenti anche la sua mimica si animava, assumendo un'espressione allusiva e leggermente provocatoria. Ecco, ora ricordavo che proprio quell'espressione aleggiava sul suo volto mentre, a mo' di proiettile, mi investiva con la sua battuta scandalosa.

"Accidenti, che colpo!" ho commentato fra me, come se il colpo lo stessi ricevendo nel presente; per tanti anni invece avevo dato importanza soltanto alla frase di Marco, e non all'effetto che essa aveva avuto su di me.

Ora riemergeva anche il ricordo di ciò che era avvenuto in seguito: quella seduta si era svolta "come se non fosse successo niente": nessun accenno, nessun commento, né da parte mia né da quella di Marco, alla battuta sul bel colpo; e così era avvenuto anche nelle sedute successive. La terapia si era poi conclusa, o, per meglio dire, si era come spenta poco tempo dopo, senza che mai alcuna menzione alla battuta sul bel colpo comparisse più nei nostri discorsi; essa era quindi rimasta fin dal primo momento impressa nella mia memoria, ma scissa e totalmente isolata dal contesto relazionale in cui era stata pronunciata e recepita.

Percepito come se fosse avvenuto nel presente il colpo inferto da Marco con la sua battuta, sono stata costretta a riconoscere che al momento dei fatti la mia funzione di analista era stata del tutto latitante; ma, cosa ben più grave, ho anche riconosciuto di non avere esercitato tale funzione neppure nelle sedute successive, dato che fino alla fine della terapia la battuta era stata semplicemente dimenticata; e infine mi sono dovuta rendere conto di una cosa ancora più sorprendente e riprovevole: cioè che, in seguito e fino ad oggi, dalla mia memoria erano scomparsi sia il ricordo di Marco che quello del breve percorso che avevamo

compiuto insieme, mentre la famosa battuta vi continuava a troncheggiare in splendido isolamento. E con questo così tardivo riconoscimento ho inferto un nuovo brutto colpo al mio narcisismo professionale.

Appena presa coscienza di questa sequenza di *defaillances*, ho provato a spiegarmele col senno di poi: in un primo momento avevo istintivamente tacitato il mio scandalizzato stupore proprio perché Marco era un paziente, che non volevo né dovevo investire con la violenta reazione di rifiuto che avrei potuto manifestare ad un interlocutore qualunque; e neppure poi, nel corso della seduta, ero riuscita ad elaborare la mia reazione, trasformandola in una risposta analiticamente appropriata; ma neanche in seguito vi ero riuscita, poiché la mia mancata reazione aveva come afflosciato Marco, rendendo più difficile il nostro contatto, che infine si era anch'esso definitivamente afflosciato, complice l'interruzione per le vacanze estive.

La spiegazione di questa infelice sequenza non cancellava comunque il fatto che non ero stata all'altezza del mio compito; e quindi Marco non aveva trovato in me l'interlocutore che inconsapevolmente cercava, cioè un adulto che, non pretendendo da lui un passivo e conformistico allineamento, riuscisse ad entrare in contatto con il suo vivace ma arruffato mondo interiore.

"Ed ora ne sarei all'altezza?", mi sono chiesta dopo essermi rammaricata e fustigata a sufficienza. Come per mettermi alla prova, mi sono nuovamente tuffata nel passato, rivivendo la vicenda come se avvenisse al presente, ma in versione rinnovata: ora fra me e Marco si intrecciavano animati dialoghi, con frequenti allusioni ed associazioni al tema del "bel colpo", senza alcuna interferenza di miei atteggiamenti sprezzanti, e men che meno collusivi. E nel prosieguo della terapia la matassa dell'arruffato mondo interno di Marco a poco a poco si sbrogliava, e riassetandosi trovava accesso ad una più ricca ed articolata comunicazione col mondo esterno, ed a modalità di rapporto più evolute dell'inconsapevole provocazione.

Poi mi sono ritrovata nel presente, sola e col rimpianto per ciò che a suo tempo non era accaduto.

Qualcosa di nuovo è però accaduto nel frattempo in me: essendomi ricomposta un'antica scissione, ora alberga in me non più il ricordo isolato di una clamorosa ed incredibile battuta, bensì il rimpianto per un'occasione mancata; ed, assieme al rimpianto, la speranza che questa tardiva reintegrazione avvenuta dentro di me possa ancora essere utile a qualcuno.

Di Marco, oggi circa quarantenne, invece purtroppo non ho più saputo nulla.

lauraschwarz@outlook.it

TERAPEUTI IN FORMAZIONE

Gli allievi della Scuola di specializzazione del Ruolo Terapeutico sono tenuti a presentare, al termine di ogni anno accademico, un elaborato riferito alla propria esperienza formativa. All'interno di questo spazio ne ospiteremo alcuni.

Alla ricerca dell'acqua calda

Stefano Ciervo

Ero ancora studente quando, appena iscritto al corso di laurea magistrale, cominciai a lavorare come educatore per il Servizio di assistenza domiciliare per minori di una cooperativa sociale. Era il mio primo incarico ed ero totalmente sprovvisto di un metodo di lavoro, di un modello teorico, di supervisione e soprattutto di una posizione da adottare rispetto a Stefano, il bambino di dieci anni con il quale avrei lavorato per i successivi due.

Iniziai così, catapultato in quella casa così maleodorante e così piena di bisogni non visti e di dolori non riconosciuti. Non avevo ricevuto né obiettivi né linee guida ma solo l'indicazione di stare con Stefano, così bisognoso a quel tempo di una figura maschile al suo fianco. L'unica bussola alla quale far riferimento per costruire una relazione d'aiuto era il mio buon senso e la mia sincera disponibilità d'animo nei suoi confronti.

Ci vollero solo poche settimane per trasformare un iniziale momento di gioco in qualcosa di più denso affettivamente, in cui temi come protezione, riconoscimento e fiducia divennero veri e propri oggetti di scambio e lavoro tra di noi.

Mi trovai così, inizialmente inconsapevole e poi piuttosto spaventato, a occupare un posto e un ruolo per Stefano. Un legame, il nostro, che nel tempo cominciava a dare la possibilità ad entrambi di vivere una reciprocità relazionale nutriente. Cominciai

a sentire un crescente investimento nei miei confronti accompagnato dalla rabbia per l'inadeguatezza genitoriale che ormai era l'evidente motivo della mia presenza.

Ricordo la mia grande fatica nel percepire in toto la bontà della nostra relazione e del nostro lavoro, così irrimediabilmente fuso all'angoscia del sentirmi il "sostituto" di un genitore inadeguato, un retrogusto amaro di adozione più che di presa in carico.

Vedevo Stefano cinque giorni a settimana.

Nel camminare da scuola verso casa mi raccontava la giornata e mi confidava difficoltà e successi e, arrivati a casa, ci occupavamo dei compiti e ci concedevamo uno spazio di gioco. Un semplice intervento educativo domiciliare che, nell'arco di un anno, divenne per me tanto coinvolgente quanto opprimente. Mi resi conto che, con il tempo, Stefano aveva drasticamente ridotto le aspettative di cura da parte dei propri genitori che, totalmente dediti al lavoro e al figlio più piccolo, avevano quasi interamente delegato a me la sua cura.

Dopo quasi due anni di lavoro, ricevo una telefonata dalla mia responsabile che mi avvisa che il mio incarico terminerà nell'arco di un mese.

Nessuna motivazione clinica, solo motivi legati alla scadenza dell'appalto della cooperativa. Fu estremamente difficile chiudere con Stefano senza la possibilità di un morbido atterraggio, senza che il motivo della conclusione fosse legato al nostro percorso. Non c'era spazio per gestire in autonomia la chiusura, da un giorno all'altro mi sarebbe stato impossibile rivederlo.

Ripensando a questo mio primo incarico sono principalmente due le suggestioni che sorgono: il ricordo di una relazione naturale, spontanea, nuova e nutriente e al contempo il sapore amaro di un lavoro interrotto, il disagio legato alla mia incapacità, o perlomeno alla mancata consapevolezza del bisogno di ottenere una circolarità con i genitori.

Ero solo con Stefano, totalmente guidato dal cuore ma, pur sentendone il bisogno, non riuscivo a lavorare con un pensiero che mi guidasse.

Soffrivo nel vivere la sua deprivazione affettiva, ma la mia proposta di cura nasceva da una posizione immersa nella sua vita, senza confini, senza ruolo definito, senza un setting.

Nel tempo trascorso finii gli studi e iniziai il tirocinio. Pur avendo vissuto un'esperienza così intensa cominciai a considerarla un primo "lavoretto". Alla fine mi apprestavo a fare lo psicologo, non l'educatore. Pensavo al mio futuro in studio, comodamente seduto dietro ad un tavolo a parlare di emozioni, non certo per strada a "fare".

In attesa di imparare le regole del mestiere, quello vero, avrei dovuto comunque lavorare.

Cominciai così a prendere in carico altri casi di assistenza domiciliare spostandomi nell'ambito delle tossicodipendenze e della riabilitazione psichiatrica. La consideravo la mia gavetta in attesa di fare davvero il mio lavoro.

Attraversai un periodo di circa due anni, durante il quale cominciai anche la Scuola di specializzazione.

Passavo le mie giornate con ragazzi estremamente sofferenti che mi costrinsero ben presto ad attingere alla mia esperienza con Stefano per non riprodurre gli stessi errori. Ero alla ricerca del mio setting interno.

Ci fu un momento di svolta quando compresi che stavo di fatto ricoprendo un ruolo di terapeuta anche lavorando nella stanza di un ragazzo ritirato o su una panchina con un paziente psicotico. La mia percezione mutò, non era più solo la gavetta dell'educatore che attende di diventare psicologo, cominciai a riconoscere nel mio lavoro la sua specificità e il bisogno di lavorare e formarmi per essere sempre più pulito nell'occupare quella posizione.

Fu così che i principi del Ruolo Terapeutico mi vennero in sostegno. Al fianco della disponibilità e della creatività nel prestare la mia persona al servizio delle storie che incontravo, si affiancò la ricerca di una posizione definita nei principi guida, come scrive Erba, una posizione "definibile, generalizzabile, stabile e prevedibile".

Questa ricerca era però accompagnata da una profonda confusione teorica ed intellettuale, in cui mi sembrava di aver acqui-

sito chiari i principi teorici ma che poi nella pratica risultavano così artificiali e il mio intervento così sporco e distante.

Il mio lavoro veniva attraversato di continuo da domande come: è possibile essere terapeuta e al contempo essere fisicamente al fianco del paziente e con lui affrontare dolori e difficoltà? È possibile mantenere la giusta posizione pur muovendosi verso una persona bisognosa?

Io provo desiderio, preoccupazione e affetto per questi ragazzi, cosa sto realmente facendo?

Ci volle tempo prima che assimilassi la scoperta dell'acqua calda. Ci volle tempo prima che riuscissi a vivere relazioni di piena reciprocità umana e al contempo di asimmetria di ruolo.

Imparai pian piano a stare, assistere e intervenire davanti agli agiti dei pazienti, spesso drammatici, muovendomi senza intaccare il principio di parità e reciprocità, di libertà e responsabilità di sé. Imparavo così ad alleggerirmi dell'angoscia davanti a un braccio tagliato o a un'overdose. Imparavo così a stare davanti a una porta chiusa da anni rispettando questa scelta ma offrendo la mia disponibilità e il mio sostegno perché si aprisse.

Ciò che oggi è per me una conquista è aver accettato che si tratta di "tendere verso" una direzione. Il lavoro pulito negli interventi domiciliari è pressoché impossibile. Non posso considerare i miei vissuti come controtransferali, io sono lì con il paziente in quel momento, si tratta realmente di me e di lui.

Se, come accaduto con Stefano, oggi principalmente il mio lavoro consiste nell'accogliere una domanda che spesso si traduce in un bisogno da soddisfare insieme, oggi riesco a considerare questo processo all'interno di un'ottica evolutiva e terapeutica.

Il cambiamento ed il valore del mio lavoro non è legato a quanto io riesca a soddisfare il bisogno esplicitato nella domanda iniziale, a colmare quel vuoto che la persona che incontro porta con sé. Si tratta di guardare a quel vuoto insieme, senza sprofondare in due.

Così, pur faticando, oggi riesco ad ascoltare Vincenzo che mi parla incessantemente di come intende togliersi la vita, accettando che possa succedere, accogliendo l'idea che non ci sia nulla che io possa fare davvero se questa è la sua decisione.

Cerco di accogliere questa sua condizione, questo dolore che erode senso alla vita, sforzandomi di contenere la mia angoscia che spinge per convincerlo che un'esistenza felice è possibile. Sto con lui, osservo il baratro al suo fianco, e insieme lo conosciamo. Ed è nell'osservare e nell'accettare questo abisso che stiamo riconoscendone la forma e la profondità, riscoprendo insieme un barlume di speranza e di possibilità di determinare un cambiamento.

Ringrazio di cuore il dottor Erba per i suoi insegnamenti e per la sua immensa eredità distribuita con commovente generosità. Lo ringrazio in modo particolare per aver avviato l'équipe di terapia domiciliare del Ruolo Terapeutico con la quale proseguono il mio lavoro, la mia formazione e la mia ricerca.

NOTE DI CLINICA

UN POMERIGGIO CON SIMONA MONTALI

Intervista raccolta da Flavia Achermann, Viviana Ingrà, Luca Licatalosi, Miriam Morici¹

Simona Montali è medico pediatra neonatologo, psicoterapeuta infantile. Attualmente lavora a Parma, come psicoterapeuta libero professionista. È docente nel Master in Psicoterapia Infantile del Ruolo Terapeutico di Parma e docente della Scuola di Psicoterapia del Ruolo Terapeutico di Milano.

– Come si è avvicinata al mondo della psicoterapia?

Nasco come pediatra neonatologo, lavoro per 22 anni in terapia intensiva neonatale in ospedale. Ai tempi, la mia formazione medica organicistica (e indubbiamente il mio modo di essere di allora), mi faceva essere molto scettica su tutto quanto riguardava il mondo “psi”. Quasi mi stupisco nel ritrovarmi a essere psicoterapeuta, ma l’esperienza professionale e di vita, le persone che ho incontrato, mi hanno aiutato a superare i preconcetti e, credo, la paura dell’affacciarsi al mondo dello “psichico”, soprattutto al mio mondo interno. Così, mentre lavoravo in ospedale in neonatologia, ho iniziato dapprima un percorso personale di psicoterapia ed in seguito mi sono iscritta alla Scuola di psicoterapia dell’infanzia e dell’adolescenza “Istituto F. Bonaccorsi” a Milano. Era una Scuola a indirizzo psicodinamico, freudiana-mahleriana, della durata di cinque anni, di cui quattro dedicati all’età evolutiva (infanzia e adolescenza) e uno agli adulti. Una delle due tesi di diploma che ho elaborato alla fine dei cinque anni, riguardava una bambina, la mia prima paziente, che ho seguito ambulatorialmente in ospedale, nel corso degli ultimi 4 anni di Scuola; era una bimba con diagnosi di autismo. Quel percorso con lei e con la sua famiglia, supportato dalle supervisioni che

¹ Tirocinanti post-lauream in Psicologia presso Il Ruolo Terapeutico di Milano

facevo a Scuola, mi ha molto affascinato. Ho avuto la fortuna di avere un'insegnante e supervisore bravissima, la dottoressa Annovazzi, con una lunga esperienza e un particolare interesse per questo tipo di "patologia". E l'interesse e il fascino per questo tipo di disturbo è rimasto.

