

Il Sagittario | luglio / dicembre 2009 | nr 24



*Rivista scientifica dell'Istituto
di Psicologia Individuale «Alfred Adler»
fondata da Lino G. Grandi nel 1997*

Contributi di

*Psicologia Clinica | Psicologia del Lavoro | Psicologia Giuridica
Psicologia della Religione | Psicoterapia | Psichiatria
Psicologia delle arti | Filosofia | Pedagogia | Sociologia*

EFFATA'  EDITRICE

Le idee e le opinioni espresse dagli autori dei contributi pubblicati impegnano soltanto gli articolisti stessi e non la Direzione e la Redazione della Rivista, nonché l'Istituto di Psicologia Individuale «A. Adler». Riteniamo che il confronto delle idee, anche fuori dal filone di pensiero propriamente adleriano, sia necessario perché stimola la ricerca e la maturazione culturale di chi opera nel campo della psicologia.

COMITATO SCIENTIFICO

Leonardo Ancona †, Piero Benassi, Luigi Filippi, Ugo Fornari, Franco Freilone, Lucio Pinkus, Carlo Saraceni, Gian Giacomo Rovera, Giuseppe Ruggeri

DIRETTORE SCIENTIFICO

Lino G. Grandi

DIRETTORE RESPONSABILE

Sergio Vecchia

COLLEGIO DEI REDATTORI

Patrizia Luparia, Giansecolo Mazzoli, Teresio Minetti, Saveria Barbieri, Angela Bellini, Federica Fella, Marco Raviola

PROPRIETARIO

Associazione «POLLICINO – ONLUS» di cui è presidente il Dott. Marco Raviola – Via S. Domenico, 1 – 10122 Torino

DIREZIONE SCIENTIFICA, REDAZIONE CENTRALE, AMMINISTRAZIONE

Corso Sommeiller, 4 – 10125 Torino – Tel. 011.66.90.464 – Fax 011.66.93.526

REDAZIONE ESTERNA

c/o CESPES – Psicologia Clinica e del Lavoro – Via Wybicki, 1 – 42100 Reggio Emilia – Tel. e Fax 0522.43.86.00

EDITORE

Effatà Editrice – Via Tre Denti, 1 – 10060 Cantalupa (Torino) – Tel. 0121.35.34.52 – Fax 0121.35.38.39 – www.effata.it – info@effata.it

Autorizzazione n° 952 in data 29 aprile 1997 del Tribunale di Reggio Emilia

Linee guida essenziali per la Psicoterapia Analitica,
Lino G. Grandi | 5

Il trattamento analitico: analisi di un caso,
Francesca Di Summa | 19

Lo psicoterapeuta, la sessualità e i disturbi sessuali:
le implicazioni nei trattamenti psicoterapeutici,
Giansecondo Mazzoli | 25

L'inizio di una psicoterapia infantile, *A cura del gruppo
di psicoterapia infantile dell'Istituto Adler* | 45

La psicoterapia analitica con gli adolescenti,
Giovanni Cappello | 53

Professione Medico di base: la formazione accademica
è sufficiente alla pratica clinica?, *Paola Perozzo,
Nicoletta Alossa, Mario Gamba* | 63

Hanno scritto in questo numero | 79

Linee guida essenziali per la Psicoterapia Analitica

Lino G. Grandi

Per poter parlare di psicoterapia analitica, debbono essere considerate, pur se non esauriscono la questione, tre dimensioni dello psicologismo umano: *in primis* l'attenzione deve essere rivolta alle problematiche, assolutamente non definibili, non coscienti o coscientizzate che operano ed interagiscono con il conosciuto e che spesso influenzano, quando non condizionano, azioni, sentimenti, sensazioni, stati d'animo, ecc., che si propagano in modo confuso e spesso oscuro, quindi di difficile rilevazione; contemporaneamente è necessaria una comprensione aggiornata del significato e del ruolo del *setting*, al di là di superate e superabili rigidità formali, spesso difensive; non si vuole qui negare la significatività da attribuire ad un dinamico contenitore che può favorire – ma anche ostacolare – lo studio, la penetrazione ed anche la comprensione del campo di forze in cui si svolge il processo psicoterapeutico; va poi sottolineata con forza la scelta di vita dell'analista, scelta che implica una decisa e teleologicamente orientata assunzione di responsabilità e non soltanto di quanto avviene nel fittizio mondo della stanza dove si svolge l'analisi, ma anche delle modalità vitali, operative, intra ed etero psichiche che si attuano ed esprimono nella realtà esistenziale del paziente. Poiché è essenziale considerare il processo nel suo dispiegarsi, diventa necessaria ed imprescindibile un'operazione di

ricostruzione storica, non disgiunta dall'impegno allo svelamento di quanto si agita nelle profondità dell'inconscio, ad elaborare la narrazione, spesso influenzata da fantasmaticizzazioni, a migliorare l'impiego degli strumenti più consoni ad arginare, predisponendo consone modalità di contenimento, soprattutto relativamente alla spesso improvvida capacità trasformativa delle protoemozioni, considerabili quali lapilli che possono esplodere ed incendiare con modalità del tutto inaspettate la realtà psichica del paziente.

Dobbiamo poi considerare essenziali anche le operazioni di ricostruzione storica (o di costruzione mitica della storia), nonché lo svelamento delle fantasie inconscie; si opererà pertanto sulla collocazione nel qui ed ora, sul mondo interno, sulla dinamicità del campo di forze in cui si agita il «sentire» del paziente; aspetti questi che possono diventare occasione e veicolo di sviluppo del contenitore o, per citare Grotstein, del *dreaming ensemble*; non necessariamente tale operazione può realizzarsi nell'ambito della consapevolezza – sia dell'analista che del paziente.

Quale significato poi assegnare alla presenza ed alla complessità dell'onirico in seduta, mascheramenti inclusi? Freud considerava essenziali i sogni e aveva al riguardo impostato una metodologia per la gestione, la comprensione e l'utilizzazione degli stessi, impostando una modalità organizzata, una teoria della tecnica, quindi una vera e propria serie di procedure.

Altresì necessita di collocazione ed elaborazione l'attività di *rêverie* in seduta, quell'attività che consiste nel cogliere e fermare le immagini che affiorano nella mente dell'analista nel corso della relazione terapeutica; si tratta di immagini sollecitate dalla narrazione del paziente e che vanno ad innescare emozioni nella interrelazione nata dall'incontro dei due psicologismi.

Entrambi i processi (centralità dell'interpretazione dei sogni ed attività di *rêverie*) sono da considerarsi essenziali per lo sviluppo della analisi.

Vi sono psicoterapeuti che considerano tutta la seduta come un sogno e l'attività più significativa operata dall'analista è un processo trasformativo dal narrativo all'onirico, operazione questa che si prospetta come processo analogico con caratteristiche di filtro ed il cui esito è la comunicazione, caratterizzata spesso dall'affermazione: «Ho fatto un sogno in cui...» Si perviene così ad *ologrammi* che condensano ogni avvenimento descritto e/o personaggio e che permettono ad ogni narrazione ed ai suoi protagonisti una collocazione nel campo che ci si avvia ad indagare, e la realtà emotiva può così assumere le caratteristiche di sequenze fotografiche o cinematografiche.

Quale grado di realtà attribuire al «raccontarsi» e raccontare del paziente? Si prendano in considerazione sia un atteggiamento di ascolto a valenza storico-realistica sia una modalità tendente a privilegiare il decodifica-

re la realtà del mondo interno del paziente (quasi ad oggettivarlo ed assegnandogli di conseguenza un valore che deve essere riconosciuto come reale [Klein]). Posizione opposta è quella che sollecita il dubbio e la negazione; si privilegia così un'operazione di azzeramento del grado di realtà, proposto dal raccontare del paziente pur se esistenzialmente pregnante. La seduta diviene così un luogo di ricerca e di svelamento e pertanto assume la pregnanza di un'occasione unica per le trasformazioni, e le necessarie trasfigurazioni del funzionamento mentale del paziente e dell'analista.

Ci si richiama qui al pensiero di Winnicott, allorché provocatoriamente affermava che il percorso analitico prevede un gioco delle parti, che è sostanzialmente un gioco che bisogna però saper giocare ed addestrare a giocare: ispirandosi a quanto spesso avviene nel gioco dei bambini, è possibile assistere, se se ne colgono le significanze, alla promozione dei potenziali onirici che il gioco sa esprimere ed i fenomeni che si propongono alla osservazione sono posti al servizio della attività onirica.

Le suddette osservazioni non sono però applicabili a forme di psicoterapia che non propongano le caratteristiche epistemologiche e metodologiche delle psicologie del profondo.

Questione aperta e indiscutibilmente importante, pur non sempre considerata con la dovuta attenzione, circospezione e preoccupazione dagli psicoterapeuti, è quella riservata all'esteso fenomeno del rapporto verità/bugia (stadi intermedi interconnessi); in realtà trattasi di questione assolutamente problematica e centrale nel corso di ogni trattamento. È indice di rivoluzione metodologica il faticoso transitare dal più immediato considerare la verità storica (unitamente alla succedanea assunzione di gravidanza della verità narrativa), il transitare, dicevo, all'elaborazione e congiuntamente procedere allo svelamento delle finzioni. Va altresì compresa la specifica ed unica quanto aleatoria «verità» del contatto emotivo con il paziente e con se stessi; di qui transitare dalla modalità assunta dal narratore come determinante e spesso assoluta; si tratta infatti del soggettivo convincimento relativo al funzionamento del suo mondo interno. È un transitare verso modi diversi di pensare e leggere con invasiva soggettività il mondo personale del paziente stesso. Vi è poi una modalità personale e specifica di pensare ai fatti della seduta come sequenziali oppure finzionali.

Si dovrà allora considerare quale è la verità tollerabile dal pensiero auto ed etero comunicato, ma al contempo sarà opera di supervisione per l'analista la sua capacità di tollerare gradi diversi di falsità consapevole od inconsapevole nonché le relative immancabili distorsioni.

L'interpretazione mantiene il suo valore di essenzialità.

Differenti sono però le modalità interpretative: ne sono esempio le interpretazioni ricostruttive, le interpretazioni del transfert, quelle nel transfert, sature o insature, i tentativi di comprensione del campo, osservato sia dall'esterno che dall'interno, le riletture della/e narrazioni. Sono poi meritevoli (necessari) di riflessione i vari modi di comprendere ed integrare quanto un paziente propone dopo aver ricevuto un'interpretazione. Si è acquisito che può procedere (quasi) ignorando lo stimolo, con assoluta indifferenza, oppure produrre risposte catalogabili come difese, favorendo così inconsiamente distorsioni che possano essere addebitate alle modalità di ascolto del paziente, al suo personale modo di decodificare e/o di integrare. Spesso la narrazione od anche più semplicemente le espressioni utilizzate ed offerte al terapeuta richiamano le modalità del sogno, derivato dell'interpretazione ricevuta oppure dai suoi effetti sull'intrapsichico.

Il campo psicodinamico operante e pervasivo è spesso sollecitato da continui *après-coup* derivanti dall'ascolto della risposta all'interpretazione (risposta che richiede ascolto, comprensione e non necessariamente ulteriore interpretazione) e ciò nell'ottica di future modulazioni interpretative.

Si tratta di operare per consentire – anche se non necessariamente – che tutto quello che viene ad agitarsi nel campo, agendo analogicamente per sommatorie, vada a ri-abitare il Mondo Interno e persino a promuovere trasformazioni a connotazione revisionistica della Storia, operazione questa a posteriori con valenze che possono richiamare una produttiva creativa e inventiva.

Qualche riflessione ora sulle problematiche del transfert e di relazione.

Trattando del transfert consideriamo sia la lettura che lo vede come ripetizione di ciò che non può essere ricordato, sia come proiezione di fantasmi all'esterno.

Riflettendo invece sul concetto di Relazione, dovrà essere osservato in qual misura la soggettività dell'analista promuove movimenti psichici (Renik) ed in particolar modo il suo peculiare funzionamento mentale nell'*hic et nunc* (stato d'animo e realtà esistenziale del terapeuta compresi).

Absolutamente rilevante poi il livello e lo stile personale di ascolto e interpretativo cui l'analista fa riferimento, il suo impianto metodologico ed epistemologico, con gli assunti di base privilegiati, quali ad esempio quello edipico e quello pre-edipico, quello delle angosce psicotiche oppure quei livelli ancora più sotterranei e pur onnipresenti come quelli contiguo-autistici che sono, leggendo Ogden, uno dei funzionamenti possibili in ogni mente.