– *Cosa in particolare ha suscitato in lei questo interesse per l'autismo?*

Mi appassiona, nel vero senso della parola. Sono convinta che l'autismo sia un disturbo a eziologia multipla, in cui il fattore determinante, nel bene e nel male, per così dire, stia in un disturbo nella relazione madre-ambiente/bambino. Lungi da me parlare di colpe. Non credo assolutamente che le madri siano le responsabili del disturbo autistico, *tout court*. Credo che qualsiasi cosa disturbi fortemente una buona relazione neonato/ambiente possa essere responsabile di un trauma e che a sua volta il trauma, o una serie di piccoli traumi ripetuti, possa favorire la comparsa di un disturbo difensivo da parte di un bambino più "fragile". Una madre può essere adeguata e congruente per un bambino e invece non "sufficientemente buona" per un altro bambino, non necessariamente per sua carenza. In effetti non tutti i piccoli hanno la stessa competenza a vivere, anche psichicamente, e non tutti riescono a stimolare nella propria madre un adeguato "istinto materno" (non approfondiamo cosa si intende per istinto materno). Visto che è evidente che la sofferenza è nella relazione, è quello il campo nel quale ci è possibile intervenire per aiutare questi bambini con i loro genitori a ritrovare un funzionamento più adeguato. In effetti non ci è dato, almeno per ora, di intervenire su eventuali problematiche genetiche o sistemi *mirror* difettosi. Se anche il bambino avesse una delle condizioni che lo rendono predisposto all'autismo, la predisposizione non è il destino. La relazione non può considerarsi statica, la relazione di per sé è dinamica. Bisogna quindi intervenire su quella. L'esperienza e il lavoro di molti altri psicoterapeuti infantili relazionali mi portano a pensare che il bambino che presenta questo disturbo sia un bambino che ha messo in atto tutte le sue difese per preservarsi da un "ambiente" che considera pericoloso o troppo disturbante.

È l'estrema *ratio* per proteggere un Io ancora non formato, in pericolo. Dentro la sua bolla autistica è protetto, ma estremamente isolato. Il nostro intervento di terapeuti infantili non può essere che quello di trovare il modo di entrare in comunicazione con lui, senza forzature, rispettando la sua difesa, aspettando, sapendo aspettare che sia lui a lasciarci entrare. È come se fossimo davanti ad un castello fortificato e avessimo due possibilità per entrarci: o arrivi con l'ariete per sfondare il muro, e come risultato non puoi che ricevere secchiate di olio bollente fino a che non riesci a sfondarlo, ma quello che trovi è poi un castello distrutto; oppure c'è un'altra strada, che è quella che seguo: stare fermi, una sorta di assedio pacifico fuori dalle mura, un esserci, saper aspettare, disarmati, in contatto con quella parte di sé nostro, molto arcaica, che si mette inevitabilmente a risuonare in queste occasioni, almeno a me succede così. Allora il bambino crea una piccola fessura nella sua fortificazione, non percepisce pericolo, fessura che pian piano poi si apre, si riesce a creare un piccolo ponte fino a permettere a te terapeuta di entrare. All'inizio entri tu, ma se ti arroghi l'idea di essere tu soltanto a entrare, il pericolo è che ti sostituisca alle persone che possono e devono veramente entrare in relazione col piccolo, i suoi genitori. La parte più importante del mio lavoro è per me quella con i genitori, è mio compito aiutarli a re-innamorarsi del proprio figlio, che ai loro occhi torni ad avere un senso quello che fa, perché gran parte della disperazione di mamma e papà è vedere il proprio bambino come un alieno. È terribile! Per fare questo, traduco il suo linguaggio incomprensibile costituito dalle cose apparentemente assurde che fa, in richieste di aiuto che lui urla nel solo modo che è in grado di usare. Uso la mia "fantasia", ovvero le emozioni e le sensazioni che il bambino, in seduta con i suoi genitori, mi suscita, dando quindi un senso possibile ai comportamenti anomali. Specifico sempre ai genitori che non è la Verità quello che dico loro, è solo una traduzione che faccio, in contatto con la mia parte più arcaica e profonda. Possono imparare anche loro a farlo, questa è la strada per iniziare a comunicare di nuovo con lui. Per questo dico e affermo che sono i genitori che possono diventare i veri "terapeuti" del

bambino; ed è per questo che la terapia va fatta coinvolgendo profondamente i genitori. In effetti, il paziente è la situazione, non il bambino. Anche mamma e papà sono “pazienti”, sono loro che hanno motivazione, tempo, *feeling* viscerale (non parlo mai di amore, perché in questi casi può esser davvero molto mascherato da tutte le difficoltà della situazione) ed è quindi su di loro che si lavora ancor più che sul piccolo. Una cosa importante: il bambino, anche molto piccolo, è una persona che capisce, per cui non parlo mai con i genitori davanti al bambino, se non per dire delle cose positive e dico ai genitori di tenere ben presente che il loro bambino capisce quello che sta succedendo, quindi di non parlare mai in senso negativo di lui in sua presenza, cosa che purtroppo accade molto spesso...

– *Esistono bambini in cui, già a pochi mesi, si rileva la presenza di questa sindrome. Anche in questo caso lei parlerebbe di una forma di difesa da un mondo percepito senza sufficiente amore?*

Assolutamente sì, perché la vita psichica inizia in età prenatale.

– *A chi si trova a lavorare con bambini con questa sindrome, non potendo però avere contatti diretti col contesto familiare, cosa consiglierebbe?*

Ci dovrebbe essere sempre la possibilità di un contatto con la famiglia, se la famiglia esiste. Ci sarà comunque sempre qualcuno che, in un modo o nell'altro, fa da adulto di riferimento per lui. Se si viene in contatto con questi bambini in un ruolo differente da quello terapeutico, importante è avere a che fare col terapeuta di riferimento e coordinare gli interventi in modo che non siano incongruenti fra loro. Sempre, comunque, credo sia importante mettersi in gioco. Ad esempio quando io ho un bambino in stanza e lui guarda da tutt'altra parte (lecca per terra, urla, butta per aria tutto ecc.), io normalmente mi metto in un angolo e basta, perché se quel bambino può mettersi in relazione soltanto con una “cosa”, perché l'umano lo spaventa, allora io devo diventare una “cosa”, ma una cosa che c'è. È il bambino che però da solo, di solito, lentamente, cerca un contatto quando intuisce la possibilità

di un contatto non invasivo. Solo allora ci può essere da parte mia l'umano che riscalda lentamente la relazione. Si va a orecchio. Io credo molto nel bambino, credo che ci sia al di là di ogni apparenza. Se ad esempio fa un rumore, io prendo la palla al balzo e ripeto lo stesso rumore e vedo se questa cosa sembra avere un effetto; il bambino ripete il rumore e io lo ripeto uguale a mia volta. Mi è capitato quasi sempre che alla terza volta di una cosa del genere, quindi non più casuale, il bambino si blocchi. Non mi guarda, però credo che pensi “ah, c'è qualcuno che mi risponde”, e non risponde riempiendolo di domande e parole, che sarebbero per lui come macigni, ma resta lì mantenendo le distanze di sicurezza. Poi ogni bambino è diverso dall'altro; quindi bisogna prendere le giuste misure e questo è vero sia nell'intervento terapeutico, sia in altri contesti. Anzi, in un contesto educativo ancora di più. Se si ha rispetto del bambino e lo si considera persona, questo gli restituisce la responsabilità di sé e diventa possibile trovare la giusta distanza, il giusto modo di comunicare, di creare la relazione. Se il fine ultimo è creare la relazione con lui allora è importante rispettare anche i momenti in cui lui non desidera interagire, pur cercando di non farlo sentire abbandonato. Quando ad esempio il bambino autistico mette in atto le sue stereotipie, è importante rispettarlo, è una sorta di ricarica di cui ha bisogno. Le abbandonerà quando non ne avrà più bisogno.

– *Anche se questi gesti ripetitivi coinvolgono altre persone? Ad esempio il bambino che ho in mente soffia sul viso delle persone.*

Allora si può dire: “Eh, ma che vento che fai? Che vento forte! sembri Eolo”. Una cosa così, cioè sicuramente il divieto va bene per dare dei limiti ma devono essere limiti ampi, perché questi bambini ne hanno bisogno ma devono poterli rispettare. Il divieto va modulato a seconda dei diversi bambini con cui si ha a che fare, perché poi va fatto rispettare in tutto e per tutto. Non si può negare qualcosa e poi fargliela fare, ci deve essere coerenza nel comportamento. Quando non si è sicuri che un limite possa essere rispettato allora è meglio utilizzarne uno meno rigido affinché il bambino non lo infranga.

– *Che cosa è importante emerga nel corso del primo colloquio con i genitori?*

Capire quale sia il problema e che domanda mi pongono, se me la pongono. Il primo colloquio è sempre con entrambi i genitori, appena è possibile. Li lascio parlare a ruota libera per poi dir loro la mia proposta di consultazione, una specie di percorso breve in cui vedrò i genitori per qualche colloquio e successivamente loro con il loro bambino in alcune sedute. Alla fine di questo percorso, ci sarà un incontro di restituzione, durante il quale raccoglierò le loro impressioni ed i loro pensieri sull'esperienza vissuta e dirò loro quali sono state le mie osservazioni e quale percorso proporrei per loro e il loro bambino. Se accettano (e non è detto), si inizia il percorso di consultazione. La prima cosa da fare è l'anamnesi. Non quella medica, è un'anamnesi molto approfondita che richiede almeno due sedute. Ai genitori chiedo dei loro genitori, parto dagli avi e dal rapporto che avevano con loro perché è probabile che questo influenzi in qualche misura il rapporto che avranno o hanno coi figli. Faccio domande sui loro eventuali fratelli, per lo stesso motivo. Parto dalla loro storia come coppia: come si sono conosciuti, come è nato questo figlio, com'è nato nella mente, che tipo di fecondazione è stata, perché l'hanno cercato, quali sono state le motivazioni profonde; domande che riguardano la gravidanza attuale, cioè del figlio in questione, ma anche eventuali gravidanze precedenti o aborti ecc. Indago l'esperienza della gravidanza dal punto di vista sia della mamma sia del papà. Una delle domande che faccio sempre è "com'era suo figlio?" nel senso del temperamento e "cosa ha pensato la prima volta che l'ha visto?". È importantissima per me l'anamnesi perché molto spesso vengono fuori cose che erano state dimenticate, perché è una sorta di ricostruzione in loro del bambino fin dall'inizio ed è la ricostruzione nella mente di un bambino sano, per cui riescono a rivederlo così, lo reintroducono dentro di loro modificato, ri-guardato e addirittura mamma e papà si raccontano dei vissuti che non si erano mai detti. A me interessa sia l'informazione, sia il come me la danno. È un inizio di approccio con me e un rivivere il loro bambino con me.

Sicuramente sono domande che suscitano pensieri, ricordi, emozioni. Alla fine della consultazione, durante la restituzione, faccio la proposta eventuale di percorso terapeutico. A volte inizia e a volte no.

– *Utilizza qualche strumento specifico per la raccolta dell'anamnesi?*

No, utilizzo solo biro e quaderno ed è l'unico momento in cui scrivo davanti a loro, così che ci sia quella giusta distanza tra noi, dato che di solito io sono "molto calda", viscerale, quindi soprattutto all'inizio c'è bisogno che mi tenga a bada. Segno tutto, oltre quello che mi dicono, anche i miei pensieri e le mie emozioni in quel momento, cosa sento mentre loro parlano, le cose che mi lasciano, le impressioni. Sono cose preziose.

– *Ha notato delle differenze nel modo in cui le madri di oggi si relazionano con i loro figli rispetto al passato?*

Non particolarmente. La cosa che ho notato è che negli ultimi anni intervengono molto anche i padri, mentre prima erano più distaccati. A volte capitano padri che si definiscono scettici, che tentano di banalizzare le difficoltà del figlio, però intanto sono lì. Preziosi. Sulle madri no, nel lungo periodo le problematiche sono sempre le stesse, le ansie pure, poi dipende sempre da individuo a individuo.

– *La sua esperienza con bambini con sindrome autistica ha cambiato il modo in cui si relaziona coi bambini anche non autistici?*

Sì, moltissimo. Più che il metodo in sé e per sé è stata la possibilità di entrare in contatto con quella parte mia che va in risonanza rispetto a queste problematiche, mi ha dato la possibilità di entrare in contatto con maggior tranquillità con i bambini, mi verrebbe da dire, "normali" o meglio con altri disturbi. Mi è capitato ad esempio di avere bambini molto agitati, e di vederli saltare ovunque senza riuscire a fermarli da nessuna parte, e proprio perché abituata ad aspettare coi bambini con sindrome autistica, anche con gli altri bambini aspetto, non ho urgenza. Se uno ha urgenza fa prima a cam-

biare mestiere e anche per quanto riguarda l'ottenere risultati, bisogna imparare a non avere urgenza.

– *A proposito di diagnosi, negli ultimi anni ha riscontrato cambiamenti?*

Direi, per la mia esperienza, che ci sono moltissimi bambini che vengono spacciati per autistici, Asperger o simili, quando non lo sono. È come se non fosse riconosciuta a noi esseri umani la possibilità di mettere in atto una serie di meccanismi di difesa, tra cui quelli autistici. Bisogna, invece, riconoscere che esistono delle difese e capire da che cosa sono scaturite e perché ci sono; per fortuna esiste il sintomo. Il sintomo alla fine non è nient'altro che il manifestarsi di una difesa e quindi onore al sintomo che ci dice che qualcosa non va, che bisogna fare qualcosa. A noi terapeuti spetta fare diagnosi, ma nel senso di capire cosa sta dietro il sintomo, non nel senso di applicare un'etichetta. Due bambini possono avere la stessa etichetta, ad esempio di Asperger, ma sono due persone diverse, dietro all'etichetta che hanno, perché sono differenti. È come dire che hai due pazienti, entrambi con la polmonite; non posso curarli entrambi con lo stesso antibiotico perché, ad esempio, il germe che ha provocato la polmonite a uno è resistente all'antibiotico che è ideale per l'altro. C'è polmonite e polmonite. È una diagnosi quella che noi facciamo, dobbiamo chiederci da che cosa è determinato il problema. Poi c'è la questione del sintomo: non si deve eliminare il sintomo che ci ha aiutato a individuare quella diagnosi. Il sintomo andrà via quando il paziente non ne avrà più bisogno. La febbre se ne andrà quando il paziente non ne avrà più bisogno, basta contenerla perché non faccia troppi danni. Se si cerca di togliere la febbre senza chiedersi da dove viene, si rischia di fare grossi danni.

– *Predilige qualche tipo di strumento nella terapia con i bambini?*

Il gioco. Io gioco moltissimo. Vari tipi di gioco, a seconda di quello che i bambini richiedono, non lo propongo io. Nel mio studio ce ne sono molti a disposizione per età diverse. Ogni gioco ha il suo significato. Un esempio è il gioco dell' "Uno", un gioco

co di carte. Apparentemente è un gioco poco sensato, di regole. Ho continuato a giocare a "Uno" per un anno intero; se giocassi a "Uno" con il mio nipotino per un anno intero gli direi di cambiare gioco, mi stuferei. Se invece gioco a "Uno" da terapeuta, il modo di stare è molto diverso, è un mettersi in gioco insieme, io e il paziente. Dipende sempre da come si usano le cose.

– *Un esempio del cosa intende per "mettersi in gioco"?*

Ho questo ragazzino che, se dovessi fare una diagnosi classica, direi Asperger. È un ragazzino che ha una problematicità enorme nel prendere contatto con le sue emozioni, questo gli ha comportato delle difficoltà importanti dal punto di vista relazionale. I genitori sono davvero i suoi terapeuti, nel senso che loro sono le uniche persone (non io) con cui lui verbalizza e mette in gioco le sue emozioni e i suoi pensieri più profondi. Vedo sia i genitori, sia il bambino. Con quest'ultimo gioco a carte, da una quantità di tempo memorabile ormai, ed è passato dal "Sette e mezzo", che è un gioco puramente di fortuna, a quello dell'"Uno". Nel gioco dell'"Uno" puoi anche aggredire, e lui aggrediva moltissimo tramite la carta, allora io gli dicevo: "ah bella roba, me la vuoi fare pagare perché io prima ho tirato la carta giusta" e lui mi guardava e rideva. Io non davo la carta aggredente all'inizio, me la tenevo in mano e poi ho iniziato a rispondere all'aggressione con aggressione e vedevo la sua reazione, si infuriava allora io dicevo: "e beh, ci mancherebbe, mi arrabbio anch'io quando tu mi dai la carta, non è che ti arrabbi solo tu". Ovvero: arrabbiarsi è possibile, non succede nulla. Nonostante il gioco appaia solo come "gioco" in realtà rappresenta un mezzo per leggere, modulare, provocare le emozioni. Io lo lascio vincere fin quando non vedo che è assolutamente necessario per lui, successivamente, quando sento che gli è possibile affrontare la frustrazione, comincio a farlo perdere, e osservo se abbandona il gioco o meno. Nel primo caso commento dicendo: "ah, quando perdi allora non vuoi più continuare?", "no mi sono stufato", allora all'inizio prendo per buono quello che mi dice, poi aggiungo: "non è vero che è così perché secondo me ti sei un po' arrabbiato e ti piace

vincere". Ed ecco arriva il tempo in cui c'è l'ammissione dall'altra parte: "sì, io voglio vincere sempre", a cui rispondo chiedendo: "che paura c'è a perdere? Cosa succede se perdi?" e lui risponde: "per esempio con mio fratello mi arrabbio quando lui corre più veloce di me". E mentre giochiamo, parliamo. Lui a scuola è sempre andato benissimo, il rapporto con i compagni è migliorato nel tempo, non è un amicone e ha le sue bizzarrie, ma è un ragazzo integrato, soprattutto è sereno. Ha scelto che scuola superiore frequentare, è molto più autonomo e ben consapevole di quello che gli può piacere. Siamo arrivati a giocare a "Burraco", passando per "Briscola", "Scopa", "Asso piglia tutto", "Scala Quaranta". Siamo andati avanti nella terapia, apparentemente passando da "Uno" a "Burraco", con un continuo e progressivo rinforzo di consapevolezza e presenza di emozioni e sentimenti cui riesce a dare un nome, soprattutto con sua madre. Il gioco delle carte è stato ed è un mezzo per visitare le sue profondità. Un ragazzino che tra le altre cose è estremamente goffo, con una manualità pessima ma che negli anni ha imparato anche a "smazzare" le carte, seppur all'inizio con estrema difficoltà, per questo non voleva mai farlo, poi si è messo in gioco e ha cominciato a provarci. Insomma piccoli passi, che poi rappresentano la terapia.

– *Che frequenza hanno gli incontri con i genitori?*

Adesso una volta al mese.

– *E con il ragazzino?*

Ogni 15 giorni.

– *Che frequenza propone nei suoi incontri?*

Di solito la cadenza è settimanale, propongo di vedere una volta i genitori con il bambino e una volta i genitori da soli, seguendo la stessa cadenza per gli incontri successivi.

– *Il bambino da solo, mai?*

Quando sono piccoli, età prescolare, mai. Questo vale anche il più delle volte per bambini inferiori ai 7-8 anni.

– *Questo per dare la possibilità ai genitori di vedere cosa succede in terapia?*

No, è perché io sono terapeuta della situazione e non solo del bambino.

– *Crede che l'osservazione del movimento del bambino nella stanza sia ancora utile nella pratica terapeutica?*

Fondamentale.

– *Cosa ci può dire del supporto farmacologico?*

In alcuni casi penso che sia utile, in quanto ci sono delle situazioni in cui il supporto farmacologico è una pezza momentanea, necessaria affinché la terapia possa avere un suo senso, invece in altri casi potrebbe non esserlo. Di solito il bambino piccolo è difficile che ne abbia necessità, a parte i più compromessi; se il bambino arriva da me con una terapia farmacologica già intrapresa, entro in contatto col neuropsichiatra per capire che pensiero ci sia dietro e per un confronto. Sono dell'idea che non serva il farmaco come mezzo risolutore, ma possa essere un aiuto talvolta perché la terapia psicologica abbia un effetto migliore.

– *Le capita mai di contattare gli insegnanti e altre figure di riferimento, ossia figure che non siano i familiari?*

Moltissimo, fa parte del mio modo di lavorare. Io normalmente contatto gli insegnanti, a prescindere dall'età del bambino, chiedendo prima il consenso ai genitori. Ci sono genitori che non hanno piacere che si sappia della terapia del bambino quindi, rispettando la loro scelta, non contatto gli insegnanti ma indago con i genitori le motivazioni sottostanti. Quando invece i genitori sono d'accordo tengo sempre informato anche il bambino del fatto che contatterò gli insegnanti perché credo sia sbagliato fare le cose sulla testa del bambino.

– *E se il bambino non fosse d'accordo che lei veda gli insegnanti?*

Non è mai successo, nel senso che di solito è una comunicazione, non è che chieda il permesso, il permesso lo chiedo ai geni-

tori, al bambino comunico che ci vado. Sono bambini che hanno talmente bisogno di essere considerati all'interno di una relazione, che è difficile che se qualcuno se ne interessa un po' di più dicano di no.

– *Quindi secondo lei esprimono una loro domanda di aiuto.*

Si, credo che esprimano chiaramente la loro domanda d'aiuto venendo, o rifiutandosi di venire. Nel corso della terapia può accadere che a un certo punto il bambino dica "io non voglio più venire". Questo rifiuto può avere due significati, entrambi da indagare: può essere vero che il bambino non voglia più venire, e allora si cerca di vedere cosa nella terapia è andato storto; è però possibile che il bambino ti voglia mettere alla prova, allora è sufficiente dire "ma davvero? Mi dispiace tanto che tu non venga, ma sai cosa faccio io? Ti aspetto lo stesso perché il nostro spazio è proprio in quel giorno a quell'ora, c'è qui la tua scatola che ti aspetta. Io sono qua, decidi tu".

È difficile che non vengano se si è creata una relazione, potrebbe capitare che un bambino non voglia venire o perché all'inizio questa non si è creata o perché non c'è un feeling particolarmente positivo oppure ha paura.

– *Precedentemente ha parlato di supervisione. Intendeva supervisioni in gruppo o individuali?*

Sia in gruppo che individuali, più ce n'è meglio è. Ho 63 anni e ogni volta che vi partecipo mi rendo sempre più conto di tutte le cose che mi sfuggono e mi mettono in gioco come persona. Siamo dei pozzi senza fondo, dei meravigliosi pozzi senza fondo.

– *E nel caso in cui il bambino non venisse in terapia?*

Io aspetto un'altra volta, aspetto la volta successiva in cui vedo i genitori, e sento com'è andata. Il bambino sa che i genitori vengono da me, perché è tutto alla luce del sole. E quindi dico "beh, fate una bella cosa, dite ad Andrea che io l'ho aspettato e la prossima volta lo aspetto ancora", io ho sempre molta fiducia che i semini messi prima o poi diano il loro frutto, dopo di che sarà come sarà.

– *Può accadere che la domanda d'aiuto dei genitori sia diversa da quella del bambino?*

Certe volte succede che i genitori facciano una richiesta d'aiuto perché mettono davanti il bambino ma in realtà la richiesta d'aiuto è la loro. In tal caso vedo comunque il bambino, e nella restituzione decidiamo insieme il da farsi. Se lo reputo utile, nella restituzione faccio capire che c'è la necessità di agire sul bambino che effettivamente presenta dei disturbi, aiutando i genitori ad aiutarlo a star meglio con lui; quindi restituisco l'idea "aiutatevi voi, vedrete che poi voi sarete in grado di aiutare vostro figlio".

– *Diceva poco fa che il gesto del bambino autistico può avere un senso e poi diventare stereotipato perdendo un po' di quel senso. A suo avviso come mai, per il bambino autistico, si perde il senso ma resta il gesto?*

Perché il messaggio che quel gesto aveva non è stato colto; è come l'oca di Lorenz. Io non lo so se ha senso o non ha senso, diciamo che io sono un po' totalitaria nel pensare che ci sia un perché a tutto; per qualcuno è più facile trovarlo per altri meno.

Vi faccio un esempio. Un bambino di tre anni aveva come stereotipia quella di correre avanti e indietro davanti a dei cancelli, alla velocità della luce, e poi in studio si metteva davanti agli occhi un cancelletto di plastica e correva avanti e indietro a questo, e la mamma si innervosiva moltissimo. Ecco, invece di dire "sa signora, queste qua sono stereotipie dovute al fatto che il bambino è autistico", io le ho detto "signora, sa cosa mi fa venire in mente? Siccome è così curioso (vero!) suo figlio ha bisogno che tutto sia uguale, sempre uguale, magari lui corre avanti e indietro per vedere, attraverso le sbarre, se tutto è uguale. Lui guarda, controlla, deve controllare che tutto sia uguale, questo gli dà sicurezza". Ecco, questa spiegazione è chiaramente una mia fantasia, ma ci credo. Io dico sempre ai genitori: "Guardate che io non sono dentro la testa dei vostri figli, io non so la verità, io non so cosa pensano; vi posso dire quello che a me suscitano nella mia fantasia. Ed è così che voi potete imparare, perché neanche voi saprete mai cosa passa nella testa di vostro figlio, ma la vostra fantasia vi può guidare verso una strada che è probabilmente quella più giusta.

È chiaro che se voi pensate che questo bambino vi sta dicendo qualcosa e lo vedete in questo senso, l'idea che lui stia controllando una sua paura, fa sì che voi la possiate accettare; se invece pensate che lui fa così perché è autistico non la potete accettare perché non ha alcun tipo di senso. Per cui a me dà questa idea qua ad esempio, magari a voi dà un'altra idea. Ed è per questo che io ci sto e non mi meraviglia, non mi infastidisce." Credo sia fondamentale per noi terapeuti riuscire a cogliere al nostro interno, utilizzarci, riuscire ad essere in contatto con noi stessi, con quello che quell'azione apparentemente insensata ci fa sentire. È il pensiero intuitivo, quello che Ogden ha attribuito a Bion quando dice "senza memoria e senza desiderio", che non significa che uno non si ricordi più della volta prima. Avere un pensiero intuitivo è tutt'altra cosa, cioè si intuisce come nella parte più profonda, che non è pensata ma è sentita, quella cosa lì si mette in contatto con quell'altra cosa lì e allora tu puoi intuire cosa vuol dire, se ti metti in quella dimensione. Faccio fatica a spiegarlo in maniera diversa. È un cogliere nella tua fantasia, sapendo che è la tua fantasia, restituendo anche ai genitori che è una fantasia tua, ma che anche loro possono usarla nello stesso modo, la loro. Funziona. Ce la fanno. Sono bravi. Ho sempre avuto dei genitori molto bravi, perché vogliono credere, chiaramente, che il loro bambino non sia un alieno. Mi riempie di grandissima commozione questa cosa. È una cosa molto commovente, proprio la profondità a cui riescono ad arrivare, sono proprio bravi.

– *Che idea si è fatta del mondo inconscio dei bambini che ha avuto in terapia? E di quello dei genitori?*

Io sono convinta che gli inconsci si parlino, e ci metto anche quello del terapeuta, e farei un *mix*. Sono universi, misteriosi e inaspettati.

– *Si riesce ad avvicinare l'inconscio in bambini con sindrome autistica?*

Credo che loro siano molto più vicini al loro inconscio di chiunque altro; è il riuscire a mettersi in contatto proprio con quello che

è difficile, il riuscire a entrare, come terapeuta, in comunicazione abbandonando il livello razionale. Con una mano bisogna tenere la maniglia del proprio ruolo di terapeuta e con l'altra bisogna fluttuare in quell'acqua lì, altrimenti non ci cavi un ragno dal buco, secondo me. Per cui ti devi sentire lì, con quella tua parte che funziona così, perché ce l'hai anche tu.