Diviene di necessità essenziale operare strategicamente, considerando l'impostazione privilegiata ed il modello di riferimento assunto; si privilegerà di conseguenza una mentalità più contenutistica che potrà richiamare ad

esempio aspetti quali la rimozione e/o i conflitti, ecc.; oppure la potenzialità del paziente relativa alla sua tollerabilità delle emozioni ed a ciò che va collegata l'opera di addestramento e di alfabetizzazione per l'acquisizione degli strumenti necessari per riflettere sulla realtà magmatica del suo mondo interno.

Non si completa qui il processo d'indagine e di terapia. Si dovrebbe continuare il dibattito considerando, ad esempio, i criteri di analizzabilità, il significato da attribuire alla decisione – condivisa – di fine analisi, i fattori cui fare riferimento per quanto può essere collocato ed ascritto a malattia e cosa intendere per guarigione. Ma i temi su cui discutere peraltro non terminano certo qui.

Alcune considerazioni tratte dall'attività di supervisione

Il terapeuta non deve mancare di curiosità, del desiderio di conoscenza e della capacità di architettare varie e mirate congetture.

La curiosità potrebbe però rivelarsi anche pericolosa, in specie quando risponde al bisogno di soddisfare bisogni insaturi, prescindendo dall'obiettivo primario della ricerca; potrebbe infatti forzare la barriera di contatto ed interferire in modo incongruo nella narrazione. La ricerca di indizi non deve soffocare la qualità della pazienza, del saper attendere, onde evitare il pericolo dell'invasività. Ferro al riguardo parla di *casting* inteso come quella continua attività che si agita ai confini del pensiero onirico dello stato di veglia (di analista e del paziente); si intende cioè presupporre che ogni percezione, concezione, o atto nella realtà esterna deve poter essere «sognato» per diventare una parte dell'inconscio, o del conscio, come risultato di una iniziale processualizzazione inconscia. Il casting richiede metodo e disciplina, nonché adeguato addestramento. E ciò perché l'uomo è tendenzialmente proposto al *grasping*, all'aggrapparsi al procedere con una marcia automatica. Eccoci quindi, come analisti, prigionieri spesso del bisogno di stare aggrappati a qualcosa, ad esempio a teorie già note e consolidate, a religioni e a ideologie.

Si potrebbe affermare che il terapeuta assorba energie (e tenda ad interessarsi, a perseguire) dalla rete delle credenze precostruite. Spesso prevale infatti la tentazione – derivata anche dall'abitudine – di stare sul noto (del paziente o delle teorie). Si tratta di una tentazione che pervade anche i giovani cultori della psicologia individuale, poiché per lo più provengono da studi universitari sostanzialmente freudiani e ne sono impregnati. Si osserva spesso un estendersi fino all'Edipo dell'analista e ne può conseguire una forma di diade narcisistica troppo escludente che può ostacolare la genesi di

una coppia generativa capace di spazio per l'originalità. Bion al riguardo ricordava, conscio del suddetto pericolo, che il paziente di oggi non ha nulla a che fare con quello di ieri (Grandi) e che si rischia pertanto di porgere interpretazioni scontate, fortemente legate alla primigenia teoria di riferimento, soprattutto se si è stanchi o quando è assente o poco coltivato un atteggiamento di ricerca, di originalità.

Il fenomeno del *casting* è sempre più centrale in ogni analisi. Permette di approcciarsi – se non si è bloccati dai fotogrammi che si acquisiscono fin dalle prime sedute – a quelle zone mute, inesprimibili, che consentono la ri-generazione dei personaggi, animati, inanimati, attuali, di storie che cominciano a donare senso, narrabilità, prima inesprimibili.

È bene infatti tenere a mente che, nel labirinto delle profondità umane, c'è un magma proto-emotivo da cui difendersi, ma che al tempo stesso contiene potenzialità espressive straordinarie.

Casting quindi come difesa costruttiva e creativa dal *grasping* del già noto, delle teorie consolidate che sono anche barriera difensiva verso una vera conoscenza.

Casting pertanto come elaborazione metodologica del noto «senza memoria e desiderio» di Bion, che è spiegabile come esigenza di ricominciare ogni volta da ciò che non sappiamo, senza insistere troppo su ciò che abbiamo già acquisito. E se è importante operare per trovare un senso, è pericoloso avere la necessità di trovarlo o di averlo trovato.

La pratica della psicoterapia analitica

Ad una domanda inquieta di un giovane clinico, preoccupato – in alcune specifiche situazioni – per la mancanza di corrispondenze tra la pratica e l'operatività non suffragata dal vangelo della terapia, Charcot rispose lapidariamente: «La théorie c'est bon, mais ça n'empêche pas d'exister».

Il suddetto richiamo è sollecitato da una riflessione, a sua volta stimolata dalla pratica della «didattica»: «Che cosa fanno realmente gli psicoterapeuti nell'intimità della relazione terapeutica?». Con relativa frequenza si è constatato che quando gli allievi riferiscono della loro esperienza con i pazienti tendono – per ottenere l'approvazione del maestro e della sua scuola di riferimento – ad armonizzare la realtà clinica con categorie prestabilite, in specie richiamando le teorie preferite od il pensiero dell'Autore che in quel preciso momento storico è avvolto dal fascino del successo.

Ed avviene, quasi inevitabile conseguenza, che non si presenta ciò che realmente succede nella stanza di analisi, bensì si assiste ad una recita (quello che vorrebbero aver fatto o detto), ad un copione di clinica idealizzata; tutto ciò non è produttivo.

Si risconta pertanto una difficoltà a rappresentare l'accaduto così com'è con il paziente e si devia con troppa facilità sui vari livelli di teoria sulla pratica o anche sulle idee di autori che a loro volta costruiscono teorie sulla pratica. E la soggettività finisce con l'assumere l'alone della universalità. Rispetto agli studi sul narcisismo ad esempio Kout e Kemberg ne sono un lampante esempio.

Al riguardo è opportuno ricordare quanto affermava Freud:

Nonostante il lungo cammino già percorso la psicoanalisi non ha abbandonato il terreno di origine; l'approfondimento, nonché il suo ulteriore sviluppo, sono tuttora legati alla pratica con i malati.

Teoria e pratica in psicologia clinica spesso non interagiscono in modo univoco. Il terapeuta deve vestire l'abito del ricercatore: si occuperà pertanto di ricerca empirica sui processi e sui risultati, di ricerca sulla relazione precoce madre-bambino, ricerca sui processi elaborativi dell'onirico, ricerca concettuale, ecc. L'ottica del ricercatore induce ad accogliere la diversità tra teoria e prassi: interpretazioni basate su inferenze relative a stati interiori complessi hanno visto analisti esperti in disaccordo fra loro.

Ciò non va letto come ostacolo per il progresso della psicologia clinica, bensì come opportunità.

Nello sforzo di mantenere la vitalità della situazione analitica, il terapeuta deve evitare ogni ingessatura e promuovere «una teoria inconscia, intrinsecamente privata, sviluppata sul materiale del paziente piuttosto che con le teorie ufficiali cui aderisce consciamente» (Sandler).

Spesso, dette teorie private vengono ufficializzate, pubblicate e divengono oggetto di studio e di guida per altri analisti. La problematicità consiste nell'universalizzare.

Ci si deve in proposito domandare se la metodologia che poniamo in essere e che sostiene il nostro lavoro è attenta alla pratica clinica con tutta la sua complessità e irripetibilità, se ne abbiamo conoscenza procedendo operativamente nello specifico, oppure se non stiamo semplicemente proiettando su di essa i nostri personali conoscimenti. Che i sistemi concettuali siano assolutamente necessari per l'osservazione delle disparate realtà che incontriamo è fuori di ogni dubbio. Altresì è corretto ed opportuno comunicare ciò che è stato rilevato con chiarezza e volontà di condivisione. Tuttavia, di fronte ai processi intersoggettivi, nei quali l'esigenza di validità è tanto necessaria quanto difficile, il rischio di un apriorismo negli schemi costituisce un problema.

Ciò è rilevabile nei dibattiti fra cultori di teorie diverse e si deve constatare che le difficoltà di dialogo non si devono tanto a ragioni teoriche quanto a ragioni pratiche.

È necessario, per la formazione di un corpus teorico/pratico coerente, assegnare alla pratica clinica un proprio statuto, indipendente dalla teoria. Non a caso Tuckett afferma che «la tradizione nella discussione psicoanalitica del materiale clinico di un altro collega è, per così dire, di fargli una supervisione». La supervisione del materiale presentato sembra essere il modello di discussione abituale nelle società psicoanalitiche e nei congressi nazionali ed internazionali.

Thoma ad esempio ebbe modo di comunicare il suo timore di non essere capito e di non essere discusso nei suoi propri termini ma, viceversa, di essere «supervisionato» in base alle teorie di riferimento (spesso congelate in un *corpus iuris*) dai partecipanti al *panel*.

Altresì vedeva trascurato il modello di «*apprendimento mutativo*», grazie al quale si apprende a riconoscere il sistema di interazione che il terapeuta stabilisce con il suo paziente. Thoma e Kachele sostengono che per rendere fruttuosa un'operatività terapeutica è essenziale valutare come l'analista che conduce il trattamento applichi le sue conoscenze professionali in interazioni specifiche. Nella presentazione del materiale è necessario che vengano spiegate le ragioni a partire dalle quali è stato scelto un certo percorso nonché le modalità che coerentemente sono state perseguite; similmente chi discute il caso presentato dovrebbe cercare di comprendere le ragioni che hanno accompagnato il lavorare in quella determinata prospettiva. Troppo spesso quanto qui auspicato non avviene e si finisce nel confluire in una confusione di linguaggi. Trincerarsi al riparo delle norme è farisaico e difensivo: soprattutto non aiuta a capire la complessità dell'uomo e delle situazioni.

A livello metodologico, è consigliabile porre un'attenzione prudente e riflessiva al modo in cui ci appare una realtà, contrastando con libertà di pensiero le pregiudiziali che possono indurre distorsioni. È questo un operare pratico e la parola «pratica» deriva dal greco *praxis* e significa non solo azione, atto, attività, esercizio, esecuzione, realizzazione, ma anche modo di operare, maniera di essere, risultato, conseguenza.

Nell'operare praticamente, si deve favorire (addestrare) la capacità del paziente di rivedere con il suo analista i diversi aspetti della propria modalità di costruire la realtà, con il risultato di sentirsi meglio. L'obiettivo è il conseguimento dello *Junktim*, vale a dire della congiunzione inscindibile tra il raggiungimento della conoscenza e la cura in psicoterapia.

E se in supervisione è ricercato lo spiegare, nell'analisi il compito che si è assunto è soprattutto quello di predire, cioè di proiettare fasci di luce su cosa succederà in futuro, su come reagirà il paziente se l'analista interviene nell'una o in un'altra maniera, e se tutto ciò ha come esito il benessere del

nostro compagno di viaggio. Durante la seduta, nella mente dell'analista ha luogo un compromesso: si tratta di dover armonizzare le ragioni teoriche che permettono di capire e di spiegare e le ragioni pratiche che orientano le decisioni da prendere riguardo il che cosa dire e quando e come intervenire. È mera azione di retroguardia e dallo scarso significato analitico l'atteggiamento difensivo del trovare spiegazioni *ex post facto*; il Sé creativo impone di arrischiare ipotesi predittive su qualcosa che non è ancora avvenuto.

L'analista assume su di sé la componente rischio, deprivato del paracadute di una teoria esplicativa; è, per così dire, in sofferenza dovendo orientarsi nel non-conosciuto, in un momento «vuoto» di teoria. Non si tratta comunque di un «vero» vuoto di teoria, poiché l'analista – pur non sempre riconoscendole –, fa uso di conoscenze teorico-cliniche che ha introiettato e le applica senza rendersi conto che comunque si è addestrato ad orientarsi, poiché possiede la sua personale bussola.

Sandler parla di prodotto del pensiero inconscio, in gran parte di teorie parziali, modelli o schemi, che hanno la qualità di essere disponibili, per così dire, di riserva per essere evocati tutte le volte che si renda necessario.