– *Come, secondo lei, l'aspetto spirituale o il senso che un terapeuta dà alla vita influenza la terapia?*

Per quanto mi riguarda come persona, oltre che come terapeuta, cerco un senso rispetto al mio essere in questo mondo, al mio essere finita, alle scelte che ho fatto, alla mia nascita, alla mia morte e al tipo di lavoro che faccio. Io parlo molto spesso di anima, con i genitori, con i pazienti adulti e nelle cose che scrivo, la chiamo anche essenza. Che ci sia qualcosa di trascendente, che nella vita ci sia un mistero, è qualcosa che mi entusiasma e mi tranquillizza; nel senso che mi fa sentire con i miei limiti, me li fa accettare di più, mi fa accettare di più i miei errori e mi fa trovare di più un senso alle cose che faccio. Credo che sia fondamentale che esistano dei valori, degli ideali. Con i genitori non parlo mai d'amore (che è una parola abusata in maniera terribile), perché credo che non esista un amore puro, credo non esista un amore completamente disinteressato, che è quello che noi andiamo cercando ed è quella nota di malinconia che caratterizza noi umani, perché noi tendiamo a quello, ricerchiamo quello: l'amore completamente disinteressato. Che non esiste, credo. Credo che quello del genitore nei confronti dei figli sia forse uno degli affetti più disinteressati, ma non è neanche vero perché ti aspetti sempre qualcosa dai figli, è difficile che non ci si aspetti niente da loro, è normale. Questo un figlio lo sente come negativo, se però uno ci pensa è normale, non esiste un amore disinteressato. Ci sono mamme che arrivano a dire "dottorossa, lo vorrei eliminare", pensate che dolore. Per questo non parlo mai d'amore. È piuttosto la motivazione che li spinge a fare di tutto per vederlo star meglio, vederlo diventare più comprensibile, vederlo più sereno. Sì, sicuramente lo amano anche, altrimenti non lo porterebbero

lì, non lo accudirebbero, ma ci sono dei momenti, credo, in cui il pensiero di eliminarlo sia un pensiero comprensibile.

– *Ci sono dei limiti che il terapeuta si deve dare sulla durata di una terapia? In media quanto può durare?*

Secondo me, una delle cose più difficili è quella di non avere aspettative e capire che cosa ci tocca fare e che non ci tocca guarire ma accompagnare il più possibile sulla strada della salute, rispettando quel determinato bambino, quei determinati genitori, quella determinata situazione. Per cui io dico sempre, prima di iniziare una terapia, (soprattutto con bambini molto compromessi): “sappiate che è un percorso che non ha tempo. Io non vi dirò mai adesso basta, sarete voi a dire adesso basta. Non prometto niente se non di accompagnarvi tutti nel percorso finché lo desidererete, accompagnarvi comunque. È un percorso di lacrime e sangue che potrà durare una quantità di anni, a seconda di quello che vorrete, o che vorrà il bambino o il ragazzino”. Non do limiti. Son convinta che sia una scelta che spetta a loro e non a me.

– *A loro genitori o loro bambini?*

Tutt'e due. Dipende, perché il bambino diventa grande. Ho finito a settembre una terapia che è durata 23 anni, perché la ragazza ha detto “basta”. Io sono stata molto contenta che lei abbia potuto dire basta. Mi è dispiaciuto, però era una buona cosa.

– *E come gestisce il dopo, quando la terapia finisce? Ci sono dei contatti?*

Beh, ogni tanto mi contattano. Io dico sempre sia ai bambini sia agli adulti che hanno deciso di smettere: “Il cuore del terapeuta è un cuore grande e lì c'è un posticino con scritto un nome, che è il tuo nome, e ci sarà sempre fino a quando tu vorrai. Ci sarà sempre”. Ed è vero. Poi alcuni tornano, altri mi mandano foto con *Whatsapp*. Uno, ad esempio, da dieci anni tutte le feste della donna, Natale, Capodanno e Pasqua mi scrive un messaggio. Insomma sono disponibilissima a rivederli, qualcuno torna a fare una chiacchierata perché è in un momento difficile, soprattutto

to durante l'età puberale; quindi vengono, chiacchierano e vanno. Queste sono tutte sedute che non faccio pagare e che, a dire il vero, mi fanno molto piacere.

– *Ha da raccontarci qualche caso, magari emblematico, di una “riuscita” particolare? Qualche situazione in cui forse all'inizio aveva perso la speranza?*

Io la speranza la perdo poco, non perché creda molto in me, ma perché credo molto in loro. Di aspettative ne ho poche, vedo molto le potenzialità, non sempre vengono fuori ma, anche se mi dispiace, non sono delusa. È chiaro che mi metto in gioco se le cose non vanno bene, faccio le supervisioni ecc. ma è difficile che abbia delusioni, nel senso che parto senza aspettative ma credendo in loro. E se vedo che le cose non funzionano guardo se da parte mia c'è qualcosa che mi impedisce di migliorare la relazione che ho con quel determinato bambino, perché la faccenda è tutta lì: cerco semplicemente una relazione e che lui abbia la possibilità di averne una sufficientemente sana con me, affinché sia lui sia i genitori possano prenderla come spunto da portare nel loro mondo. Cosa di per sé sciocca, semplice. Per fortuna i bambini molto compromessi che ho seguito fino ad ora sono sempre arrivati abbastanza presto, perché se arrivano a tre anni hai delle *chances* maggiori che se arrivano a cinque o sei. Ad esempio ho in mente questo bambino autistico, portato al Centro Autismo della sua città; nonostante abbia fatto logopedia, psicomotricità, tutte le cose solite che si fanno, questo bambino continuava a urlare, a non parlare, a isolarsi parecchio, e a non guardare. Sono venuti da me i genitori, giovanissimi e molto, davvero molto, disturbati. Quando vedo i genitori così, so che ci sarà da lavorare, da combattere un po' di più, nel senso che devi instaurare un rapporto con loro e devi aiutarli a fare i genitori. Me lo hanno portato loro, continuando a fare psicomotricità e logopedia (per me possono fare tutte le cose insieme, se lo desiderano), poi pian piano le hanno abbandonate e hanno iniziato a darmi retta, a lasciar spazio a questo povero bambino che veniva subissato da stimolazioni, da parole, da litigi, e hanno cominciato a modificare il loro comportamento

in seduta, così il bambino ha iniziato lentamente a cambiare ed è stato introdotto alla scuola elementare senza bisogno di sostegno. Questo bambino è uscito molto rapidamente dall'autismo; bastava che uno lo lasciasse respirare e gli permettesse di esprimersi. In questo caso era effettivamente una questione ambientale. È stata una terapia faticosa ma, se vogliamo, è stato un successo.

– *Ricorda dei saggi o dei romanzi che hanno influenzato il suo modo di lavorare?*

Mi sono piaciuti moltissimo i libri di Torey L. Hayden, *Una bambina; I bambini di Torey Hayden; Il gatto meccanico*. Credo che questi siano da prendere a mo' di Vangelo per tutti gli operatori che lavorano nelle scuole o a domicilio con bambini difficili. Questa donna è davvero un genio, un genio come essenza. Poi un libro che mi è piaciuto moltissimo è *Lo stralisco* di Roberto Piumini. È bellissimo, è il racconto di un autismo e di un terapeuta suo malgrado, un pittore. Un altro che mi è piaciuto molto, estremamente intenso, è *Lontano dal pianeta silenzioso*, di Clive S. Lewis. Bellissimo! È un libro di fantascienza.

Io ho un ambito letterario piuttosto poco classico, però questi sono libri che mi prendono, che mi hanno presa molto.

– *Ha letto il libro Se ti abbraccio non aver paura?*

Sì, l'ho letto. Ho letto anche *La ragazza porcospino*. Sono libri molto belli. Questi che vi ho detto sono quelli che "di pancia" mi hanno presa molto. *Se ti abbraccio non aver paura* mi ha lasciato un po' perplessa, tanto perplessa. Un libro che ho molto apprezzato è *Nati due volte*. Poi sto leggendo *Come respira una piuma*, scritto da uno psicoterapeuta-padre che ha avuto due gemelli pretermine ricoverati in un reparto di terapia intensiva neonatale. Molto coinvolgente e doloroso.

LA FORMAZIONE

Un dibattito all'interno del nostro gruppo

A cura della redazione

Sergio Erba, Carmelo Di Prima, Elena Semola e Paolo Serra scrivono un libro che viene pubblicato nel 2014, Psicoterapia: un pensiero, un metodo, una pratica. È un libro che racchiude pochi ma essenziali capitoli: La persona, Il setting, La formazione, La pratica. Ognuno di questi capitoli, ognuna di queste parole, apre ad un intero mondo e ad un intero modo di pensare e praticare il mestiere di terapeuta e di formatore.

Abbiamo deciso, in redazione, di utilizzare alcuni estratti di questo libro come riferimento del nostro modo di intendere la clinica e la formazione perché riteniamo siano rappresentativi di quel punto di arrivo verso cui guardiamo al Ruolo Terapeutico (pur con le nostre più svariate differenze di temperamenti, saperi, personalità, storie, passioni). Un punto di arrivo che è, al contempo, anche e sempre però un punto di partenza e che dà vita, ogni volta che ci si trova a discutere, a nuovi spunti ed è capace di mettere in moto ogni volta nuovi pensieri, considerazioni, riflessioni.

E tutto ciò è avvenuto anche in questa ultima occasione di confronto scaturita da una precisa domanda volta ai docenti della nostra Scuola: "Cosa vi anima e cosa vi orienta nel corso della conduzione dei gruppi di supervisione?"

La domanda è stata posta loro da alcune terapeute che hanno partecipato (a.a. 2015-2016) alle conduzioni dei gruppi, affiancando alcuni docenti, per apprendere a loro volta il mestiere.

Riportiamo alcuni estratti del libro sopra citato e, a seguire, le riflessioni scaturite da alcuni docenti, con la convinzione che possano essere a loro volta di stimolo per altre e nuove considerazioni.

Lorena Monaco

Tratto da Psicoterapia: un pensiero, un metodo, una pratica.
Collana Il Ruolo Terapeutico, Ed. FrancoAngeli, 2014

La Scuola di formazione psicoanalitica de Il Ruolo Terapeutico ha iniziato la sua attività in forma strutturata, con corsi poliennali (dapprincipio triennali, successivamente quadriennali), nel 1983. Da allora, due caratteristiche si sono mantenute costanti nel tempo: 1) la formazione in gruppo, fondata sull'analisi delle modalità relazionali con cui il terapeuta incontra il paziente; 2) l'essere aperta alla partecipazione di tutte le figure professionali operanti nell'area delle relazioni d'aiuto (quindi non solo laureati in medicina o psicologia, ma anche assistenti sociali, educatori, infermieri, tecnici della riabilitazione, insegnanti, ecc.). Abbiamo atteso a lungo prima di chiedere il riconoscimento ministeriale nel timore, poi rivelatosi infondato, che l'inserimento nella procedura statale potesse compromettere questi due fattori di specificità.

Quando, grazie anche a forti sollecitazioni "dal basso", questa posizione isolazionista mostrò i suoi limiti (non ultimo dei quali il rischio dell'autoestinzione), e ci decidemmo a prendere in considerazione l'ipotesi del riconoscimento, la formula che trovammo si dimostrò in grado di conciliare le nostre esigenze con le direttive didattiche del programma ministeriale. In breve: i diciotto (poi diventati venti) sabati all'anno dedicati al lavoro pratico in gruppo (che costituivano da soli l'intero anno di corso) furono mantenuti pari pari, e a essi possono continuare a partecipare, al di fuori dei titoli richiesti e senza la prospettiva del diploma finale, anche quegli operatori delle relazioni d'aiuto privi dei titoli accademici ma motivati alla propria formazione. Sono operatori impegnati nei servizi, a contatto quotidiano con patologie anche molto gravi, investiti di fatto da responsabilità e funzioni terapeutiche non formalmente riconosciute. La loro partecipazione, oltre che migliorare le loro capacità terapeutiche, è preziosa anche per la funzionalità dei gruppi della Scuola.

La corsa "al pezzo di carta" indotta dalla legge fa sì che nella grande maggioranza dei casi la popolazione degli allievi delle

scuole di formazione sia costituita da giovani appena laureati, per i quali l'esperienza clinica sul campo è inevitabilmente minima, e questo può ridurre l'efficacia di un'esperienza formativa fondata appunto sul "saper fare" piuttosto che sul semplice "sapere". Per questo la presenza, nei gruppi, di operatori in possesso di grande esperienza pratica è un fattore dinamico di grande potenzialità.

Fin dall'inizio della sua attività la Scuola ha previsto sistematici incontri di discussione tra i docenti conduttori dei gruppi. È un gruppo, quello dei formatori, con una sua storia, visto che i più anziani tra i suoi membri vi appartengono fin dall'inizio, e che molti altri possono vantare un'anzianità ventennale; e con una sua cultura, che si è andata costruendo lungo le due direttrici della supervisione e della ricerca. Supervisione, nel senso che una parte di ogni incontro di confronto tra conduttori è dedicata ad aiutare qualcuno di noi che si trovi nella difficoltà o nell'incertezza rispetto a una situazione di gruppo; ricerca, nel senso della messa a punto metodologica e della definizione concettuale dell'oggetto "formazione terapeutica".

Puntualmente anche da noi si verifica quel fenomeno tipico già ricordato da Codignola nel suo *Il vero e il falso*: attorno a un problema clinico analisti sufficientemente esperti trovano con relativa facilità un punto di accordo sulla gestione di un caso, mentre gli stessi sono poi capaci di accapigliarsi su questioni teoriche (che a nostro parere sarebbe più appropriato definire ideologiche). Nel nostro caso, per anni ci siamo trascinati alcuni "tormentoni": i gruppi della Scuola sono terapeutici o formativi?; sono auto o etero centrati?; il lavoro condotto in essi è in gruppo o di gruppo?; quanto, ai fini di una teorizzazione, è utile (e possibile) il resoconto particolareggiato di sessioni cliniche o di parti di esse? Li abbiamo definiti "tormentoni" per questa loro capacità di suscitare animate e talvolta animose discussioni, che non hanno spostato di una virgola le rispettive posizioni di partenza. La ricca esemplificazione clinica che presenteremo mostrerà con grande evidenza quanto fosse ingenuo e improprio affrontare queste questioni secondo la logica dell'aut aut.

I gruppi di discussione dei casi clinici della Scuola sono terapeutici o formativi? Sono, ovviamente, sia terapeutici che formativi, nel senso che la natura del processo personale è la stessa. Potremmo dire, per rispetto della forma, che la formazione è la terapia dei terapeuti, e che la terapia è la terapia dei pazienti. Un altro dilemma, all'interno di questo tormentone: fermarsi o no, quando in un gruppo di formazione il presentatore del caso apre a problematiche personali? Una scuola di pensiero dice che le difficoltà personali del terapeuta andrebbero affrontate all'interno di una terapia individuale. Un'altra sostiene il contrario. La nostra esperienza ci dice, ne abbiamo già accennato, che grazie alla "potenza" della situazione gruppale accade a molti di venire in contatto con parti di sé ferite e dolenti rimaste del tutto silenti in anni e anni di analisi individuale. E poi, è il singolo allievo, in libertà e responsabilità, a determinare il grado della sua "apertura". Quando queste aperture si presentano, il conduttore si accerta preliminarmente della disponibilità dell'allievo a soffermarsi su questi aspetti personali. Nella maggioranza dei casi la disponibilità è confermata. Il fatto che talvolta essa sia rifiutata ci sembra una conferma della bontà del metodo. C'è poi da considerare che anche i conduttori, secondo la loro filosofia e la loro indole, hanno la loro parte nel favorire o scoraggiare queste aperture.

Auto o etero centrati? Sono inevitabilmente entrambe le cose: sono etero centrati, perché il lavoro in gruppo inizia con la presentazione di un caso clinico, che rappresenta appunto un oggetto che entra "da fuori". Sono autocentrati, perché il prosieguo del lavoro verte prevalentemente sulle caratteristiche relazionali del terapeuta, tutti aspetti che si manifestano "dentro" l'immediatezza e l'attualità della situazione gruppale.

In gruppo o di gruppo? Alcuni docenti della Scuola seguono la teoria gruppo-analitica, secondo la quale all'interno dei singoli soggetti "agirebbero" i vari personaggi della loro storia familiare. Tali personaggi prenderebbero corpo e voce nei vari componenti del gruppo. Il gruppo verrebbe così a configurarsi come un'entità individuale sovraperonale, una cassa di risonanza che raccoglie e amplifica, sulla scena gruppale, i vari personaggi del

mondo interno dei singoli. Altri, noi tra questi, preferiscono la locuzione "in gruppo", visto come il contesto dove i processi terapeutici personali delle singole persone sono stimolati e facilitati dalla fitta trama di relazionalità che si sviluppa tra tutti i componenti (conduttore compreso).

Ultimo tormentone, la possibilità e l'utilità, ai fini della ricerca, di avvalersi di resoconti di specifiche sedute di gruppo, scritti sul filo della memoria o frutto della trascrizione di sedute registrate. È vero che è impossibile rendere con sufficiente fedeltà una realtà complessa come una seduta di gruppo, realtà dalle mille sfaccettature, intrisa, oltre che di parole, di emozioni, sentimenti, pensieri (solo un'infinitesima parte dei quali può essere conosciuta e adeguatamente rappresentata in un testo scritto), ma senza la concretezza della clinica, senza la rappresentazione della nostra personale operatività, su che base potremmo appoggiare le nostre convinzioni "teoriche"? Quando finalmente abbiamo potuto avere sottomano trascrizioni o resoconti di sedute, abbiamo constatato che le differenze di conduzione riguardavano le differenti caratteristiche di personalità dei singoli conduttori, mentre le differenze teoriche e di metodo erano difficilmente riconoscibili. Queste, in proposito, le parole di uno dei docenti, Emanuele Santirocco: "Anch'io credo che questi temi siano questioni centrali, ma mi chiedo però dove sta veramente la differenza. Teoricamente ci possono essere molte differenze. Però io vi conosco quasi uno per uno nella conduzione, e penso: ma chi si differenzia così tanto, e fa una supervisione al singolo senza tener conto del gruppo? A me sembra nessuno. Mi sembra che tutti teniate conto anche del gruppo, di quello che il gruppo dice, in misura variabile, a seconda dei casi, in maniera creativa. Allora: è una differenza teorica o una differenza di personalità?"

I tormentoni col tempo hanno perso virulenza, via via che alla logica dell'aut aut si è sostituita quella in base alla quale chi esponeva un proprio pensiero lo metteva accanto a quello di altri, non contro. Dall'insieme ognuno avrebbe preso quello che ai suoi occhi fosse parso più convincente. Lasciamo immaginare quanto lavoro e quanto impegno ci siano voluti da parte di tutti

affinché questo passaggio fosse, nonostante le ricadute, una verità fattuale e non solo una petizione di principio [...].

Le ragioni della scelta di fare il terapeuta sono, generalmente parlando, del tutto inconse. Solo nel corso del lavoro e della formazione emerge quella che per comodità di sintesi siamo soliti definire la nostra ferita primaria. Si tratta di quel focolaio di dolore, paura, rabbia variamente mescolati che può rimanere incistato e silente per tanto tempo, spesso per sempre.

Se come motivazione a questo mestiere c'è una nostra personale "malattia", cosa succede quando si guarisce? Non c'è il rischio di dover cambiare mestiere? No, non c'è questo rischio, per almeno due buone ragioni. La prima è che la "guarigione" non si raggiunge mai, nel senso che non esiste limite alla possibilità di evolvere e migliorare le proprie capacità relazionali messe al servizio dei pazienti. La seconda, molto gratificante, è che accompagnare altri sulla via della crescita, dello sviluppo, dell'autonomia, della libertà e della responsabilità è la funzione umana più alta, appartiene alla fisiologia della vita, è quella dei genitori verso i propri figli [...].

Per il paziente è giocoforza immedesimarsi subito nel proprio ruolo (di bisognoso, di dipendente, di domandante) e riconoscere il ruolo del proprio terapeuta. Per il neoterapeuta immedesimarsi nel ruolo rappresenta la difficoltà più grande, a motivo delle carenze, dei traumi e dei conflitti della storia della sua vita di figlio. Entrare nel ruolo è affare di un momento; assumerlo, interiorizzarlo, interpretarlo bene è un processo praticamente interminabile. È il ruolo che fa la differenza, a parità di tutte le altre condizioni, tra una persona comune e una persona-terapeuta.

L'attributo fondamentale del ruolo terapeutico è l'autorità, e questo spiega perché oggi giorno l'assunzione di questo ruolo è così tanto più problematica rispetto a un recente passato, vista la rarità di esempi di autorità positiva, sia nelle microsocietà familiari che nella macrosocietà della scuola, del lavoro, della politica.

Nel momento in cui la competenza terapeutica si sposta da un sapere tecnico-scientifico a una capacità personale soggettiva di

funzionamento nel ruolo, appare evidente che la formazione e il perfezionamento di questa capacità sono processi che non prevedono un traguardo finale definitivo.

È il ruolo a fare la differenza. Il ruolo, insieme agli altri elementi che illustreremo, rappresenta la parte strutturale della relazione terapeutica, l'argine entro il quale viene convogliata e governata la relazione interpersonale, soprattutto nelle sue componenti emotive, affettive, caratteriali, irrazionali, inconse.

Ci sembra che per una complessa serie di ragioni culturali e sociali la parte processuale del lavoro assorba quasi del tutto le energie e l'attenzione delle nuove generazioni di terapeuti, mentre non altrettanta considerazione va alle norme strutturali. Detto in altri termini: l'enfasi sui "diritti" e le ragioni della soggettività tende a mettere in ombra i vincoli e i dettami dell'oggettività [...].

Non vi sono impedimenti razionali alla comprensione delle poche regole che delimitano il campo d'azione terapeutico, semmai è la difficoltà emotiva a limitarne la comprensione cognitiva. È una tendenza umana inevitabile, soprattutto per chi inizia questo mestiere, resistere al confronto con il proprio inconscio, distogliere lo sguardo dal profondo ignoto.

Si sa che l'immagine delle persone che hanno alimentato il clima emotivo nel quale siamo nati e cresciuti continua a vivere in noi nei dettagli e nella struttura generale del nostro essere e per questo risulta faticoso il processo di individuazione, così denso di pericoli, così ontologicamente colpevole. Si capisce quanto sia difficile, soprattutto per chi non abbia ancora intrapreso un'analisi personale, riconoscere le spinte pulsionali che lo inducono a fare ciò che sa che non deve essere fatto nella relazione di cura. Tuttavia, riteniamo necessario considerare il terapeuta in formazione dotato di libero arbitrio, pertanto pienamente responsabile delle sue scelte terapeutiche. Da secoli la filosofia e la scienza si chiedono se l'uomo sia veramente libero e capace di opporsi alle spinte inconse, ma non abbiamo una risposta univoca e questo ci dice quanto complesso e delicato sia, solo per rimanere nel nostro campo, il percorso formativo. Non riteniamo però necessa-

rio aspettare una risposta sulla nostra presunta o reale libertà di volere, preferiamo considerare da subito il collega in formazione pienamente responsabile di tutte le sue spinte emotive, consapevoli o no, che lo portano ad aderire, o a disattendere, ai principi che il suo ruolo richiede.

Come abbiamo già detto, non ci sono difficoltà concettuali nella comprensione dello sviluppo psichico, della psicopatologia, della metapsicologia o della teoria della tecnica. La difficoltà è in come usiamo le nostre conoscenze, competenze esistenziali, modalità relazionali, ecc. Questo «come» è ovviamente intriso di emotività ma non può ridursi solo a questa. Il terapeuta, per esprimere la sua emotività in modo efficace, dovrà riferirsi a qualcosa che trascenda la sua soggettività e possa accogliere anche la soggettività del suo interlocutore.

Questo qualcosa è la dimensione etica, cioè l'insieme dei principi che permettono alle persone di riconoscersi appartenenti ad un sistema sociale. Senza questi principi ci collochiamo, inevitabilmente, fuori dal consorzio umano.

Tutti gli uomini si rifanno a qualcosa che trascende la loro soggettività. Infatti tutti giudichiamo, più o meno esplicitamente, le nostre azioni rispetto ad un sistema di riferimento fatto di valori e affetti che superano la nostra individualità. Mostrare il proprio sistema valoriale significa dichiararlo, significa elencare i principi che lo ispirano nel rapporto con gli altri. Solo così questi principi possono essere conosciuti e condivisi. È attraverso questa condivisione, questo spazio comune, che l'Io incontra il Tu, per dirla con Martin Buber. Così il soggetto incontra il soggetto. Questo spazio intersoggettivo è il massimo dell'oggettività possibile in una relazione di formazione o anche terapeutica [...].

Nella formazione tradizionale la funzione terapeutica e quella pedagogica erano maggiormente differenziate. Nella formazione che stiamo illustrando le cose sono più complesse. Come appena ricordato, spesso i colleghi che iniziano un percorso formativo non hanno ancora iniziato un percorso terapeutico personale, ma anche nel caso, più frequente, che questo percorso sia in atto o sia già stato completato, il livello di sofferenza manifestato nel

trattamento dei casi clinici sottoposti alla supervisione è talvolta molto grande.

Il processo di cura richiede tempo, richiede tempo il raggiungimento di un livello minimo di autogoverno e autocontrollo della propria affettività, e gli allievi si trovano a fronteggiare e gestire situazioni cliniche complesse da subito, prima che quel livello minimo sia stato raggiunto. L'allievo è esposto e coinvolto, nell'incontro coi pazienti, con l'interezza della propria persona, per questo le sue insufficienze e le sue immaturità si riversano nella relazione col paziente senza quelle mediazioni di tecnica e di metodo previste da concezioni di taglio "scientifico". Per di più, anche la grande, fondamentale risorsa rappresentata dal ruolo in autorità è oggi fruibile dai giovani terapeuti con maggiori difficoltà, per ben due ordini di motivi. L'uno è socioculturale, per la crisi del principio d'autorità; l'altro è personale, per il nutrito contenzioso con le figure di riferimento che sta alla base della scelta di fare i terapeuti.

Partecipando a incontri formativi con colleghi di altre scuole, ci siamo resi conto che gli aspetti strutturali della relazione terapeutica, ai quali la nostra impostazione annette un'importanza fondamentale, sono solo marginalmente presi in considerazione.

Abbondano raffinatissime teorie interpretative sui pazienti, ma il terapeuta come persona sofferente neppure appare. Forse non è un caso che abbondino così tante patologie narcisistiche anche tra i colleghi. In proposito ricordiamo che Sullivan, che pure trattava i pazienti affetti da narcisismo con grande delicatezza, era particolarmente severo nei confronti degli allievi terapeuti che manifestavano la stessa patologia dei loro pazienti [...].

Sul punto riguardante la sofferenza del terapeuta, la nostra ricerca e la nostra riflessione sono sempre in corso, ancor più da quando, con la legge sulla psicoterapia, le scuole private di formazione rilasciano alla fine dei quattro anni di corso un diploma di specializzazione, che abilita il titolare all'esercizio della funzione terapeutica.

Questo dell'abilitazione è un problema complesso, la cui soluzione attuale ha le sue luci e le sue ombre. Le prime consistono

nell'averne la legge istituito una forma di controllo sociale su coloro che praticano questa delicata disciplina. Le seconde sono dovute al prevalere, forse inevitabile, di criteri formali e burocratici su altri più sostanziali, più consoni alla natura della materia di cui si tratta. Costringere una qualità (il processo formativo) dentro una quantità (le duemila ore dei quattro anni di corso) è stata un'operazione che lascia aperti molti interrogativi, ma questo al momento è il contesto col quale è giocoforza misurarsi, e col quale abbiamo deciso di misurarci anche noi, una volta accertata la possibilità di salvaguardare l'originalità della nostra formazione anche all'interno dei parametri ministeriali.

Si può discutere quanto la formazione in gruppo consenta una cura sufficientemente buona delle difficoltà e sofferenze emotive e caratteriali dei terapeuti in formazione.

Una certa prassi prevede che quando, nella discussione di un caso, emerge un problema personale del terapeuta, questi venga invitato ad affrontarlo in separata sede, cioè nell'ambito di una terapia o di una supervisione personali. Ma questo dell'analisi personale è uno dei tanti stereotipi che dominano la questione della formazione del terapeuta. Diciamo stereotipo per come essa spesso viene tirata in ballo: una panacea applicabile automaticamente a tutti i mali! La maggior parte delle scuole di formazione prescrivono un'analisi personale come condizione obbligatoria per l'accesso, e spesso si richiede che essa debba essere praticata con uno dei docenti della scuola stessa. Fatti, questi, che infrangono alla radice uno dei capisaldi dell'esperienza terapeutica, quello che essa sia una scelta che scaturisce dalla libertà e responsabilità dell'interessato e non da una prescrizione esterna. Questo per dire che il problema della formazione non tollera semplificazioni e scorciatoie, soprattutto se si considera il terapeuta non solo dal punto di vista intellettuale-razionale, ma anche dal punto di vista della sua soggettività emotiva, affettiva, caratteriale.

Tornando ai gruppi: la nostra esperienza ci incoraggia a non mettere limiti all'apertura di sé da parte degli allievi, se il formatore ha consapevolezza e rispetta il contesto entro il quale queste

aperture avvengono, che è quello sì di persone sofferenti, ma anche di terapeuti con tutte le responsabilità che il ruolo comporta nei riguardi dei pazienti.