Possiamo affermare che spesso lavoriamo con i nostri pazienti senza sapere pienamente come lo facciamo?

Nelle discussioni cliniche si avverte che *colui che discute* è solito farlo a partire dalle proprie teorie esplicative ed esplicite, vale a dire ufficiali e pubbliche, mentre *chi presenta* il materiale probabilmente non riesce a percepire in maniera compiuta, e nemmeno a comunicare, le ragioni pratiche, implicite, che lo hanno portato a intervenire in un modo o nell'altro.

Forse sta proprio qui la difficoltà dell'analista a comunicare in supervisione l'essenza del lavoro con il paziente.

La peculiarità della relazione terapeutica si costruisce nell'intreccio di predizioni e validazioni (o smentite) che costituiscono il dialogo tra analista e paziente. Ogni analista possiede una quantità di elementi di ogni tipo e origine (la bussola personale) che contribuisce alla costruzione di teorie che si è andato via via costruendo e di modelli parziali. Tra questi elementi vi sono i contenuti specifici del mondo interno dell'analista, la sua *Weltanschauung*, la sua psicologia del senso comune, il suo legame con un gruppo o una scuola, la qualità di questo legame, la sua relazione con le «autorità» della psicologia clinica, le sue credenze scientifiche e prescientifiche, la sua personale elaborazione e rielaborazione dei concetti di disciplina, il suo controtrasfert, ecc. Se si tiene conto della specificità della pratica clinica si può vedere che i concetti nell'ambito delle psicologie del profondo non si sono mai formati una volta per tutte, ma sono in costante trasformazione e rielaborazione. Qui ci si confronta però con il tema di una euristica intersoggettiva poi-

ché è continua l'interazione e l'influenzamento dell'azione e reazione del paziente. Nel caso di questa interazione si producono i processi di validazione, o smentita, degli interventi dell'analista.

Il cambiamento terapeutico

Ne *Il problema dell'analisi condotta da non medici* Freud si sofferma a considerare la questione dello *Junktim* (legame) fra terapia e ricerca: il successo terapeutico è un derivato della conoscenza (Socrate) ed ogni trattamento è occasione di apprendimento.

L'approfondimento delle nostre conoscenze relative alla vita psichica umana dipende e necessita dell'esercizio e del praticare il mestiere (artigianale) e l'arte della cura dell'animo umano.

Fin dai tempi dei primi pionieri delle psicologie del profondo si sono confrontate ed anche contrapposte una varietà di opinioni, le une che privilegiavano il convincimento che la psicoanalisi fosse *in primis* una ricerca della verità relativa al paziente, ma altresì cominciava ad affermarsi il convincimento che l'obiettivo da considerare fosse la risoluzione o diminuzione dei sintomi attraverso formazioni di compromesso più funzionali, più efficaci ed adattive. Conseguenza del dibattito fu un processo dettato anche dal pragmatismo che stimolò, fra l'altro, un operare che tendeva a privilegiare una delle seguenti due prospettive:

- a) da un lato il cosiddetto *furor curandi*;
- b) dall'altro la conduzione di trattamenti che procedono senza obiettivi chiaramente stabiliti.

Nelle supervisioni è frequente osservare che molti trattamenti vagano indefinitamente. La giustificazione addotta consiste in una distinzione tra obiettivi «analitici» e obiettivi «terapeutici». Renik afferma che «la psicoanalisi clinica si propone in gran parte come un lungo percorso di conoscenza di sé nell'attraversare il quale si ritiene controproducente preoccuparsi eccessivamente del miglioramento sintomatico».

Si deve comunque considerare che la ricerca della verità rappresenta la base del miglioramento nel trattamento analitico. Lo svelamento degli aspetti inconsci che connotano la vita del paziente è prioritario rispetto alla cura, che ne sarà la possibile conseguenza, e ciò è confermato dalla pratica clinica. Va detto che la verità di cui qui si tratta è la verità relativa alla realtà psichica, al funzionamento della mente ed alle sue radici inconscie. Come però valutare qual è la verità del paziente in un dato momento? Si propongono al riguardo due concezioni. L'una, sostanzialmente monadica, colloca l'analista come un esperto, «l'amico che sa di più» (Adler) e che quindi conosce

per esperienza, metodo e pratica, il funzionamento della mente del paziente e le sue radici inconse; l'altra, a connotazione diadica, sostiene che la verità è co-costruita nella interazione interpersonale e intersoggettiva tra paziente e analista. Un controllo delle «teorie» che l'analista ha in mente permette di considerare più produttiva la concezione diadica. Molte decisioni prese dall'analista – cosa investigare, come intervenire – dovrebbero essere determinate in funzione del beneficio terapeutico che il paziente può trarne. I resoconti dei trattamenti dovrebbero – nell'imprescindibile processo di validazione – essere focalizzati a mostrare i cambiamenti del paziente.

Pertanto, sebbene sia prevalente l'idea che l'oggetto della psicologia clinica sia la ricerca della verità celata nei meandri dell'inconscio, sta acquisendo pregnanza quale oggetto di studio la particolare figura intersoggettiva costituita dalla relazione analista-paziente.

Non è quindi possibile ignorare quello che gli analisti ed i pazienti vogliono. La ricerca della verità del paziente non si fa nel vuoto, bensì in seno ad una relazione tra due persone, il che ci porta ad approfondire il tema della validazione nel contesto clinico. Si tratta di un costante monitoraggio soggettivo della «verità» di ciò che pensiamo che stia succedendo. L'esigenza della validazione, della teoria e della prassi terapeutica si propone come essenziale e non più trascurabile, anche per non scivolare nel dilettantismo; altresì però non deve tradursi in gabbia, poiché nel lavoro psicologico ciò non è produttivo né funzionale. I pilastri per un processo organizzato sono l'osservazione, la conversazione e l'interazione. I criteri classici di verità, coerenza, corrispondenza e utilità della conoscenza svolgono indubbiamente le funzioni di guida, sempre che non si traducano in astrazioni (ovviamente ci si riferisce al tema della validazione). La conoscenza, in psicologia clinica, non è il riflesso della realtà, bensì è l'esito dinamico ed artistico di una co-costruzione sociale e linguistica della realtà intersoggettiva tra paziente e analista.

La verità (obiettivo analitico) si costituisce attraverso il dialogo; la conoscenza funzionale è la risultante di interpretazioni e possibilità di azioni alternative e conflittuali, che vengono discusse, negoziate e distinte seguendo le regole del metodo individual-psicologico. Ciò che interessa nel contesto clinico è la relazione tra significati ed atti, tra interpretazione e azione.

Il modello operativo deve ampliarsi verso la progettazione: pur mantenendo la sua significatività, l'opera dell'analista archeologo (il cui oggetto è la conoscenza di una verità nascosta) sostenuta e promossa dal Sé creativo dell'analista, è teleologicamente orientata ad imprimere lo sviluppo di un modello architettonico, in cui ciò che conta è la costruzione di una nuova casa.

Validare nella seduta analitica è dunque un processo permanente di ve-

rifica di ipotesi e congetture, di messa in discussione di queste e di confronto con le teorie e i modelli che l'analista ha a disposizione in quel momento. È anche un'opportunità di verifica del percorso che si è programmato. La coerenza del proprio discorso diventa quindi un criterio di validazione. Validare però è anche verificare la conoscenza con il paziente, protagonista del suo cammino analitico.

Va detto che la validità di una teoria sta nella sua capacità di facilitare l'azione. La conoscenza non è la consapevolezza di fatti assoluti, bensì la capacità di raggiungere un obiettivo all'interno di un contesto specifico (Fonagy).

Ricœur segnalava (1977) che il successo terapeutico costituisce un criterio autonomo di validazione e va sottolineato che la verità narrativa prende forma e pregnanza nell'incontro terapeutico e porta con sé la convinzione che si sta costruendo una «buona storia»; detta «buona storia» deve essere giudicata tanto per il suo valore estetico quanto per l'effetto curativo della sua forza retorica. Si può quindi affermare che un esame dei processi di validazione nella situazione clinica ci porta alla conclusione che lo sforzo di comprensione del materiale clinico proprio e altrui, dovrebbe in primo luogo consistere nello scoprire le ragioni pratiche che sottostanno agli interventi dell'analista e la loro relazione con i cambiamenti osservati nel paziente.

Riprendiamo il tema freudiano dello *Junktim*: nel trattamento, l'utilizzo della maieutica ed il percorso verso la conoscenza hanno consentito il successo terapeutico; non di meno, ogni trattamento ci ha insegnato qualcosa di nuovo. Parimenti ogni elemento conosciuto è stato accompagnato dall'esperienza dei benefici effetti che da esso potevano derivare.

Idea fondante questa, ma non assoluta.

Si è avuto modo di osservare che spesso accade che il paziente tragga beneficio da un trattamento analitico a prescindere dalle motivazioni che avevano consigliato l'incontro con l'analista; beneficio quindi a prescindere dalla cura specifica di ciò che si desiderava curare.

Alcuni affermati psicoanalisti considerano comunque un buon progresso e una buona conclusione del trattamento (quando non si può ottenere altro) che il paziente riconosca e accetti i propri sintomi, i propri errori, limiti e difficoltà. Vale a dire, si raggiungono obiettivi o affetti maieutici (o di conoscenza di sé) ma non quelli curativi. Quanto detto induce però in un rigoroso ricercatore significative perplessità ed è atteggiamento mentale dal sapore auto-assolutorio.

Il gruppo di studio di Boston sul processo di cambiamento ha proposto un modello di cambiamento che sostiene che l'effetto terapeutico del legame paziente-analista risiede nei processi intersoggettivi e interattivi che danno

luogo a ciò che chiamiamo «conoscenza relazionale implicita». Il locus mutativo nella terapia si produce quando il movimento di negoziazione intersoggettivo conduce a momenti d'incontro in cui si condivide la comprensione della relazione implicita reciproca, che a sua volta produce una ri-contestualizzazione della conoscenza relazionale implicita del paziente. La conoscenza condivisa può essere ulteriormente validata a livello conscio. Tuttavia, può anche rimanere implicita.

Ciò che va compreso, è il ruolo giocato dalla qualità del legame intersoggettivo, vale a dire la cosiddetta alleanza terapeutica come fattore curativo indipendente nella terapia. Problematica questa già, a suo tempo, segnalata da Ferenczi. Nella teoria del cambiamento si ritiene debba assumere significatività non dissimile dai temi dell'interpretazione e dell'insight.

Non si tratta di una differenziazione sostanziale dalle posizioni di Freud e della Klein; il middle group stabilì un nuovo modello della mente, derivato appunto da Ferenczi e sviluppato da Balint, Winnicott, quindi da Kohut e nel quale si intravedono tracce ben visibili della psicologia individuale di A. Adler.

Il fulcro non riguarda tanto il fatto che vengano presi in considerazione fatti nuovi, o nuovi dati clinici, quanto nel tipo di uso che si fa dei dati clinici.

Varie nozioni di cura e cambiamento spostano l'accento dalla ricerca della verità, pur centrale, a quei tratti caratteriali personologici e personali – influenze – dell'analista (l'Autore provocatoriamente dice: «Il setting sono io») come parte integrante del processo analitico. Si considera infatti che la qualità della relazione terapeutica è il fattore più potente di cambiamento in ogni forma di terapia, analisi inclusa. Gli interventi specifici della teoria originaria, cioè l'interpretazione e l'insight, non spiegano che in modo parziale e non sostanziale la varianza dei risultati del trattamento. La verità ricostruttiva non è condizione necessaria né sufficiente per l'efficacia terapeutica. La ricerca psicoterapeutica comparata – che richiede lo studio di altre dottrine – ha permesso di acquisire che, unitamente alle strategie considerate di natura psicodinamica, vengano applicati anche interventi tecnici che abitualmente vengono associati all'approccio cognitivo-comportamentale. Le differenze tra i diversi approcci possono essere armonizzate soprattutto se è ben chiaro che esistono differenze tra i diversi approcci e ciò per non ingenerare confusione.

Per citare Parenti, positività di un sano eclettismo, negatività ed incongruenze quando si scivola nell'«eclettoidismo».

La terapia cognitivo-comportamentale promuove il controllo degli affetti negativi attraverso l'uso dell'intelletto e la razionalità in combinazione con

una forte stimolazione, appoggio e rinforzo da parte dei terapeuti; nelle psicologie del profondo, invece, vengono sottolineate l'evocazione degli affetti, il portare alla coscienza sentimenti inquietanti e l'integrazione delle difficoltà attuali nella precedente esperienza di vita, usando la relazione terapeuta-paziente come agente di cambiamento.