Può essere superfluo dirlo: una formazione come quella che stiamo prospettando, indirizzata prevalentemente agli aspetti affettivi ed emotivi della relazionalità interpersonale, tiene i formatori sotto un costante impegno di attenzione ai propri movimenti soggettivi nei confronti degli allievi, di rispetto delle prerogative del ruolo, e di coerenza tra "insegnamenti" e comportamenti, non solo dentro le stanze dove si lavora in gruppo o si insegna la teoria, ma anche nei corridoi, intesi per estensione come i luoghi e i tempi degli intervalli e delle pause per il pranzo o il caffè. Il ruolo del formatore, in analogia col ruolo del terapeuta, è fortemente investito da ambivalenze, timori, bisogni, desideri, invidie e gelosie e tutto quanto, in tema di rapporto con l'autorità e le figure parentali, rimane ancora vivo, aperto o irrisolto nei singoli allievi. Il contesto scolastico non può essere ovviamente attrezzato per raccogliere e trattare direttamente questi aspetti se non in circostanze particolari, ma è importante che i formatori siano consapevoli di questa realtà che sta sotto la superficie. Un piccolo esempio: l'essere riconosciuti col proprio nome può essere motivo di una gratificazione che può eccedere, per significato e valore, la misura del prevedibile, e altrettanto può avvenire, in caso contrario, per la frustrazione che ne può derivare [...].

Una conclusione ci sentiamo di fare in termini forti e certi, perché corroborati dall'esperienza: una volta intrapresa la via della cura, non c'è alternativa al dialogo, allo scambio, all'esplicitazione dei propri sentimenti, all'ascolto dei propri e altrui moti interiori, e questo vale tanto più quanto, in quel particolare momento, l'impresa appare impossibile.

TRA DOCENTI...**Domenico Marcolini**

Mi piace pensare alla seduta di supervisione come a una rappresentazione teatrale dove ciascun partecipante è chiamato a recitare i ruoli che ci assegna il nostro regista inconscio per drammatizzare i momenti di maggior significato emozionale che attivano l'attenzione nel nostro mondo interno. Il teatro è il setting, in esso gli attori (supervisore, membri del gruppo, presentatore del caso) recitano i loro ruoli. Un campo dove le immagini prodotte dalla mente del gruppo al lavoro possono trasformarsi in pensieri perché gli stimoli esterni ed interni, fisici e mentali, si muovono in modalità conscie ed inconscie in grado di espandere i significati, far debuttare nuovi personaggi e dare inediti assetti attraverso l'integrazione di diversi vertici osservativi. Questo fecondo gioco di specchi consente al presentatore del caso di sintonizzarsi meglio sia con il suo mondo interno che con quello del suo paziente. Ciò avviene grazie all'utilizzo delle rappresentazioni emotive e mentali generate dai movimenti cotransferali e dalle identificazioni dei partecipanti con i personaggi che incarnano la gruppalità interna di terapeuta e paziente. Il gruppo funziona infatti come vitale cassa di risonanza rispetto alla situazione clinica portata e le ripercussioni che ne scaturiscono sono il frutto del potere del gruppo di accogliere ed entrare in risonanza con i bisogni del terapeuta e del paziente.

Contando su tale aspetto, nella mia esperienza di supervisore, dopo la presentazione del caso lascio che sia il gruppo a lavorare permettendo così che si disegni, attraverso il contributo di ciascuno dei partecipanti, una traccia di lavoro grazie alle rappresentazioni che il gruppo farà del paziente e del collega in relazione con il paziente. A questo proposito mi viene in mente una frase del regista Jean-Luc Godard: "Se uno spettatore mi dice che il film che ha visto non gli è piaciuto io gli rispondo che è colpa sua, perché cosa ha fatto lui per migliorare i dialoghi?".

Fatta questa importante premessa, un altro aspetto che nel lavoro di supervisione non dobbiamo mai dimenticare è che il la-

voro gruppale con gli allievi non è una psicoterapia di gruppo: non sono infatti seduti su quelle sedie solamente come persone in cerca di salute ma, anche e soprattutto, come terapeuti in cerca di salute. La nostra Scuola si presenta infatti con "un insegnamento 'forte' degli aspetti strutturali delle relazioni terapeutiche e con un accompagnamento personalizzato di ciascun allievo nel processo di assimilazione e interiorizzazione delle prerogative del proprio ruolo, e di presa di coscienza e cura delle proprie disfunzionalità nel rapporto con se stesso e con l'altro".

Ne consegua, a mio modo di vedere, che il supervisore debba saper ascoltare come un terapeuta ma saper poi parlare come un insegnante. Nel farlo ho sempre in mente, almeno come bussola orientativa, quelli che ritengo essere i tre livelli di responsabilità che hanno orientato il mio percorso di formazione e autolegittimazione come terapeuta.

1) La responsabilità di una sufficientemente solida individuazione professionale: ovvero possedere una concettualizzazione della funzione di cura attraverso l'introiezione teorica ed esperienziale, prevalentemente emotiva, degli attributi e delle prerogative di ruolo muovendoci nel rispetto degli elementi strutturali che governano la relazione terapeutica.

2) La responsabilità dei nostri coinvolgimenti: è vero che "nessuno è responsabile della vita di un altro, ciascuno è padrone della propria vita e della propria morte, ma siamo responsabili dei nostri coinvolgimenti" (J. Hillman). In tal senso potremmo dire che l'etica in psicoterapia è l'incontro responsabile con l'altro. Ciò significa quindi assumersi il dovere di una costante cura del proprio corpo emotivo per essere capaci di una sufficiente conoscenza degli elementi controtransferali e poter quindi distinguere quanto le nostre emozioni di terapeuti siano indotte dal paziente e quanto invece riverberino parti nostre non elaborate (nel nostro linguaggio la cura della ferita primaria) che tendono ad alterare la nostra capacità di ascolto e relazione, negando al paziente il diritto di essere fine e non mezzo.

3) La responsabilità di una intenzionalità specifica: ovvero sapere ciò che sto facendo nel qui e ora con ogni singolo paziente,

dopo aver tollerato il non sapere grazie all'addestramento alla "capacità negativa" (Keats-Bion). Il paziente ripete, all'analista spetta la trasformazione della ripetizione inventando nuove configurazioni affinché ciò che appare insolubile possa essere trasformato. Un posizionarsi affettivamente e sensorialmente qua e là nel campo relazionale per incontrare l'altro... sintonizzarsi con gli stati d'animo del paziente per poterlo così incontrare e comprendere (A. Lampignano, 2016). Saper quindi cambiare le proprie disposizioni relazionali ed affettive per introdurre nuovi modi di essere in relazione e far procedere il processo di cura.

Come? Restituendo al paziente un significato della propria sofferenza attraverso uno sforzo sempre teso a offrire inediti contenuti e significati alle rappresentazioni emotive e sensoriali dei nostri interlocutori per arricchire la relazione di nuovi luoghi affettivi e nuove possibilità psichiche.

Un procedere assieme capace di trasformare la "diagnosi" in atto di cura.

Nella prima parte di questo scritto spero di essere riuscito a descrivere quale eccezionale strumento possa essere la supervisione gruppale per creare inedite raffigurazioni del mondo interno del paziente e contribuire pertanto a soddisfare questo livello di responsabilità.

Niente a che vedere quindi con il ricorso, più o meno raffinato, a teorie definitive il cui utilizzo riveste la principale funzione di difenderci dal dolore del paziente, dalla fatica di ricevere, accettare e tollerare la sua angoscia. Penso più "debolmente" che gli squarci che a volte nel lavoro di supervisione si aprono sul mondo interno del paziente possano piuttosto essere proposti in funzione relazionale, a vantaggio dell'incontro, dell'accoglienza e della cura: deboli tracce di ipotesi parziali, di utili "non verità", che possono però aiutare la funzione interrogante arricchendone l'effetto.

Un nutrimento alla relazione narrativa affinché si generino nuove storie, nuovi punti di vista, allegorie in grado di far rivivere il "conosciuto non pensato" (Bollas), nella rinuncia a codici interpretativi forti, grazie ad un procedere bidirezionale in cui

non è centrale la ricostruzione ma l'alfabetizzazione emotiva. Una possibilità di utilizzo relazionale e non medico-scientifico della conoscenza teorica ed esperienziale; un sapere affettivo che alimenta l'attributo dell'autorità del terapeuta e al contempo si sottrae agli esiti desoggettivanti di una diagnosi definitiva.

Paolo Serra

È tempo di riprendere, si spera in numerosa compagnia, il dibattito epistolare sulla formazione alla Scuola di formazione del Ruolo Terapeutico.

D'altra parte questo diventa ancora più importante dopo la scomparsa di Sergio Erba, che tanto ha dato a tutti noi docenti della Scuola nel delineare un metodo formativo coerente che ci accomuni (nonostante i tanti approcci teorici a cui guardiamo), in un metodo sostanzialmente simile nelle finalità di fondo.

Il recente contributo di Domenico Marcolini mi offre lo spunto per inserirmi in questo dibattito.

Non sono per niente sicuro di aver compreso tutte le argomentazioni che Domenico porta nel suo scritto. Alcune pagine mi suonano chiare e condivisibili (i tre livelli di responsabilità nel fare il conduttore di un gruppo di formazione, ad esempio) mentre per quanto riguarda altri passaggi temo di averci capito poco, o forse li ho addirittura fraintesi (la frase di Jean-Luc Godard, che non farei mai mia; il "conosciuto non pensato" di Bollas, che sento più attinente ad un rapporto terapeutico con pazienti di difficili capacità relazionali, cosa che non dovrebbero essere gli allievi). In generale l'articolo passa spesso dal lavoro di formazione con gli allievi, che è un incontro tra terapeuti in formazione e un conduttore, il quale ha il compito precipuo di introdurre nel materiale che emerge quelli che sono gli aspetti strutturali del mestiere, al lavoro clinico con i pazienti, che è un incontro tra un terapeuta e un paziente in cerca di salute.

Io credo che siano posti differenti, dove avvengono cose differenti e con risultati che non possono che essere differenti.

Termini come supervisore, insegnante, controtransfert, diagnosi da un po' di tempo li avverto distanti dal mio modo di

concettualizzare il mestiere di docente. È una lontananza emotiva, in particolare.

In una seduta di formazione, dal mio ruolo di conduttore, pongo in evidenza qualche cosa che il presentatore del caso fa fatica a far emergere. La scelta che compio è sicuramente arbitraria, io stesso in un altro momento potrei porre un altro tema che sento rilevante in quell'altro momento, e un altro collega metterebbe in evidenza un tema diverso ancora che ritiene funzionale al suo ruolo di conduttore. Chi può dare patenti di verità? Probabilmente sono vere tutte le posizioni, purché si rispetti il principio del metodo rispetto alla finalità, che è sempre quella di consentire ai giovani colleghi di comprendere meglio le loro difficoltà di fronte ad un paziente.

Il contributo di Domenico ha una chiara e coerente impostazione gruppo-analitica. Cosa che va benissimo, purché venga esplicitata con coerenza, cosa che del resto lui cerca di fare nel suo scritto. Per conto mio, rivendico un'altra impostazione. Quest'altra impostazione è già stata scritta e concettualizzata nel libro *Psicoterapia: un pensiero, un metodo, una pratica*, libro scritto dal sottoscritto con Sergio Erba, Elena Semola e Carmelo Di Prima.

Un'esemplificazione di quello che faccio lo traggio da questa situazione formativa.

Una collega presenta una situazione clinica con una sua paziente con la quale ha una certa difficoltà ad applicare un setting sicuro e stabile per lavorare senza ambascie. Propone una cosa, poi la paziente aggira l'accordo, la collega fa finta di niente, e così via.

Avevamo, sempre in gruppo, trattato in un precedente incontro il problema, ed allora la collega aveva colto l'importanza di stabilire un setting di lavoro sicuro per tutte e due, paziente e analista, e lavorare eventualmente sugli scarti che si fossero verificati rispetto al setting stesso concordato.

Dopo l'esposizione del caso, chiedo alla collega cosa le rende difficile lavorare con la paziente sul mancato rispetto del setting concordato. La collega abbozza delle risposte tutte centrate su quello che fa la sua paziente. Altri membri del gruppo saltano su

quel carro e si avvia un movimento tutto rivolto a quello che fa la paziente, perché lo fa presumibilmente, ecc.

Nessuno vuole affrontare la domanda che ho posto. A quel punto decido che posso far vedere alla mia collega, presentatrice del caso, cosa farei io se fossi alle prese con una paziente così, come quella che ha presentato. Ho ribadito che aspettavo una risposta alla domanda che avevo posto, e senza una sua risposta a quello che avevo chiesto non aveva senso avventurarsi in altri argomenti, magari importanti, ma che esulavano dalla mia domanda: "Cosa ci sta chiedendo?".

Tutto l'incontro è andato avanti così, con il resto del gruppo che ha accolto, sia pure con difficoltà per qualcuno, il suggerimento di aspettare una qualche apertura della collega che presentava il caso. La seduta è finita così, con una specie di sospensione e un sospiro di sollievo della collega.

Giorni dopo, incontrandoci casualmente, la collega che aveva portato il caso mi ha detto che era stata malissimo, ma mi ha anche ringraziato perché aveva capito, finalmente, qualche motivo delle sue resistenze a mettere in atto quello che pure riteneva giusto.

Ho fatto un buon lavoro? Spero di sì, però in un altro momento avrei potuto cogliere un altro aspetto dei tanti che la collega aveva portato e il lavoro in gruppo sarebbe stato diverso.

È un esempio, e come me altri ne avrebbero tanti altri. Quello che mi pare importante è continuare a scambiare le esperienze e le riflessioni. Non avendo più la figura del "padre" Erba che ci sollecitava a una discussione che partisse dalle nostre esperienze, tocca a noi oltrepassare l'adolescenza e imparare ad essere grandi.

Lorena Monaco

Qualche tempo fa vi mandai la proposta di avviare un confronto su cosa anima e orienta i formatori della Scuola del Ruolo quando entrano all'interno dei gruppi di supervisione del sabato. Nel corpo docente ho considerato anche le 4 terapeute che stanno apprendendo il mestiere. Tra queste ci sono anche io.

L'idea di avviare questo confronto è nata dall'arrivo dello scritto di Domenico Marcolini, che tratta appunto di gruppi di formazione, a cui ha fatto prontamente seguito lo scritto di Paolo Serra.

La proposta è semplice ma di sicuro al contempo profondamente complessa.

Dire cosa anima e orienta quando ci si muove all'interno dei gruppi di supervisione vuol dire trovare le parole, trovare quelle giuste (giuste, ossia in sintonia con ciò che si vuole dire), metterle in forma scritta, avere il tempo per farlo, essere aperti e disponibili a vederle mettere anche in discussione. Non è facile.

Mi sono formata alla Scuola del Ruolo, ciò che è chiamato in ballo è il mio gruppo di lavoro, ciò di cui si discute è un metodo di lavoro, quello che ho appreso al Ruolo, che sento sempre più mio e di cui ne apprezzo sempre più la preziosità e la peculiarità. Non sono una docente della Scuola ma al termine del mio primo anno di apprendistato (il corso ne prevede due) posso dire qualcosa anche io a proposito della mia esperienza e a proposito di cosa ha animato e orientato me in questa preziosa esperienza propostami da Sergio Erba e alla quale ho risposto subito di sì.

Innanzitutto entrando in stanza nei gruppi di supervisione, accanto al conduttore, ho immediatamente sentito di occupare una posizione particolarmente delicata: non quella della conduttrice e non quella dell'allieva. Da questa posizione così delicata e particolare ho sentito l'importanza di fare interventi solo in punta di piedi e solo dopo aver intuito la direzione proposta dal conduttore. Il ruolo del conduttore è riconosciuto dagli allievi ed è fortemente istituzionalizzato, quello di chi lo affianca non così tanto. Ho cercato sempre di avere ben in mente la mia posizione così particolare. Non sempre ci sono riuscita.

All'inizio, portando i miei primi interventi, ho sentito alto il rischio di vedere confondere i miei interventi con quelli degli allievi ma mi è venuta incontro come sempre la semplice realtà a dirmi che non era così. I miei interventi sono stati accolti e sentiti esattamente e nient'altro come provenienti dalla reale posizione che stavo ricoprendo: quella di una formatrice a sua volta in for-

mazione. Questo il gruppo lo sapeva bene. Ero io a non averlo così chiaro.

Non mi sono sentita di tacere e fare solo "osservazione" perché credo (per quel che mi riguarda) che si possa osservare una vita intera senza imparare nulla (l'esempio che fa spesso Luciano Cofano della piscina rende molto... si può stare una vita intera sul bordo a guardare uno che nuota benissimo e poi affogare quando ci si butta in acqua...). Il Ruolo Terapeutico è qualcosa a cui sento di appartenere e che sento appartenermi e dire la mia all'interno dei gruppi mi è sembrato non solo permesso ma anche dovuto. La formazione "in ballo" è la stessa che ho ricevuto io da allieva... questo mi ha dato il permesso e la piena autorizzazione di potermi esporre. Sono stati inoltre i momenti in cui mi sono esposta i veri momenti formativi per me in cui mi sono ascoltata, sentita, ho visto il riscontro del gruppo, ho potuto avere quello del conduttore.

Sono stati confortanti e preziosi i momenti in cui gli interventi da me proposti hanno riscontrato aperture, condivisioni, apprezzamento ma devo dire che i veri momenti formativi sono stati quelli in cui ho sentito che il mio intervento era "stonato". Cos'è un intervento "stonato"? Ne ho qualche esempio da fare.

Nel corso di un gruppo a un certo punto ho chiesto qualcosa di più sulla storia di vita dell'allieva, ho fatto un'associazione tra il caso portato e la sua storia di vita... mentre parlavo sentivo il mio intervento stonato alle mie stesse orecchie, la sensazione di un intervento tirato per i capelli e fuori luogo. Ho sperato non fosse così ma la delicatezza e la fermezza con cui l'allieva al termine del gruppo mi ha detto, prendendomi in disparte, che per lei non c'entrava nulla quella associazione ha confermato la mia sensazione. Toccare la vita delle persone lo si può fare solo da un ruolo altamente e profondamente riconosciuto. Solo quando la persona ci dà il permesso. Preziosa lezione. Ringrazio questa allieva.

Altro esempio. A un'allieva che portava tutta sua rabbia e il suo rancore per una storia familiare davvero faticosa ho detto la mia, ossia che credo profondamente che non si possa stare in

pace con se stessi senza prima essersi riappacificati con i propri genitori. Come ho sentito alle mie orecchie questo intervento? Razionalizzante, disturbante, non rispettoso, fuori luogo. E la reazione dell'allieva me ne ha data la precisa conferma. C'è un tempo e c'è uno spazio da rispettare. E soprattutto c'è un dolore da rispettare, sempre. Non l'ho fatto in quell'occasione.

Preziosi per me (e ho la presunzione di dire anche per gli allievi) i momenti in cui ho chiesto chiarimenti al conduttore, ho esposto curiosità, ho curiosamente interrogato alcuni movimenti all'interno del gruppo stesso. E devo dire che ho trovato i conduttori sempre ben disponibili a spiegare i loro passaggi e il loro metodo davanti al gruppo, e il gruppo sempre molto curioso e ben pronto ad accogliere tutto questo.

Ecco, se dovessi dire cosa ho imparato da questo anno direi che è fondamentale non tanto cosa fare ma cosa non fare.

La tentazione di cercare la soluzione al problema portato dall'allievo è troppo spesso lì che irrompe nella mia mente. Dovrò farci i conti.

Il paragonare le situazioni portate dagli allievi con le mie: altra tentazione. Le loro sono le loro, uniche e irripetibile. Spero di ricordarmelo sempre.

La fretta e la tentazione di spiegare come si fa e come non si fa... non è per questo che gli allievi portano i loro "casi". Spero di tenerlo sempre presente.

E poi c'è l'attenzione al gruppo che ogni tanto parte, va, si perde, torna. Si perde... in base a che cosa dico "si perde?" Per usare questo termine vuol dire che ho in mente che una strada giusta ci sia. Ci si perde quando si ha una direzione, senza una meta non ci si perde neanche...

E poi si aprirà per me la questione del trovare il giusto compromesso tra l'interrogare e considerare "materiale da lavoro" ciò che percepisco e considero disturbante quando questo capita (persone che parlano mentre qualcuno sta parlando, ritardi, facce, atteggiamenti non rispettosi) e il semplice dire che quella tale cosa non è permessa e semplicemente non si fa.

Ho affiancato conduttori diversi nel corso di questo anno co-

gliandone una profonda similitudine di fondo e preziosissime differenze nel mettere in forma viva un pensiero e un metodo.

Cosa vorrei apprendere e far mio di quello che ho visto e sentito nelle loro conduzioni?

La capacità di attesa, il saper sostare, l'apertura mentale ed affettiva, la non fretta, la curiosità davanti a un gruppo che si muove, il sentire pienamente il gruppo e al contempo le singole persone, la convinzione che è dal gruppo stesso che arriveranno stimoli e aperture.

La creatività... ogni gruppo è diverso. E così ogni situazione portata. Gli attrezzi del mestiere sono gli stessi. Ma si possono maneggiare in tanti modi diversi.

La ferma delicatezza di saper "stare" sui fondamentali del Ruolo.

Chiudo queste mie riflessioni con un ultimo pensiero rivolto a Sergio Erba che ho affiancato negli ultimi suoi gruppi di supervisione. Una fatica immensa. Ma sentivo che era proprio lì che volevo e che dovevo essere. Era vitale e desideroso, trepidante per tutto ciò che voleva ancora trasmettere e insegnare. Trepidante perché voleva esserci. Esserci, presente al suo Ruolo. Nonostante il corpo non gli tenesse più. Mi fa piangere questo ricordo. E lo porterò sempre con me.

Grazie a tutti i miei docenti in particolare a quelli che ho affiancato nel corso di questo anno e grazie a Domenico Marcolini e a Paolo Serra che hanno aperto questa possibilità di confronto.

Buona estate.

Franco Merlini

Prendo alla lettera l'affermazione iniziale di Lorena "Cosa anima e cosa orienta quando ci si muove all'interno dei gruppi del sabato" e aggiungo solo una domanda: "anima e orienta chi?"; ovvero, chi è il soggetto a cui si rivolge? È ovvio che si riferisce al conduttore, al supervisore, al terapeuta o al formatore che dir si voglia (e anche al suo partner, co-conduttore, co-supervisore ecc.) ma, l'omissione del nome mi sembra già importante. In effetti, nominare l'uno o l'altro, significa scegliere fra un ruolo o

l'altro e attribuirgli delle prerogative piuttosto che altre. O comunque immaginarle. Non penso sia questione di lana caprina, né tantomeno voglio indicare priorità ma che esiste una relazione, una reciprocità, fra il soggetto (che orienta) e il suo desiderio (che lo anima), credo sia del tutto evidente. Come dire che il "che cosa anima" è in funzione del ruolo che il soggetto si dà.

Io personalmente, mi ritrovo più a mio agio se mi penso come terapeuta piuttosto che come supervisore, anche se lavoro nei gruppi di supervisione. Queste due questioni, il soggetto e il desiderio, ne chiamano in causa una terza, che definirei il metodo che poi è un po' il "terzo", il limite, la regola: si lavora "in gruppo" o "col gruppo"? Il paziente è oggetto di analisi oppure no? La diagnosi si fa? E se sì, quale? E a che pro? E che gruppi sono i nostri? Di terapia? No, sì, fino a un certo punto? Vecchi "tormentoni", forse questioni irrisolvibili ma, nel momento in cui ci si appresta ad apprendere il mestiere, giustamente ricompaiono. E credo che i conduttori senior abbiano qualche responsabilità, e giustamente Lorena ci invita a questo scambio di idee.

Dunque quel "cosa anima e cosa orienta" a me sembra abbia a che fare con il desiderio dell'operatore che lo orienta verso una posizione ottimale di ruolo nei limiti imposti dal contenitore nel quale si ritrova ad operare. In estrema sintesi: posizione etica e regola si devono incrociare... gran fatica, sempre. I nostri gruppi non sfuggono certo a questo assunto, anzi! Come ben sappiamo l'armonizzare responsabilità, creatività e rigore ci ha da sempre caratterizzato, assumendo posizioni piuttosto indipendenti e critiche verso un certo modo di concepire la clinica.

Un esempio. All'inizio della mia carriera ebbi modo di fare dei percorsi formativi con docenti che interpretavano il ruolo di conduttore di gruppo in modo, direi, piuttosto classico. Dove, per capirci, vigevano regole piuttosto precise e stringenti: ad esempio, l'osservatore non poteva parlare, non poteva scrivere, non poteva mostrare emozioni, non doveva commentare in alcun modo quanto stava succedendo durante la sessione di gruppo; così come ai partecipanti non era consentito di interrogare o rispondere direttamente ad un altro partecipante ma dovevano

obbligatoriamente rivolgersi al gruppo o tutt'al più al conduttore. Conduttori e partecipanti evitavano di incontrarsi "fuori seduta" e naturalmente era vietatissimo ai partecipanti sviluppare relazioni di altra natura fuori dal gruppo. Un giorno, intanto che facevo l'*observer*, avevo osato rispondere a un partecipante che mi aveva offerto una caramella "no grazie!"... avevo proferito! Apriti cielo, non avevo rispettato la regola del silenzio (e quindi non avevo fatto cadere il tentativo di usare me per imbonire il conduttore tramite l'offerta di un oggetto buono). Questa fu l'interpretazione che giustificò la lavata di testa che mi fece Enzo Spaltro! Diversamente, ricordo quando assistetti la prima volta ad un gruppo di supervisione tenuto da Sergio Erba e gli chiesi come regolarsi... se parlare o no. Lui, guardandomi quasi sorpreso, mi disse: "Fai come ti senti". Quasi peggio! Non so se mi spiego.

Capisco quindi perfettamente Lorena alle prese con la questione del dire, se dire e cosa dire. In effetti, l'osservatore, non è che sia lasciato solo in quelle circostanze dal conduttore ma è certamente solo di fronte alla decisione da prendere. Ecco perché parlo di desiderio e metodo. Il "lavoro" sul primo è certamente più importante ma il metodo (teoria e tecnica) si deve conoscere. Personalmente come conduttore (ma esattamente anche come terapeuta), cerco di occupare la mia posizione al meglio, cercando di far occupare al meglio anche quella dell'allievo che porta il caso non meno che quella del gruppo che ascolta e partecipa. Faccio ciò cercando di mettere in questione contemporaneamente se c'è una terapia, o comunque una relazione terapeutica, su cui lavorare (anche se spesso la si dà per scontata) e se c'è una domanda da parte del portatore del caso. Mi riferisco al fatto che qualche volta c'è una narrazione ma non ancora una terapia, così come qualche volta c'è un bisogno (portato dall'allievo) che non si è ancora evoluto in domanda.

Quindi il mio ascolto, all'inizio, è particolarmente orientato ad osservare la parte strutturale del caso, cioè se ci sono i fondamentali della relazione d'aiuto, ovvero se c'è una domanda e se è stata trattata, se c'è un setting sufficientemente stabile e sicuro e

soprattutto se l'allievo è entrato nel ruolo. Secondo Wilhelm Reich si dovrebbe procedere prima interpretando le resistenze e poi i contenuti, l'ho sempre considerato un insegnamento prezioso. Spesso alle resistenze del paziente si sommano quelle dell'allievo ad assumere questa sua parte passando tout court a quella processuale. Il che significa talvolta costruire una relazione col paziente (ma anche con l'allievo che porta il caso e il gruppo che interagisce) senza le fondamenta. Quindi, come capita di osservare, gli interventi, magari anche illuminati, dell'allievo non vanno da nessuna parte, con il rischio di inseguirlo o di essere alla sua mercé.

La relazione cioè non è stata messa sotto transfert; c'è magari un buon incontro, una buona empatia, molto coinvolgimento da parte di entrambi ma si resta, come dire, sul "sociale". Noi assumiamo che la domanda del paziente sia sempre per definizione da falsificare, o malata se si vuole: le nostre istanze interne talvolta ci impediscono di vederlo.

Questo approccio, talvolta, non consente di trattare propriamente il "caso", restando in un certo qual modo al di qua di esso (mi affretto a dire che è mia esperienza il ritrovarmi nella medesima situazione anche con colleghi già formati e che lavorano magari da anni; lì qualche volta le cose sono anche più drammatiche perché si tratta di terapie che sono partite da un bel po' di tempo ma che mai davvero possono dirsi iniziate). Questa sorta di collusione, vorrei sottolinearlo, può riguardare tanto l'allievo alle prese col suo paziente che il conduttore alle prese con l'allievo. Talvolta fortunatamente il gruppo, un po' come un coro dissonante, come un terzo che rompe la simbiosi, aiuta a capire l'*empasse*, talaltra amplifica questa dinamica e si determina quello che Bion chiamerebbe un assunto di base di accoppiamento. La lettura di *Esperienze nei gruppi*, appunto di W. Bion, la raccomanderei come supporto teorico. Diversamente da Freud, Bion pensava ai gruppi più come orientati alla psicosi che non alla nevrosi, forse proprio perché la presenza del conduttore nei gruppi di Bion restava abbastanza defilata e il gruppo (come in tutti i gruppi di terapia) non aveva uno scopo definito: questo a parer

mio induceva già una risposta di un certo tipo. Questo è anche un tema nostro e in fondo l'immaginare il gruppo come nevrotico *versus* psicotico rappresenta i tanti stili di conduzione dei docenti della Scuola o i diversi momenti di conduzione: come fossimo sempre un po' presi tra Freud e Bion...