Il tema di una possibile armonizzazione richiama la relazione tra conoscenza esplicita, dichiarativa e simbolica, e conoscenza implicita, procedurale non simbolica. Ciò induce a validare una gamma di interventi tecnici i quali, anche se non appartengono all'individual psicologia comparata relativamente al cambiamento, sembrano venire applicati privatamente da numerosi analisti nel loro lavoro quotidiano. La domanda cui si deve rispondere non è quanto le suddette tecniche siano accettabili in una ortodossia, quanto se risultino – dopo attenta valutazione – terapeutiche o meno. Se la risposta è affermativa, allora il problema consiste nella modalità di una possibile integrazione, nel modo che sia più utile al paziente.

Una teoria moderna dell'azione terapeutica deve descrivere sia ciò che cambia (gli obiettivi del trattamento) sia le strategie che possono essere utili a promuovere tali cambiamenti (tecniche).

L'esperienza insegna che è arrivato il momento di liberare la pratica dalla teoria (per parafrasare Cristo: la legge è fatta per l'uomo, non l'uomo per la legge): se la teoria viene disgiunta dalla pratica, la tecnica può progredire su basi puramente pragmatiche sulla base di ciò che si vede che funziona. La clinica psicologica (e la consequenziale teoria) del funzionamento mentale potrebbe quindi seguire alla pratica, integrando le recenti scoperte attraverso metodi innovativi di lavoro clinico. Questa è una impostazione metodologica, non epistemologica, dal momento che una separazione totale tra teoria e pratica è impossibile. Si tratta di costruire un nuovo paradigma, basato sul pluralismo metodologico, che potrebbe consentire alle varie epistemologie e teorie della tecnica proprie delle psicologie del profondo di uscire dal loro isolamento. La storia della ricerca in psicologia clinica ci induce ad affermare che la psicoanalisi, nella sua accezione più ampia (che vede inclusi junghiani ed adleriani), è ciò che viene praticato dagli analisti, il che significa che «ogni presentatore è considerato in sede di dibattito (supervisione o congresso o quant'altro) come un analista, indipendentemente da ciò che propone».

Si ritiene opportuno pertanto sollecitare una modalità innovativa, non costretta in gabbie teoriche ed operative, che potrà consentire di avvicinarsi all'effettiva operatività degli analisti e che porterà con sé un cambiamento culturale che si tradurrà in un progresso di rivitalizzazione delle psicologie del profondo.

Il trattamento analitico: analisi di un caso

Francesca Di Summa

Il trattamento analitico è l'espressione di un incontro, è la costruzione di un ambiente, è favorire un processo di auto-conoscenza finalizzato a recuperare le zone d'ombra della storia di vita di un paziente, per illuminarle al fine di contenerne gli aspetti devastanti ed al contempo permettere una rivisitazione ed un superamento finalizzato ad una migliore qualità della vita. Solo una prospettiva evolutiva può permettere l'affrancarsi dai modelli disadattivi ed accogliere modalità più funzionali al benessere dell'individuo sofferente: sarà pertanto virtuoso il saper attendere e rispettare i tempi del paziente, ma altresì importante sarà la capacità del terapeuta di saper vivere le emozioni, le ansie, le difficoltà, le angosce, il senso di vuoto che opprimono il paziente, la sua paura di frantumarsi, la sensazione di opprimente inadeguatezza.

Non diversamente da una madre che sappia porsi al servizio del bambino, che non si lasci distruggere dai suoi attacchi sadici riconoscendo negli stessi le caratteristiche discrasiche di un amore primitivo, l'analista opererà per impostare la relazione fornendo un mix di fermezza e sicurezza in un clima di accoglienza e tenerezza, elementi questi necessari perché si riorganizzi il Sé del paziente, grazie ad una vieppiù armonica integrazione delle istanze conflittuali (disarmoniche) con il principio di realtà, necessario per ogni auto-riconoscimento.

L'aggressività del paziente assumerà così valenza vitale propositiva e sarà accettata perché necessaria quale possibilità evolutiva. Grazie all'ambiente confortante, l'aggressività distruttiva potrà essere riconosciuta e progressivamente gestita ed anche il rimosso potrà riemergere alla luce, grazie appunto ad un analista-madre-ambiente che sappia accogliere le tempeste intrapsichiche, che sappia gestire la propria aggressività, che accolga con tenerezza il paziente-bambino che urla il suo dolore.

Mi sovviene, al riguardo, un trattamento psicoterapico – assolutamente impegnativo – che ha avuto inizio nell'autunno scorso.

Maria è stata inviata da un sacerdote al quale si era rivolta perché in crisi nel suo ruolo di madre e di moglie. Gli aveva confessato di essere molto depressa e di avere idee suicide. Il sacerdote, preoccupato per lo stato di salute psicologica della donna, le suggerì di rivolgersi ad uno psicoterapeuta di sua fiducia.

Storia di Maria

Maria ha 38 anni. I genitori sono contadini e vivono in un cascinale di campagna. Hanno sempre coltivato la terra ed i figli hanno imparato in fretta a divenire autonomi. Maria è la penultima di quattro figli. Il primogenito è un maschio. I genitori vengono descritti come persone ignoranti, rudi ed anaffettivi. In grande considerazione era tenuto dalla madre il primogenito che veniva da costei viziato, costringendo anche le figlie femmine a servirlo. In famiglia era assente il dialogo. Maria, come i fratelli, ha interrotto gli studi dopo le medie. I primi suoi ricordi raccontano di lunghe ore trascorse a pascolare il gregge in compagnia del fratello e di lunghe corse in bicicletta nei momenti di relax. Si descrive come «*un maschiaccio*». Si è sposata a 24 anni con un fabbro ed è andata a vivere nella cascina dei suoceri. Ha avuto tre figli. Maria gestisce un negozio di latticini che lei stessa produce. Si alza prestissimo al mattino per mungere le mucche e fare i formaggi che vende nel negozio. Il figlio primogenito ha 11 anni ed i gemelli ne hanno 7.

Racconta di avere difficoltà di relazione con il figlio primogenito. Non sopporta le richieste di tenerezza di costui e tende ad allontanarlo con modi bruschi. Non sa spiegarsi il perché non provi il medesimo fastidio nella relazione con i gemelli. L'aggressività nei confronti del primogenito le provoca insopportabili sensi di colpa, simili a quelli che nutre anche verso il marito (spesso si rifiuta di avere con lui rapporti sessuali). Dichiarò di non provare alcun piacere e di estraniarsi durante il rapporto: «*Io sono da un'altra parte*». Il marito viene presentato come un uomo molto paziente e fortemente religioso. Maria non ha amici e si sente a disagio in mezzo alla gente.

Pur avvertendo la presenza di una significativa psicopatologia ed ipotizzando modalità riconducibili a disturbi connessi a sofferenze derivate da realtà traumatiche, non è stato possibile effettuare una diagnosi prima del trattamento. Lo stato angoscioso era particolarmente intenso ed invadente. Era necessario pertanto iniziare subito un trattamento.

In corso d'opera si è pervenuti ad una diagnosi di organizzazione borderline di personalità caratterizzata da momenti di rabbia incontrollata che riversava in particolare sugli oggetti e sui figli. Riconosceva, durante le sedute, una irrazionalità scomposta delle sue reazioni rispetto alle marachelle dei figli. Maria inoltre non era in grado di costruire relazioni amicali ed affettive. Non aveva alcun interesse, alcun hobby. L'unico campo nel quale sembrava trovare qualche gratificazione era il lavoro, ma l'atteggiamento nella relazione con i clienti era comunque assai schivo.

Prima parte del trattamento

In questo periodo, Maria si raccontava tenendo gli occhi bassi, sfuggendo con lo sguardo la psicoterapeuta. Faceva fatica a parlare della sua famiglia, a raccontare dei suoi primi ricordi. Ripeteva che non si piaceva, che non era in grado di stare con la gente, che si vergognava, che non valeva niente. La terapeuta ha scelto di avviare il dialogo individuando un tema non ostico, e quindi ha indagato il campo lavorativo, campo nel quale la donna sembrava avere qualche gratificazione. L'interesse e la curiosità della psicoterapeuta per come Maria produceva formaggi e mozzarelle ha portato la donna a sentirsi capace di suscitare attenzione e di percepirsi stimata per il lavoro che svolgeva – processo di rinforzo dell'Io –. Maria arrivava in seduta raccontando di voler sperimentare nuovi prodotti ed attendeva incoraggiamenti. Sentendosi sostenuta ed apprezzata, metteva, poi, in atto quanto desiderava fare. Descriveva l'impegno nel tenere in ordine e pulito il negozietto e riportava le gratificazioni ricevute da parte dei responsabili dell'ufficio di igiene durante le visite di controllo. Allorché la fiducia permeava positivamente la relazione, Maria entrava in dissonanza emotiva ed alternava momenti di rilassatezza ad altri in cui «doveva» aggredire, doveva autopunirsi, affermando che non meritava la sua stima perché era una donna cattiva. Raccontava, allora, di aver picchiato i suoi figli e di aver distrutto i loro giocattoli perché non erano in ordine. Affermava di non sentirsi capita e che era inutile continuare il lavoro. Maria alternava momenti in cui dichiarava di sentire la psicoterapeuta vicina affettivamente a momenti in cui riversava su di lei tutta la sua rabbia.

Il primo obiettivo della psicoterapeuta è stato quello di creare un ambiente

psicoterapeuta accogliente-materno. Come una madre ha cercato di mantenere un atteggiamento coerente e fermo ma sempre di comprensione per tutto ciò che Maria raccontava. I bisogni affettivi venivano accolti e visibilmente compresi grazie anche ad un non verbale caratterizzato da sentimenti di tenerezza. Particolare attenzione è stata posta onde evitare che la donna potesse sentirsi giudicata, e ciò quando raccontava delle sue esplosioni di rabbia verso gli oggetti e verso i figli. Era necessario che Maria nel setting analitico facesse esperienza del sentirsi amata così com'era con i suoi aspetti positivi e con i suoi punti di debolezza.

Si è evitata qualsiasi interpretazione analitica per rispettare i tempi della paziente nella ricostruzione della sua storia.

Seconda parte del trattamento

Maria è arrivata in seduta agitata e con gli occhi bassi ha comunicato che voleva parlare di quanto le era accaduto quando era bambina. Non aveva mai parlato a nessuno di quanto stava per raccontare.

Avevo forse 8 anni. Non ricordo bene l'età. Mentre ero al pascolo con mio fratello, che allora aveva 12 anni, mi ha violentata. So che l'episodio si è ripetuto altre volte ma non so quante... Alcune notti, mio fratello si infilava nel mio letto e mi violentava. Non mi sono ribellata e non ho mai raccontato nulla né ai miei genitori né alle mie sorelle.

Dopo questa narrazione, Maria ha iniziato a portare in analisi i suoi sogni ed è stato possibile aiutarla ad interpretarli. Il tema centrale era quello della vergogna e del senso di colpa. Maria era angosciata dalla sensazione di aver provato paura ma anche piacere mentre il fratello la violentava. E questo le produceva la sensazione di «essere sporca». Non era in grado di guardare la gente negli occhi per timore che leggesse dentro di lei. L'interpretazione di un lapsus (aveva chiamato il figlio con il nome del fratello) l'aveva portata ad intuire che, quando il figlio tentava di abbracciarla, proiettava su di lui tutte le sue paure inconsce legate all'abuso subito. Il figlio veniva allontanato sempre in malo modo ed aggredito se insisteva nella richiesta di tenerezze.

Maria ha iniziato a parlare di sua madre; una madre fredda, non in grado di cogliere i suoi bisogni di tenerezza; una madre che non le ha permesso di confidarsi perché percepita come giudicante. Una madre che non le avrebbe creduto anche perché il fratello non ha mai modificato di fronte alla madre il proprio comportamento.

Nella seconda parte del trattamento, la psicoterapeuta ha potuto utilizzare le interpretazioni analitiche, l'interpretazione dei sogni e le libere associa-

zioni grazie alla particolare alleanza con Maria. Nel setting la donna aveva sperimentato per la prima volta una relazione con una madre capace di accoglierla, di non giudicarla, di comprendere le sue emozioni. Una madre che ha saputo attendere i suoi tempi e che ha continuato ad accoglierla anche quando veniva aggredita. La percezione di Maria di poter essere amata dalla psicoterapeuta le ha permesso, nella seconda parte del trattamento, di accogliere quanto veniva svelato dalle tecniche analitiche. Ed anche il ricordo dell'abuso subito è potuto riaffiorare grazie all'analista-madre-ambiente che ha permesso la costruzione di una situazione emotiva idonea per il riaffiorare del rimosso, contenendone l'esplosiva distruttività.

Lo psicoterapeuta, la sessualità e i disturbi sessuali: le implicazioni nei trattamenti psicoterapeutici

Giansecolo Mazzoli

Riflessioni introduttive

In questo lavoro si vuole portare l'attenzione sulle complessità che si incontrano nei trattamenti psicoterapeutici quando si affronta l'area della sessualità. L'esperienza insegna che in tutte le psicoterapie la sessualità dovrebbe ricevere adeguata considerazione; lo psicoterapeuta attento a tutte le dimensioni del funzionamento psichico incontra sempre una qualche disarmonia, di maggiore o minore entità, nel funzionamento della sessualità del paziente che incontra. Questo accade con tutti i pazienti, anche con quelli che iniziano il trattamento con richieste che nulla hanno a che fare con la sessualità.

L'affermazione può non sorprendere alcuni; altri potrebbero sentirne l'espressione un po' estrema, dettata dal bisogno di mettere in evidenza ciò che si cerca. Comunque sia, c'è accordo sull'idea che la sessualità sia un'area a elevato gradiente di complessità e delicatezza e sia, pertanto, prevedibile un suo funzionamento non sempre armonico. Nel suo territorio si affollano tanti significati e nella memoria di ogni individuo sono depositate tracce di numerose vicende sessuali, dalle più antiche della primissima infanzia fino a quelle attuali: tracce non immediatamente leggibili, la più parte persa negli spazi dell'inconscio. La sessualità è inoltre una parte della psiche dalle complesse intimità, nel cui spazio si agitano bisogni, aspettati-

ve, attese profonde in tali e tante ramificazioni che le soddisfazioni o frustrazioni vissute possono aver lasciato, nel tessuto emotivo dell'anima, ricordi armonici o cicatrici dolorose. Lo psicoterapeuta deve interrogarsi sulla natura, qualità e stratificazione delle vicende sessuali accadute nella vita del paziente, agire con tatto e prudenza nelle indagini che compie perché sotto la superficie della coscienza può trovare ferite che sono ancora aperte.

Non si vuole stabilire l'obbligo di transitare nei territori della sessualità in tutti i trattamenti psicoterapeutici. Criteri di priorità possono dare prevalenza al lavoro su aree disfunzionali che rimangono lontane dai temi sessuali; per molti pazienti le scelte possono suggerire percorsi terapeutici di sostegno, di matrice psicopedagogica, che escludono il lavoro sull'area della sessualità, non già per la convinzione di un'implicita armonia quanto per logiche di opportunità terapeutica. Per contro, i trattamenti psicoterapeutici che hanno l'obiettivo di rivisitare in profondità lo stile di vita non possono che prevedere un'indagine attenta sulla sessualità, a dispetto delle resistenze o delle difficoltà che il paziente può incontrare.

Le resistenze o le difficoltà a prendere in esame la sessualità in un percorso psicoterapeutico possono essere introdotte anche dallo stesso psicoterapeuta. Nella relazione che instaura con il paziente, lo psicoterapeuta è coinvolto con tutto il suo essere, con le sue convinzioni, le sue teorie, le sue tecniche e... dato il nostro tema, con la sua sessualità. L'esperienza come didatta e supervisore di gruppi di psicoterapeuti permette di constatare quanto sia frequente che gli psicoterapeuti si tengano alla larga dall'indagine sulla sessualità. Sono spesso le loro paure o i conflitti a spingere l'attenzione lontano del tema: l'indagare su un'area in cui lo psicoterapeuta stesso ha probabili nuclei irrisolti o poco elaborati viene evitata, inconsciamente sentita come pericolosa. Ovviamente si possono anche osservare situazioni in cui le vie di fuga sono precluse e nelle sedute non si può non parlare di sessualità; sono i casi in cui lo psicoterapeuta è obbligato a occuparsi di un disturbo di natura sessuale: il problema è chiaro, oggettivo nel sintomo del paziente per cui le risonanze inconsce personali sono, di regola, meno disturbanti.

Affrontare in psicoterapia l'area della sessualità, in ragione della delicatezza e complessità del tema, richiede allo psicoterapeuta una libertà interiore che deve essere conquistata con un lavoro sul proprio Sé. È doveroso ribadire l'assoluta centralità dell'analisi personale ed eventualmente didattica nel percorso di formazione al ruolo di psicoterapeuta: riconoscere, elaborare e possibilmente risolvere gli eventuali conflitti derivanti dalla propria esperienza di vita e, tra questi, anche quelli attinenti l'area della sessualità, è condizione necessaria e imprescindibile. Difficile immaginare uno psicoterapeuta che affronti con armonia i disturbi della sessualità del proprio paziente se privo di un'adeguata libertà interiore e di una buona cono-

scenza delle dimensioni della propria sessualità. Tuttavia, esperienza insegna, non è da dare per scontato che nelle proprie analisi personali tutti gli psicoterapeuti affrontino con coraggio la propria sessualità!

I trattamenti psicoterapeutici in cui l'area della sessualità e dei suoi disturbi è affrontata con adeguata incisività sono quelli condotti da psicoterapeuti che, nel percorso formativo, hanno ben lavorato sui diversi aspetti della loro preparazione. Il primo e più importante, giova ribadirlo, riguarda l'adeguatezza emotiva, la libertà interiore e la capacità di muoversi nei territori della propria sessualità senza paure e riserve pregiudiziali. Gli altri elementi, in interazione sinergica con il primo, riguardano le conoscenze delle diverse dimensioni in cui si articola il tema della sessualità, conoscenze che vanno a confluire nelle competenze cognitive dello psicoterapeuta e possono rivelarsi utili chiavi di lettura per comprendere i diversi significati presenti nei temi di natura sessuale.

In questo breve scritto si darà descrizione dei punti cardine di alcune macro aree, presentate distintamente, che nella realtà clinica possono offrire allo psicoterapeuta spunti conoscitivi, utili per costruire mappe orientative dei diversi significati della sessualità. Si tratta della dimensione socio-culturale, dei meccanismi percettivi che colorano di soggettività eventi, storie, situazioni a tema sessuale, delle diverse dimensioni e tipologie di disturbi sessuali che possono presentare i pazienti e, infine, le linee guida offerte dalle teorie psicologiche che danno indicazioni e coerenza ai percorsi psicoterapeutici. Il focus resterà comunque lo psicoterapeuta, le sue reazioni e il suo modo di utilizzare le conoscenze, nel tentativo di individuare le caratteristiche di uno psicoterapeuta efficace.

Sessualità, società e cultura

La prima area di cui si vuole dare conto riguarda i significati che la sessualità assume nel contesto sociale in cui lo psicoterapeuta opera. È importante possedere una buona conoscenza di questo livello di significati perché definiscono lo scenario dove il paziente si muove e struttura le sue idee, le convinzioni, gli atteggiamenti. Se ne darà solo qualche breve cenno, selezionato pensando a ciò che più frequentemente confluisce nella relazione terapeutica.

In qualsiasi società e cultura, la sessualità si presenta come un aspetto pervasivo, con forme e pesi diversi, ma sempre veicolo di importanti significati. Può essere esibita, provocatoriamente utilizzata, come nelle società occidentali che la utilizzano con abbondanza nelle diverse forme d'arte e nella pubblicità, oppure, mascherata, annullata, quasi cancellata come accade in certe società orientali: in ogni caso l'importanza della sessualità nell'eco-

nomia psichica individuale resta elevata. Del resto ogni persona organizza le proprie giornate secondo la propria identità di genere; il progetto quotidiano è costruito sullo sfondo del proprio essere sessuato e alla sessualità, nello specifico di ciascuna soggettività, viene dato maggiore o minor rilievo.

Nella sua essenza la sessualità è una forza dinamica, che spinge al movimento; può apparire energia disordinata, capace di rompere gli equilibri alla ricerca del nuovo, dell'eccitante. Quando prende le vesti della passione, si carica della forza capace di rompere gli schemi, diventa distruttiva, pulsione irrefrenabile che mette in scacco la ragione. Per questi dinamismi, la sessualità è sempre stata considerata realtà da temere, di cui andava controllata la naturale spinta alla trasgressione, all'andare oltre i limiti dell'ordine stabilito. Nel corso dei secoli le istituzioni sociali e religiose hanno cercato di canalizzarla, stabilendo modalità accettabili per la sua espressione e demonizzando tutte le forme che uscissero dai percorsi consentiti.

Il senso di colpa per le attività sessuali alternative a quelle stabilite delle regole sociali e religiose è stato un compagno di viaggio di uomini e donne d'intergenerazioni. Negli ultimi tre-quattro decenni, nelle società occidentali, ha preso avvio un processo di liberazione dai sensi di colpa per ogni tipo di attività sessuale. Il clima di relativismo culturale, progressivamente cresciuto con gli anni, ha rinforzato la centralità del diritto all'auto-espressione personale e ha tolto forza alle regole etiche e morali trasmesse dalla cultura tradizionale. La libertà sessuale è stata sbandierata in nome di una libertà collettiva.

In questo scenario è bene che gli psicoterapeuti s'interrogino sulla reale consistenza e sulla qualità di questa presunta libertà. Nel giro di pochi anni la cultura dominante ha proposto l'adesione a idee e comportamenti nuovi, radicalmente diversi da quelli passati. La pretesa trasformazione è stata tanto veloce da non consentire alla psiche umana, al nostro inconscio, una reale interiorizzazione dei cambiamenti. I significati emotivi dei grandi movimenti culturali impiegano molto tempo a essere psicologicamente integrati; la nostra parte razionale li coglie con immediatezza, ma prima che arrivino in profondità e si coniughino con i processi di pensiero più istintivi, immediati e spontanei occorrono passaggi generazionali.

Sta avvenendo una sorta di recupero di una sessualità più spontanea, legata a necessità primordiali, un ripristino dell'istintualità non tanto sul piano dell'ontogenesi, ma su quello della filogenesi. Un nuovo rapporto con il corpo è andato acquisendo una centralità fino ad ora mai sperimentata. Tuttavia il retaggio storico che per secoli ha distinto il corpo dalla mente non può essere facilmente dimenticato; la mente era la parte nobile, mentre il corpo quella corruttibile e terrena.

La generazione dei genitori nati a metà del secolo scorso è la prima ad

aver vissuto il passaggio verso il clima culturale di maggior libertà e, probabilmente, ha comunicato ai figli messaggi contraddittori, sospesi tra le censure apprese e le libertà conquistate. È frequente notare la conflittualità tra nuove libertà, che non sono ancora spontanee, spesso distorte, perché non sono vere e autentiche. È interessante osservare come idee, atteggiamenti e comportamenti dell'area sessuale siano la declinazione della cultura di riferimento con la rielaborazione individuale, frutto degli insegnamenti ricevuti e, a dispetto di tutta la liberalizzazione sessuale, i tabù continuano ad esistere.

Tra i significati della cultura attuale si ritrova l'attribuzione della centralità della sessualità nell'amore tra uomo e donna, considerata funzionale alla crescita del reciproco amore. Molti lo pensano e lo sostengono, ma è bene non dimenticare che per secoli, ciò che ha dato senso alla sessualità tra uomo e donna, è stata la procreazione, l'amore. Lo scopo fondamentale della sessualità è stato sempre identificato con la nascita delle future generazioni, atto creativo per eccellenza. Si ritrova il concetto anche a livello archetipico: la sessualità è il simbolo della relazione uomo-donna e in tutte le cosmogonie si trova sempre la relazione tra una divinità maschile e una femminile. Nella cultura greca, nostro importante riferimento, Urano, il Cielo, non viveva separato da Gea, la Terra, ma a lei attaccato in un coito ininterrotto, senza fine, fino alla nascita di Crono, il Tempo, che li ha separati e si è interposto tra loro. Mettendo lo spazio tra cielo e terra è stato introdotto il Tempo, creazione che rende possibile la scansione della vita e, con essa, la sua prosecuzione. Così la sessualità, forza opportunamente guidata, porta sì all'unione dell'uomo con la donna, ma il suo significato ultimo è stato, per secoli, la procreazione delle future generazioni.