Io non mi considero fra coloro che fanno particolarmente regredire il gruppo. Ho però in mente le conduzioni di Giorgio Ferlini in cui, al di là del suo modo scanzonato di fare (e lo dico davvero con molto affetto e gratitudine), l'osservatore che era con lui friggeva (almeno io), e penso che anche il gruppo non stesse particolarmente bene. Mi chiedo: c'era bisogno di quell'induzione? Certo è che non essendo un gruppo di terapia, poi in un modo o nell'altro Ferlini doveva "chiudere" il gruppo, e questo, a parer mio, invalidava un po' tutto lo sforzo fatto prima per rimanere sul "fantasma".

Se i fondamentali ci sono e la parte strutturale è assestata e c'è una buona cornice che contiene il lavoro dell'allievo e del paziente (che significa che si è creata anche una buona cornice che contiene il gruppo, il paziente e me) allora, ed è chiaro che sto immaginando una situazione ideale, penso che si possa passare ai fatti. Qui mi sono d'aiuto il concetto bioniano di "fatto scelto" e di "campo analitico" così come lo hanno teorizzato Kurt Lewin, Foulkes e Baranger dopo. Lewin assume il gruppo come una totalità dinamica fondata su una identità gruppale ben precisa, a cui fanno eco Foulkes e Baranger assumendo che i pensieri e gli accadimenti psichici siano il frutto comune di un'unica mente di gruppo. Riguardo al concetto di "fatto scelto" mi limito a riportare la definizione che ne dà Lopez Corvo (fedele interprete di Bion) ricordando che Bion riprende il termine dal matematico Henri Poincaré che parla del precipitare del significato di una situazione di elementi dispersi non ancora correlabili ad opera di un fatto o di un elemento che improvvisamente illumina tutto, conferendo coerenza e senso agli elementi prima dispersi.

Concludo con l'osservazione che, naturalmente, nella pratica questi momenti, queste fasi e queste divisioni sono di fatto molto ridimensionate, non compaiono e nemmeno si perseguono così

come le si teorizza: questo è ovvio. I concetti subiscono rimescolamenti e producono dubbi, oltre che certezze. Sono tali e tanti gli elementi che intervengono negli incontri in carne e ossa che sempre siamo spostati dal nostro ruolo ed è impossibile procedere secondo quanto ci si è prefissato. Penso che la cosa utile sia tenere presenti certi presupposti ma di non cercare di forzare in una direzione piuttosto che in un'altra; come dire, "si naviga con il vento che c'è".

Usando una metafora direi che si è lì a sentire il respiro del gruppo, la temperatura dell'allievo e anche l'odore del paziente. Il resto viene da sé.

P.S. Ferlini è in pensione ma mi è stato detto che insegna ancora psicologia in un circolo ARCI... ! Ho visto una sua foto di recente: sempre seduto su una sedia, con il suo tipico dolcevita, come faceva al teatro (Ruzzante?) quando insegnava a noi studenti del primo anno del Corso di laurea in Psicologia (1971-1972).

Alfredo Vivaldelli

In questa domenica piovosa mi è venuta l'ispirazione di partecipare al carteggio avviato da Lorena.

Vorrei partire da lontano e cioè dal senso di una Scuola di formazione quale è quella del Ruolo Terapeutico. Io partirei da un assioma: il Ruolo Terapeutico, dopo lunga e sofferta riflessione, ha deciso di farsi accreditare come Scuola di formazione dal MIUR; l'accREDITAMENTO prevedeva delle regole che a volte confliggevano con alcune modalità e principi maturati al Ruolo Terapeutico, ma la sopravvivenza del Ruolo era legata anche alla adesione delle richieste del MIUR. C'è stato un grande sforzo concettuale ed organizzativo per far conciliare i nostri valori nel rispetto del setting imposto dal Ministero (Sergio Erba sosteneva che il setting è al di fuori di noi, sta sopra di noi: o ci va bene o siamo liberi di stare fuori).

La *mission* della Scuola, così come impostata da noi nel rispetto delle regole istituzionali e dei principi del Ruolo Terapeutico, è quella di trasformare operatori delle relazioni di aiuto in terapeu-

ti capaci di mettere in connessione il proprio territorio mentale/persona con il territorio mentale della persona/paziente per un progetto di cambiamento.

Io vedo due tipi di strumenti per raggiungere questo scopo: una conoscenza della teoria sulla quale si basa il nostro agire terapeutico, e una forte conoscenza di noi stessi e della nostra capacità di accogliere la domanda e rispondere alla persona/paziente che, con tutte le sue ambivalenze, chiede di essere aiutata.

Sul primo gruppo di strumenti non mi dilungherei, ricordo solo che nulla nasce dal nulla: prima di noi e contemporaneamente a noi migliaia di altri pensatori hanno lavorato e lavorano sugli stessi contenuti teorici e la Scuola deve conoscere di tutto quello che bolle in pentola e mettere gli allievi nelle condizioni di apprendere i percorsi che ci hanno portato al punto di teorizzazione in cui siamo. Evitiamo con tutti i nostri mezzi l'autoreferenzialità, non abbiamo timore di incontrarci con il mondo scientifico e con il mondo delle evidenze (peraltro spesso solo parole).

Sul secondo strumento, e credo che sia quello che più interessa Lorena, mi soffermerei partendo dalla mia esperienza di conduttore. All'inizio ero quasi ossessionato nella ricerca delle devianze rispetto al setting, allora si chiamavano "maniglie" attraverso le quali leggere gli eventi che accadevano al portatore del caso. Appena il collega finiva il suo racconto, memore che senza domanda non ci si può muovere, la mia domanda era "cosa ti induce a parlare di questo caso?" e l'interlocutore di solito rimaneva "stonato". Su questa reazione possiamo discutere, ma la mia impressione era che questa domanda era diventata uno stereotipo: avevo un codice e mi aspettavo di portare dentro a questo codice il narratore e il gruppo. Mi sono poi accorto che gli allievi più vecchi e quindi "ben formati" facevano la stessa domanda quando tardavo a farla io. Questo mi ha messo in confusione rispetto alla dichiarazione che il Ruolo Terapeutico non indottrina. Ho deciso allora di non farla più all'inizio della seduta ma solo alla fine: "Ora ti è più chiaro perché hai portato il caso?" oppure "Cosa pensi di esserti portato a casa oggi?". Questa domanda spesso la faccio anche al gruppo. E questo era solo all'inizio, poi

sono arrivate altre “verità/certezze” che non mi convincevano perché indotte nel processo e non dedotte (vedi ferita primaria, vedi etica come coerenza ai propri principi, e qui penso di scatenare la sensibilità di qualcuno, ma tant'è!). Ho cominciato allora a pensare a un lavoro deduttivo e non induttivo.

Ovviamente questo cambiamento non viene dal nulla, infatti ho letto, conosciuto e frequentato persone che si occupavano di gruppi; per citarne alcuni Cofano, Napolitani, Bion, Yalom, Lo Verso, Silvestri, Fasolo, Resnik, Pontalti e mille altri e da questi ho imparato.

Ogni persona è competente sulla sua vita e sull'effetto che, su di lui/lei, hanno le vite delle persone con cui vive o con le quali ha vissuto. Vivere la vita richiede competenza, qualunque sia la forma di questa competenza, dalla creatività fino al delirio e l'esperienza soggettiva di ogni relazione contribuisce a costruire la competenza essenziale per il senso basilico della propria identità e della propria relazionalità.

Le persone vivono in ambientazioni umane, ognuna delle quali ha codici di significazione peculiari e mutevoli nel tempo, che sono importanti per la costruzione e il consolidamento del sentimento di identità e di comprensibilità della propria esistenza soggettiva. La famiglia, la scuola, il lavoro, le amicizie sono contemporaneamente ambienti psicologici, affettivi ed organizzazioni socio-antropologiche e quindi sono campi gruppali ad alta pregnanza simbolica. Tali gruppi forniscono alla persona continui rimandi ed evocazioni di senso rispetto alla personale esperienza sedimentata nella storia dello sviluppo in grado di promuovere continui cambiamenti.

La persona esiste solo in quanto è in connessione con i campi gruppali che lo hanno costituito e l'acquisizione di questa capacità di connessione è alla base del senso di appartenenza. L'appartenenza è quindi la connessione tra i codici di senso intrapsichici e i codici delle specifiche ambientazioni. Il senso di sé come persona è necessariamente connesso alla dinamica dei transiti possibili, faticosi, bloccati o impossibili tra campi gruppali/mentali.

Da qui parte il mio attuale, e forse non definitivo, modo di entrare nelle stanze per condurre un gruppo. Ascolto il silenzio iniziale, guardo come si muovono i membri, aspetto perché mi sento in una situazione gruppale in cui i territori dei singoli non sono ancora connessi, ognuno è straniero per l'altro, in questa fase ci sono più confini che non connessioni, ciò che potrebbe connettere le persone è il compito: qualcuno deve portare il caso, siamo qui per questo, ma ovviamente questo non garantisce la connessione tra territori personali fatti da mille altri territori più o meno connessi.

Qualcuno parte spesso dicendo: “Ci provo io”. Strana partenza se non la consideriamo come un tentativo di abbattere i confini e cercare connessioni, non è detto che ce la faremo. Ascolto con attenzione fluida la narrazione ma mi interessa anche della reazione degli altri interlocutori e di tutto quello che riesco a cogliere del linguaggio non verbale. Alla fine della narrazione la mia domanda è la stessa: “Come e cosa ha toccato dentro di voi la narrazione del collega?”. Il tentativo esplicitato, e spero non stereotipato, è quello di mettere in relazione il narratore e il suo modo di raccontarci le vicende e la risposta emotiva degli uditori. Quando va bene il gruppo è una camera di risonanza per le parti emotive non espresse liberamente e prendono forma significati imprevisti, sia per il narratore che per i membri del gruppo. Spesso, in momenti di particolare empassa, ai membri del gruppo chiedo di parlare di come si sentono in quel preciso momento. Spesso le persone più silenziose fino a quel momento offrono spunti preziosi per comprendere le parti non dette o ritenute indicibili. A volte io stesso dichiaro come mi sento in quel preciso momento oppure porto situazioni analoghe in cui ho vissuto emozioni e sentimenti che mi affiorano in quel momento e faccio lavorare il gruppo su come viene vissuto questo mio espormi.

Quando il gruppo ci sta a questo lavoro io confesso di essere felice, mi sento connesso al narratore e al gruppo. I confini sono diventati luogo neutrale di condivisione e comprensione. Ma non sempre è così, ma io voglio essere felice ugualmente!!! E

allora cominciano i guai e me ne accorgo da alcuni segnali: non ho pazienza, cerco di portare il gruppo all'interno dei miei codici, forzo la mano sulla struttura, parlo troppo, sdrammatizzo con qualche battuta di spirito, impongo e non attendo interrogando ma concludendo. Perlopiù me ne accorgo e lo propongo al gruppo, non è solo mio quello che avviene a me, è anche del gruppo.

Ancora un'altra cosa aggiungerei. Noi lavoriamo in un gruppo con il suo campo mentale, ma lavoriamo anche connessi ad altri campi mentali: una Scuola e un'istituzione, il Ruolo Terapeutico. Io sono io con la mia storia e i miei gruppi, ma io sono dentro una scuola con un compito assegnatomi e faccio anche parte dal 1982 dell'istituzione Ruolo Terapeutico con tutto quello che significa per me sul piano affettivo, culturale, professionale. Gli allievi hanno aderito a questa Scuola con le loro aspettative, i loro fantasmi, le loro speranze collegate alla loro storia, alla loro appartenenza, ai loro territori. Io credo che anche di questo dobbiamo occuparci quando siamo nelle stanze con i gruppi per non isolare ma per rendere percorribili tutti i territori personali.

E vengo all'ultimo punto che è quello più intrigante per Lorena: il ruolo del co-conduttore o formatore in formazione. Dico la mia rispetto alla definizione di co-conduttore. Io penso che questa definizione si addica a due operatori di pari grado che conducono una situazione in piena sintonia avendo discusso in precedenza la strategia e i ruoli. Questo modo di condurre comporta anche una valutazione *post* per affinare l'intervento seguente. Nel nostro lavoro del sabato non siamo in questa situazione e quindi preferisco di gran lunga la definizione di formatore in formazione. Per questo ritengo che il formatore in formazione abbia il diritto e il dovere di intervenire quando e come meglio crede. È compito mio poi utilizzare quanto è stato detto anche da lui per creare connessioni tra lui, il gruppo e me. Il gioco è esattamente quello descritto sopra. Anche del materiale portato da lui/lei provo a farne un territorio condiviso dove l'espressione della parte emotiva sia facilitata. Sì, mi si potrebbe dire... ma i ruoli sono diversi. Risponderei che diversi sono i compiti. Nella seduta il conduttore porta se stesso come persona, così come gli

allievi, e perché non il formatore in formazione. I compiti sono diversi: il primo conduce/guida il gruppo nella esplorazione delle parti emotive attivate da una storia, il secondo impara a diventare terapeuta e il terzo impara a condurre gruppi in grado di esplorare le parti emotive attivate da una storia.

Concludo con alcune domande. Una parte che facciamo poco noi vecchi conduttori è dedicare un tempo dopo la seduta per permettere le domande di chi si sta formando. Come fa chi si sta formando a condurre gruppi a sapere tutte le cose che attraversano il cervello e il cuore del conduttore? Come fa a sapere perché il conduttore ha fatto quella scelta e non altre? Quante domande non ci vengono fatte da loro? Perché?

Per ora ho finito e non so neanche se ho finito bene perché nel frattempo mi sono venuti altri dubbi. Ma è proprio vero che conduco in questo modo o è solo un mio desiderio? Gli allievi, attraverso le valutazioni, sembrano confermare la mia idea/speranza...

Un abbraccio e a presto.

I QUADERNI DEL RUOLO TERAPEUTICO
© Copyright 2017 IL RUOLO TERAPEUTICO

Responsabile della pubblicazione:
Il Ruolo Terapeutico

Stampato in Italia
presso Olivares Srl
Robecco sul Naviglio (MI)