La sessualità come dimensione che perfeziona il reciproco amore è una costruzione recente e lo psicoterapeuta deve aver chiaro che il mondo emotivo profondo, il nostro inconscio, la tratta come linea di tendenza, non ancora definitivamente acquisita: ben più radicata è l'idea che collega la sessualità tra uomo e donna alla funzione procreativa.

Sessualità e vissuti del terapeuta

La seconda area che si vuole brevemente richiamare riguarda gli aloni semantici dei termini della sfera sessuale e l'importanza, per lo psicoterapeuta, di essere attento alla soggettività dei significati negli scambi comunicativi. La stessa parola «sessualità» non è un concetto a una dimensione, ma piuttosto una costellazione di significati soggettivamente organizzati secondo una mappa che riflette lo specifico modo di sentire di ogni individuo. In una mappa mentale personale possono essere molti i termini che stanno

nell'alone semantico di sessualità: *censura, piacere, espressione, trasgressione, relazione, intimità, pulsione, creatività, conoscenza, energia, bisogno, altruismo, egoismo, comunicazione, identità, conflitto, paure, fonte di guadagno, dignità, desiderio, spinta primordiale, repulsione, procreazione, amore, affetto* sono solo alcuni dei termini che, con facilità, possono essere richiamati alla mente. Ciascun individuo, per storia ed educazione ricevuta, costruisce la propria costellazione, al cui interno, aggregando in modo soggettivo un grappolo di significati, definisce la personale «normalità»: la relazione con i significati dominanti nel contesto sociale stabilisce poi quanto la normalità soggettiva si avvicini o si discosti da quella collettiva. Si pensi alle fluttuazioni dei significati di normalità conoscendo una donna che ha avuto molti amanti, ma ha mantenuto una parvenza di perbenismo in famiglia e in società, dove è stata considerata una buona moglie e una madre attenta, mentre ha spesso nascostamente cercato il piacere sessuale con uomini diversi. Donna immorale, disonesta e inaffidabile oppure libera, cosciente di sé, responsabile nel mantenere la famiglia unita?

Questi interrogativi e la sottostante dinamica hanno una notevole rilevanza per lo psicoterapeuta. Quali percorsi, nella sua mappa mentale, sono prevalenti? Quali termini fanno da figura e quali da sfondo? Se uno psicoterapeuta, ad esempio, costruisce la propria mappa a partire dal termine *figli* e raggruppa il grappolo di significati sull'asse *famiglia – procreazione – affetto – amore*, si troverà a decodificare i dati di un paziente con questo specifico filtro emotivo e la disponibilità empatica sarà tanto più elevata quanto maggiore sarà la vicinanza del suo stile di vita con quello del paziente. Va da sé che di fronte a un paziente dalla sessualità disordinata, caratterizzata da infedeltà, orientamento al tradimento coniugale, trascuratezza verso i figli, lo stesso psicoterapeuta potrebbe sentirsi spinto a un'istintiva condanna, non soffocabile o cancellabile dallo scenario emotivo interiore. L'emozione dovrebbe essere subito gestita per evitare di comunicare, nel codice non verbale, un motivo espulsivo. Si può inoltre pensare allo stesso psicoterapeuta di fronte a un paziente perverso, un pedofilo ad esempio. Nell'incontrare una perversione così lesiva dell'infanzia indifesa, le difficoltà emotive dello psicoterapeuta potrebbero essere ancora più serie e andare oltre i limiti della sua capacità di gestione. In tali casi il passaggio a un altro collega s'impone perché anche un pedofilo che abbia la reale volontà di curarsi ha bisogno di trovare accoglienza e un contesto comunicativo non respingente. Fortunatamente le diversità personali tra gli psicoterapeuti possono diventare, in questi frangenti, importanti risorse. Un altro psicoterapeuta, ad esempio, incontrerebbe difficoltà meno significative perché la sua sessualità può essere organizzata attorno a significati dell'asse *pulsione – desiderio – piacere – trasgressione*. Le risonanze emotive istintive e le possibilità di accoglienza empatica potrebbero essere, in tal caso, istintivamente superiori.

Quanto detto non rimanda alla ricerca di una configurazione ottimale dei significati emotivi che uno psicoterapeuta dovrebbe possedere per operare in modo giusto e sano. La lettura semplificata dei fenomeni comunicativi vuole sottolineare l'importanza, per lo psicoterapeuta, della conoscenza del proprio sé, della personale organizzazione mentale e del senso che acquistano le diverse dimensioni della sessualità nel suo stile di vita. In altre parole va ribadita l'importanza di una buona analisi personale.

Nella pratica clinica gli intrecci di situazioni presentano sempre notevoli complessità e la linearità delle considerazioni è, di fatto, una semplice astrazione, esemplificativa di fenomeni più complessi. Se ne può dare una qualche indicazione proponendo anche solo qualche aspetto di un caso clinico.

La paziente è una donna di 36 anni, sposata da 6 anni. La sua condizione sessuale presenta una situazione di pressoché cronica anorgasmia. Da quattro anni non ha più desideri sessuali. Il marito è normalmente desideroso di avere rapporti con lei. Ci sono, di tanto in tanto, dei conflitti che nascono dalle richieste del marito che, a volte, minaccia la separazione per esasperazione. La donna vorrebbe un figlio, che darebbe senso all'essersi sposata. Non volendo rapporti pensa all'inseminazione artificiale e ha già consultato uno specialista; in caso d'insuccesso adotterebbe un bambino. Al marito il progetto sembra assurdo, ma non si tirerebbe indietro nella speranza che accontentando la moglie in questo desiderio le cose potrebbero migliorare. Entrambi sono credenti e praticanti; frequentano una parrocchia, dove la donna è seguita da un direttore spirituale. I loro amici appartengono al gruppo religioso; la maggior parte di loro danno consigli perché la separazione possa essere evitata.

Che cosa muove nell'intimo dello psicoterapeuta una simile storia? A prescindere dall'impossibilità di riflettere su ipotetiche reazioni standard, perché nella pratica pesa la soggettività del singolo psicoterapeuta, ci si può interrogare sul processo di pensiero che si attiva secondo la logica emotiva della figura-sfondo. Quale delle diverse dimensioni risalterà come prioritaria? L'anorgasmia? L'assenza di desiderio sessuale della donna? La questione dell'inseminazione artificiale? L'accondiscendenza del marito? Il rischio della separazione? Il problema religioso? L'esistenza del direttore spirituale? O altro ancora?

Il paziente stesso ha le sue priorità e, nel suo sentire, qualcosa sarà prioritario rispetto ad altro; lo psicoterapeuta deve seguirlo nell'organizzazione che propone. Ma il gioco delle difese e delle resistenze, ben sa lo psicoterapeuta esperto, porta il paziente a mettere sullo sfondo gli aspetti più complessi, quelli che generano più sofferenza e angoscia e lo psicoterapeuta, come compagno di viaggio, deve far ricorso al proprio mondo interiore, percepire la disarmonia degli elementi che «stridono» nello scenario di vita del paziente, proporli all'attenzione nei modi e nei tempi dovuti perché vengano

affrontati ed elaborati. In questo procedere lo psicoterapeuta gioca le proprie risonanze emotive, il personale modo di aggregare i significati, la propria «normalità».

La sessualità nella clinica

La terza area su cui è opportuno portare l'attenzione dello psicoterapeuta riguarda le modalità in cui si manifestano i disturbi della sessualità. Si tratta di un corpus di conoscenze facilmente reperibile negli specifici manuali, approcciabili con la logica dello studio. Il solo sforzo intellettuale può essere rassicurante per lo psicoterapeuta perché il disturbo è oggettivato, è qualcosa «di altro da me», diagnosticabile grazie all'osservazione di una serie di sintomi la cui conoscenza può anche rinforzare il senso del potere personale. Nella pratica clinica questa dimensione rassicurante svanisce presto perché l'incontro con i pazienti che presentano una sessualità disturbata obbliga lo psicoterapeuta al contatto con la propria interiorità.

I disturbi della sessualità si raggruppano in tre grandi aree, le prime due canonicamente descritte dalla manualistica: si tratta dei *disturbi della funzione sessuale* propriamente detti e delle *parafilie*, che in passato venivano definite perversioni. La terza area, invece, non è definibile con precisione perché rimanda a tutte quelle disfunzioni della sessualità dei pazienti che si rendono evidenti durante il percorso psicoterapeutico; non è possibile porre diagnosi iniziali di queste disfunzioni perché si affrontano nei trattamenti che iniziano per superare sintomi che nulla hanno a che fare con la sessualità: sono i *disordini della sessualità*. Ciascuno dei tre sottoinsiemi ha caratteristiche peculiari quanto a dinamismi psicodinamici e percorsi di cura.

1. Disturbi della funzione sessuale

Si tratta di disturbi che interessano l'atto sessuale propriamente detto. Tanto nell'uomo quanto nella donna i disturbi possono riguardare il desiderio, l'eccitazione, l'avversione sessuale o il momento dell'orgasmo. Nell'uomo si osservano difficoltà che rendono difficoltosa o impossibile la consumazione dell'atto sessuale per le difficoltà di erezione o per l'impotenza. Nella donna l'impossibilità di compiere l'atto sessuale può essere dovuta alle contrazioni involontarie del vaginismo o ai dolori generalizzati della dispareunia. Nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM IV) si trova un'attenta descrizione sintomatologica dei disturbi della funzione sessuale.

I pazienti che soffrono di questi disturbi non si rivolgono, di regola, allo psicoterapeuta, ma al medico specialista: le donne ai ginecologi, gli uomini agli urologi. Il bisogno di medicalizzare il sintomo e ricercare le cause sul piano organico è facilmente comprensibile. Lo specialista offre la consu-

lenza di base e, di regola, invia il paziente ai sessuologi, per risolvere il sintomo sul piano comportamentale. I sessuologi sono gli esperti delle terapie mansionali; molti di loro non sono psicologi; in passato le scuole di sessuologia accoglievano tra i loro studenti i diplomati e i laureati di qualsiasi indirizzo. Oggi, fortunatamente, l'accesso ai corsi è riservato solo agli psicologi e ai medici.

La sessuologia nasce nella metà del secolo scorso seguendo le logiche del comportamentismo. Ha sviluppato le cosiddette terapie mansionali che prevedono tecniche ed esercizi centrati sulle specifiche disfunzioni. Le terapie possono essere rivolte all'individuo o alla coppia e si tratta di percorsi che richiedono la collaborazione attiva dei pazienti che, tra un incontro e l'altro, devono «svolgere i compiti», praticare quanto suggerito e concordato. I sessuologi non prendono in esame le complessità degli aspetti psichici profondi che sottendono il disturbo, ma considerano gli aspetti emotivi immediati che il paziente o la coppia vivono nei tentativi di superare il disturbo di cui soffrono.

Può accadere che lo psicoterapeuta sia consultato mentre è in atto una terapia mansionale o al termine della stessa. Raramente viene consultato in alternativa alla consulenza sessuologica, ma non è escluso che ciò accada. In tali situazioni lo psicoterapeuta non lavora sul sintomo, ma prende in carico la persona nella sua globalità e considera il valore comunicativo del disturbo specifico dato che il linguaggio dei sintomi parla delle disarmonie interiori. Nel suo procedere, lo psicoterapeuta diagnostica le linee di forza dello psicologismo del paziente, inserisce i sintomi nella logica delle costruzioni finzionali nel più ampio quadro dello stile di vita. A partire dalla diagnosi, il progetto terapeutico può essere sviluppato lungo linee guida che conducono alle dimensioni inconscie del disturbo, responsabili dell'impossibilità di esprimere la sessualità in modo armonico. L'inevitabile lunghezza del percorso richiede la gestione di un periodo di frustrazione perché il focus non è il sintomo. In alcuni casi lo psicoterapeuta può chiedere la collaborazione di un sessuologo: quest'ultimo può occuparsi esclusivamente del sintomo e permettere allo psicoterapeuta di fare un lavoro di più ampio respiro, senza la pressione dei bisogni contingenti.

Qualora lo psicoterapeuta inizi a lavorare e prenda in carico un paziente che soffre di disturbi della funzione sessuale, deve tenere in mente l'incidenza dei dinamismi che interessano il corpo ed esplorare, successivamente, i livelli psicologici che sono specifici del suo lavoro. Lo schema del percorso di esplorazione delle difficoltà può articolarsi come segue:

- ❖ il primo livello da considerare è quello biologico. Ogni organismo funziona, sotto il profilo fisiologico, in modo specifico. Un disturbo che segnala, ad esempio, una sessualità ipo-attiva può derivare dal fatto che il corpo

produce ormoni a bassi livelli oppure possono essere presenti disfunzioni specifiche che vanno indagate sul piano medico.

- ❖ Il secondo livello riguarda l'attenta considerazione del desiderio cosciente. La dimensione cosciente s'intreccia con molti dati della realtà concreta, vissuta all'interno di specifiche relazioni. I desideri coscienti vanno valutati con attenzione, in relazione ai diversi vincoli che la realtà pone, siano essi di ordine culturale, educativo, di possibilità economiche, ecc. Sui desideri coscienti pesano le risonanze delle realtà emotive più profonde, che devono essere oggetto di specifica attenzione e comprensione.
- ❖ Il terzo livello è quello delle motivazioni inconscie, che rimandano alla storia personale e alle immagini interiorizzate, in particolare quelle dei genitori che, fin dai primi anni di vita, giocano un ruolo fondamentale nel costruire i principi dell'agire maschile e femminile e, con essi, l'atteggiamento verso la sessualità.

2. Le parafilie

Non è frequente, nella pratica clinica, che lo psicoterapeuta incontri soggetti parafilici o, come si diceva in passato, perversi. Il termine *parafilia* ha sostituito il precedente *perversione*, che non è stato più utilizzato nella categorizzazione del DSM III R del 1987. *Parafilia* significa *amore per qualcosa che è diverso*; il termine è stato scelto perché *perversione* è carico di giudizi morali, ritenuti impropri in una valutazione psicologica «oggettiva». In realtà, *perversione* resterebbe il termine più appropriato perché trasmette il senso della peccaminosità, del proibito e del trasgressivo, dimensioni tipiche di tutte quelle deviazioni sessuali comprese oggi sotto il nome di parafilia. Il DSM IV ne dà una classificazione con i relativi criteri che definiscono *l'esibizionismo, il feticismo, il voyeurismo, il sadismo e il masochismo, la pedofilia*. Si tratta di patologie che interessano prevalentemente il mondo maschile perché le perversioni sono storicamente legate alla sessualità dell'uomo; tuttavia anche il mondo femminile ha le sue perversioni, con dinamiche meno appariscenti, ma ben definite, come descritto da più di uno studioso in anni recenti.

Le motivazioni dei comportamenti perversi affondano le radici in dinamiche inconscie. I denominatori comuni alle diverse forme di perversione che la ricerca ha identificato sono i disturbi nella relazione precoce con la figura materna, verso cui permane un risentimento profondo che si colora di desideri di vendetta e rivendicazione. L'atto perverso rappresenta il più delle volte il bisogno di staccarsi dalla figura materna interiorizzata, vivere l'appagamento della sua sconfitta che, tuttavia, non è mai totale e risolutiva.

Ogni atto perverso, infatti, richiede di essere rieditato perché la figura materna interiorizzata risorge sempre, dando vita a una dinamica senza fine, in cui il futuro si appiattisce nel presente.

Raramente i soggetti perversi ricercano l'aiuto dello psicoterapeuta. Alla base della loro resistenza sta la dinamica stessa del disturbo: nei comportamenti sessuali devianti, il perverso ricava un forte piacere, che diviene l'elemento centrale della sua organizzazione psichica. Il perverso non ha alcuna intenzione di rinunciare ai suoi desideri, che progetta ed esegue ben sapendo che si tratta di comportamenti insani e proibiti, ma che procurano un piacere di cui non riesce a fare a meno. Il perverso non sente il bisogno di cambiare stile di vita; può, al massimo, controllarsi se costretto dai familiari o da disposizioni giudiziarie. Il contatto dello psicoterapeuta con pazienti perversi avviene, di regola, per altra via; le loro richieste di aiuto riguardano altre problematiche che li disturbano e che vorrebbero risolvere, ma tra queste non rientra il comportamento sessuale. In questi casi può essere un obiettivo lavorare per il favorire la motivazione a prendere in esame le questioni legate ai comportamenti perversi.

I vissuti dello psicoterapeuta di fronte a soggetti perversi presentano, in genere, delle complessità. Può risultare difficile sentire emozioni positive nel contatto con loro ed empatizzare con facilità. L'antisocialità presente in vario grado in ogni perversione spinge alla lontananza emotiva; nei trattamenti si può correre il rischio di razionalizzazioni improduttive, derivanti dalla ricerca degli elementi psicodinamici alla base del disturbo – interessanti per lo psicoterapeuta – che portano conoscenze scarsamente trasformative. Si tratta di rischi a cui sono maggiormente esposti quei trattamenti richiesti in sede giudiziaria (o da familiari del soggetto perverso impauriti dai rischi giudiziari che corre) che hanno carattere di obbligatorietà e non sono liberamente scelti dal paziente stesso.

Lo psicoterapeuta dovrebbe chiedersi quali parti del proprio Sé sessuale potrebbero essere mobilitate per poter sentire qualche moto di vicinanza emotiva con la psiche dei soggetti perversi. Certo è che nella psiche di ciascun individuo sono presenti dei nuclei perversi, derivanti dalla sessualità infantile; la rimozione dei suoi contenuti può lasciare tracce, più o meno evidenti, nell'organizzazione psichica adulta. Lo psicoterapeuta, in una buona analisi personale, dovrebbe averne intercettato la presenza, averli rielaborati ed essere in grado di gestirli come dimensioni psichiche personali che consentono l'identificazione con qualche aspetto dell'emotività del paziente perverso. Senza questa dimestichezza con la propria sessualità profonda potrebbe essere molto difficoltoso lavorare con gli aspetti della perversione.

3. I disordini della sessualità

Lo psicoterapeuta si trova a lavorare con maggior frequenza con gli aspetti disarmonici della sessualità in molte psicoterapie; si tratta di quadri clinici che possono andare sotto l'espressione *disordini della sessualità*. La più parte dei pazienti presenta qualche disarmonia nell'area della propria sessualità; tali disarmonie non vengono messe in primo piano dai pazienti perché non costituiscono la causa prima del trattamento. L'esperienza insegna, tuttavia, che tutti i pazienti presentano qualche disordine nella loro sessualità: si tratta di aspetti che incidono negativamente sull'equilibrio generale dello stile di vita. Il senso quasi assiomatico di questa affermazione può apparire un po' estremo, ma non è così. Basti pensare a come tutti i pazienti siano incapaci di cooperare, di comunicare realmente e ascoltare le emozioni dell'altro perché l'affermazione possa essere tranquillamente condivisa.

I disordini della sessualità sono, infatti, tutte quelle espressioni che non riescono a realizzare pienamente l'essenza della dimensione sessuale che è *vicinanza affettiva, cooperazione, riconoscimento dell'altro, rispetto dei suoi bisogni, capacità di fidarsi e abbandonarsi, sentirsi liberi nell'uso del corpo, di giocare con la fantasia in una relazione che si rinnova in un condiviso progetto di vita*. Si può ben comprendere che il mix di queste qualità emotive rimandi a individui con stili di vita maturi, fondati su una sana ed equilibrata autostima, capaci di riconoscere l'altro e cooperare in progetti comuni. La mancanza di una parte o di tutte queste qualità emotive porta a difficoltà psicologiche, a sofferenze che spingono un individuo a ricercare l'aiuto nella psicoterapia.

Lo psicoterapeuta non ha facile accesso all'area sessuale disarmonica del paziente che nelle sedute settimanali mostra di voler mantenere, a volte per lungo tempo, un velo di riservatezza su tutta l'area della sessualità. Sembra di trovarsi di fronte a un paradosso: tutta la società è permeata di sessualità e direttamente o indirettamente se ne parla ovunque, ma i pazienti, nello spazio della seduta, che per sua natura è fondata sulla riservatezza, tendono a evitare l'argomento. Anche nei casi di patologie serie è presente la tendenza al silenzio sui temi sessuali. Pazienti con disturbi di personalità, dal narcisista all'antisociale, dal fobico-ossessivo all'istrionico, fino alle personalità dipendenti e quelle evitanti, tendono a non parlare della propria sessualità e non si può certo pensare che vivano in armonia questa parte della loro vita psichica.

Quando le psicoterapie hanno carattere espressivo e sono volte a una rivisitazione profonda dello stile di vita, lo psicoterapeuta deve darsi l'obiettivo di avvicinare il paziente ai temi sessuali, anche in presenza di resistenze robuste. Le risorse che lo psicoterapeuta può utilizzare provengono dalle

continue rielaborazioni che può fare ascoltando attentamente i temi del paziente, ciò che dice e ciò che omette o che incidentalmente lascia intendere. Le risonanze emotive suscitate sono collegate allo stile di vita del paziente; lo psicoterapeuta può dare rimandi, indicazioni, interpretazioni che possono aprire spiragli nelle resistenze e svelare, con la dovuta gradualità, le zone disarmoniche della sessualità del paziente. La consapevolezza di muoversi in un territorio delicato, che merita il massimo rispetto, deve essere costantemente presente allo psicoterapeuta, che deve anche comunicare in modo da tranquillizzare il paziente e fargli percepire l'importanza di lavorare su un'area giustamente sentita come intima, ma che va meglio conosciuta perché diventi una parte più armonica della personalità. Lo psicoterapeuta deve inoltre monitorare costantemente lo stato dell'alleanza terapeutica per calibrare i suoi interventi ed evitare richieste improprie che potrebbero non essere tollerate; in parallelo deve porre attenzione alla dinamica transferale e controtransferale, la cui consapevolezza gli consente di trovare l'armonica combinazione di accoglienza da un lato e di stimolo al cambiamento dall'altro.

Lo sviluppo recente di alcune abitudini sessuali, che si vanno diffondendo con il marchio della normalità, riguardano le attività autoerotiche, che si allontanano dall'agire sul piano delle relazioni e si nutrono di immaginario. L'autoerotismo è da sempre esistito, ma ciò che lo caratterizza oggi è l'abbondante quantità di stimoli e la facilità con cui si può entrare in contatto: si pensi a quanto i siti web offrono con tanta facilità! Queste espressioni dell'autoerotismo, quando si incontrano, possono essere ulteriore canale di accesso ai territori della sessualità del paziente; un accesso attraverso l'immaginario, che è risorsa terapeutica importante. La risorsa risulta tanto più significativa quanto più lo psicoterapeuta ha affrontato, nello spazio della sua analisi personale, il rapporto con l'immaginario. Un immaginario vivo e florido serve di più nella dinamica psicoterapeutica di uno povero e depresso. Una buona analisi personale permette di coltivare e di avere familiarità con l'immaginario; tuttavia non sempre gli psicoterapeuti vivono bene questa dimensione, la sentono pesante, difficile da vivere con serenità.

Affrontare i disordini della sessualità, ad iniziare dall'indagine diagnostica e a seguire con le successive fasi della psicoterapia, richiede uno psicoterapeuta capace di costruire una relazione empatica con il paziente, ricca di risonanze emotive, con un buon grado di libertà interiore che lo rende capace di muoversi senza ostacoli nell'area della propria sessualità. Questa impostazione è garanzia che il metodo di lavoro e le relative tecniche non siano prese come comodi schermi dietro i quali rassicurarsi, nascondersi e considerare il disturbo sessuale come qualcosa da oggettivare e da inserire sotto il microscopio o la lente delle conoscenze psicologiche.

Disturbi sessuali e interpretazioni teoriche

La quarta area da considerare riguarda gli aspetti teorici, necessari per organizzare un pensiero efficace sul piano del lavoro clinico. Lo psicoterapeuta deve conoscere bene una teoria di riferimento, ampliata da conoscenze tratte da altri quadri teorici, purché congruenti e coerentemente integrabili nel corpus teorico principale e capaci di dare alla teoria stessa un maggior potere esplicativo. Le teorie, è sempre bene sottolinearlo e non va mai dimenticato, offrono concetti esplicativi che nella pratica clinica non vanno mai usati per «oggettivare» il senso dei disturbi del paziente: l'utilizzo dei riferimenti teorici nella decodifica e nell'attribuzione di senso alle narrazioni dei pazienti deve trovare uno psicoterapeuta capace di combinarli con le tracce emotive suscitate in lui dall'incontro con il paziente.

La teoria di riferimento dell'Istituto Adler e della Scuola Adleriana di Psicoterapia è la Psicologia Individuale Comparata di Alfred Adler, rivisitata e arricchita da innesti innovativi del pensiero del prof. Grandi e da decenni di lavoro clinico costantemente rivisitato da supervisioni di gruppo settimanali degli psicoterapeuti dell'Istituto. L'impianto teorico formulato da Alfred Adler nei suoi scritti ha una eccellente plasticità per accogliere apporti da altre teorie e, nello specifico del tema della sessualità, si rivelano particolarmente utili alcuni concetti tratti da altre teorie. Ne segue che nella pratica clinica lo psicoterapeuta ha a disposizione un ventaglio di piste di lavoro più articolato ed efficace.

La teoria di Alfred Adler possiede un'organizzazione concettuale in grado di interpretare buona parte della psicodinamica dei fenomeni psichici. Adler mosse dalla concezione che l'uomo organizza il proprio stile di vita nell'interazione con l'ambiente, guidato da forze interne che possiamo definire *sistemi motivazionali*, che nella fattispecie riguardano la *competizione* e la *cooperazione*. Si tratta della dinamica della ricerca della superiorità che spinge l'uomo a voler superare le diverse condizioni di inferiorità (sistema della competizione) e delle vicende che lo pongono, in tutto il corso del suo sviluppo, a contatto con gli altri, con la collettività, con la società verso cui può sviluppare il sentimento sociale (sistema della cooperazione).

Le recenti ricerche hanno confermato che i due sistemi motivazionali utilizzati da Adler appartengono effettivamente alle naturali disposizioni dell'uomo, ma che, in realtà, i sistemi motivazionali sono più di due. Si possono quindi utilizzare concetti che spiegano i fenomeni psicodinamici partendo da altre forze che muovono le fila dell'organizzazione dello stile di vita e scoprire quanto ben si integrano con la nostra teoria di riferimento. Dato il tema qui affrontato, il riferimento va agli apporti teorici che aiutano a comprendere meglio le diverse sfaccettature della sessualità e del suo funzionamento e il tema dei *sistemi motivazionali* – che rimanda ai fondamenti del-

le teorie psicologiche – ben si presta a comprendere il senso e lo specifico dei concetti che integrano la teoria adleriana. Una breve digressione sui sistemi motivazionali può aiutare a chiarire il perché altri apporti arricchiscono le nostre conoscenze teoriche.

I sistemi motivazionali sono disposizioni potenziali innate, che si attivano e si sviluppano nel bambino nel contatto con le diverse situazioni evolutive; in particolare nelle relazioni che fin dalla primissima infanzia si costruiscono tra il bambino e le figure significative del suo ambiente di vita. I sistemi motivazionali rappresentano le pre-condizioni, stabilite dalla mappa dello sviluppo, che predispongono alla relazione; si attivano progressivamente con la crescita e si succedono secondo un'adeguata sequenzialità. Il progressivo sedimentarsi delle tracce di memoria porta a strutturare, come naturale conseguenza, gli schemi di interazione che, gradualmente interiorizzati, diventano i mattoni su cui si costruisce la personalità. Alcuni sistemi motivazionali si attivano alla nascita, altri si mettono in moto in età successive.

Ciascun sistema motivazionale persegue scopi specifici e favorisce gli apprendimenti nelle diverse aree su cui si costruiscono le basi del comportamento interpersonale. Il risultato del lungo lavoro d'interiorizzazione delle tracce e degli schemi di interazione attivate dai diversi sistemi motivazionali si presenta nella realtà psichica di ogni soggetto adulto come un complesso stratificato di significati, che dal livello cosciente e socialmente condiviso procede verso le tracce depositate nell'inconscio, esplorabile con gli strumenti dell'indagine analitica (le associazioni, l'analisi dei sogni) perché è un serbatoio a cui non si può attingere direttamente.

La ricerca ha individuato cinque sistemi motivazionali. Questi sono:

1. l'attaccamento
2. la sessualità
3. l'accudimento
4. la competizione
5. la cooperazione o collaborazione.

Veniva più sopra ricordato che Adler ha fondato la sua teoria muovendo dalla *competizione* (mi sento inferiore quindi devo competere per affermare la mia superiorità). La spinta interiore orienta verso la ricerca della superiorità, verso posizioni e sentimenti di sicurezza nelle relazioni interpersonali; la meta è allontanare ogni possibile rischio di sconfitta che riattiverebbe lo status di inferiorità. Adler è partito dalle condizioni di inferiorità del corpo, per poi includere tutte le altre situazioni che sviluppano sentimenti analoghi. Il sistema motivazionale della competizione implica un dinamismo basato sul confronto e può attivarsi quando sono mature le competenze cognitive ed emotive perché il confronto avvenga: queste operazioni sono possibili intorno al terzo anno di vita.

Il secondo sistema motivazionale utilizzato da Adler è quello della *cooperazione*. Si tratta di un sistema che richiede la presenza di sentimenti già evoluti, collocabili nella scala evolutiva dopo il sistema della competizione. I primi rapporti con la figura materna sono i precursori del sentimento della cooperazione che, in modo consapevole, si attiva dopo il terzo anno di vita. Da questa dimensione si sviluppa il sentimento sociale, considerato da Adler il barometro della normalità nell'età adulta. I pilastri portanti della teoria adleriana sono dunque due sistemi motivazionali che non si attivano alla nascita, ma negli anni successivi.

È ben vero che Adler ha anche considerato l'importanza di un altro sistema motivazionale, quello dell'*accudimento*. In molte parti dei suoi scritti ne ha sottolineato la centralità, chiarendo l'importanza dei sentimenti di accoglienza della madre nella cura del bambino; tuttavia, nella costruzione del suo pensiero teorico, non gli ha conferito particolare centralità. L'accudimento è visto in relazione alla dinamica dell'inferiorità: se di buona qualità porta allo strutturarsi della fiducia di base che aiuta il bambino a superare i naturali sentimenti di inferiorità. Per contro un cattivo accudimento può portare il bambino a percepirsi rifiutato e, di conseguenza, al radicarsi dei sentimenti di inferiorità.

I contributi che il pensiero di Adler può dare alla comprensione dei significati che la sessualità sana o disturbata acquista nello stile di vita di un individuo sono sicuramente interessanti. Permette di inquadrare i comportamenti finzionali che si collocano sul lato inutile della vita; lo psicoterapeuta può lavorare sulle paure che sostengono le finzioni e la distanza da visioni del Sé centrate sull'inferiorità. Si tratta di concetti sicuramente utili per lavorare con il paziente. Del resto Adler s'interessò in più riprese delle questioni sessuali e dedicò un lavoro specifico all'omosessualità maschile, al tempo considerata patologia.

Interessante analizzare il pensiero di Adler nella monografia sull'omosessualità. I casi presentati sono costruiti sui ricordi coscienti che il paziente possiede; i più lontani sono collocabili nel periodo che va dal quarto al sesto anno di vita. La vita intima e relazionale è descritta a partire dai ricordi infantili, seguiti da quelli dell'adolescenza fino a quelli dell'età adulta. Sul complesso dei dati raccolti costruisce le interpretazioni, orientate dai concetti teorici che danno centralità alle dinamiche della competizione e della collaborazione. Tutta l'esperienza precedente, andando a ritroso nel periodo pre-verbale e nel primo anno di vita, non viene considerata e non sembra, nel pensiero di Adler, avere importanza. Le presentazioni di Adler non mancano certo di coerenza interna, ma non considerano una parte della vita, quella della primissima infanzia, che la ricerca ha indicato come importante.

Tra i sistemi motivazionali va inclusa *la sessualità*, che si attiva fin dai primi periodi della vita di un infante: non si tratta ovviamente di una sessualità dalle forme adulte bensì di un insieme di costellazioni emotive definibile con il termine *sessualità infantile*. Si tratta di un insieme di conoscenze utili per comprendere le logiche che sottostanno all'articolazione delle diverse manifestazioni della sessualità dell'individuo adulto, sia nelle sue espressioni ritenute «sane» sia in quelle «patologiche». Le vicende della sessualità infantile e le tracce di questa parte di vita emotiva depositate nell'inconscio devono essere attentamente considerate e lo psicoterapeuta può ricavarne molti spunti di riflessione.

Freud ha costruito la psicanalisi muovendo dal sistema motivazionale della *sessualità*. Il suo pensiero si è sviluppato lungo questa traccia e deve essere considerato con attenzione, superando le storiche polemiche di Scuola, perché contiene tracce utili che chiariscono importanti aspetti vita emotiva dei primi periodi della vita.

La comprensione della sessualità infantile sviluppata nel contesto della psicanalisi è stata spesso distorta perché interpretata con chiavi di lettura centrate sulla sessualità adulta. La sessualità infantile è l'insieme di tracce mnestiche depositate nella memoria arcaica, parte delle quali restano confinate nelle zone inconse della psiche. Vi confluiscono le sensazioni derivate dalle esperienze di attaccamento con la figura materna e quelle centrate sulle parti del corpo che hanno importanza nella geografia sessuale del corpo: la bocca, l'ano, gli organi genitali. Sulle sensazioni fisiche si sviluppano, nel periodo di tempo che va fino alla fanciullezza, le fantasie sulla sessualità, deformate dal pensiero infantile. Dal secondo, terzo anno di vita i bambini mostrano di avere forti curiosità verso i corpi adulti che si muovono intorno a loro, recepiscono gli stimoli, li interpretano con le forme di pensiero filtrate dalle sensazioni corporee che sperimentano, ovviamente specifiche della loro età. Con la fantasia i bambini costruiscono vere e proprie teorie sessuali come Freud ha ben trattato in un suo lavoro. Nessuna traccia si perde; tutto resta depositato nella memoria emotiva, parte della quale rimane inconscia.

Un concetto spesso sostenuto, ma fuorviante, è che la sessualità infantile precorra quella adulta. Le cose non stanno così ed è più corretto pensare che la sessualità infantile sia un'esperienza che resta confinata in un nucleo di significati emotivi e fantastici. La sessualità adulta si apre alla relazionalità, a una corporeità che già risponde agli stimoli sessuali, mentre quella infantile è fatta completamente di sensazioni e di fantasie e deve essere interpretata in chiave simbolica e non con la logica della realtà. Il bambino che desidera la mamma tutta per sé non pensa di congiungersi carnalmente con lei, non sa assolutamente che cosa possa voler dire una cosa simile. Si sente at-

tratto dalla mamma, è curioso della sua corporeità, vive delle paure, delle fantasie. Queste esperienze creano un nucleo che costituisce l'immaginario infantile che influenza, ma non è matrice dell'immaginario adulto. La sessualità infantile, con tutte le sue peculiarità, può comparire nei sogni degli adulti che devono essere oggetto di esplorazione nei trattamenti in cui i disturbi della sessualità affondano le radici nella vita della primissima infanzia. Anche in queste dimensioni del lavoro clinico, le risorse dello psicoterapeuta non saranno tanto le conoscenze teoriche dei percorsi della sessualità infantile, per quanto necessarie e utili, quanto la qualità del contatto con la propria sessualità infantile avvenuta nell'analisi personale.

L'importanza degli studi sulla sessualità infantile è stata quella di dare al corpo il ruolo di assoluta centralità nello sviluppo della psiche. Il corpo riprende così la sua posizione importante, negata dalla cultura che nella millenaria tradizione ha considerato la mente come la parte nobile, propensa a tendersi verso l'alto, verso il divino, e il corpo come parte inferiore, corruttibile, legato al mondo umano della materia. La psicanalisi ha ricomposto la dualità grazie all'attenzione alle vicende dei primi anni di vita, tutte improntate sulla corporeità. Anche Adler, del resto, aveva messo il corpo e le sue vicende al centro delle riflessioni e il suo concetto dell'unità bio-psichica era rivoluzionario rispetto all'impostazione culturale dell'epoca. Sono però stati gli psicanalisti a svilupparne in modo compiuto le implicazioni teoriche, intuendo la priorità del sistema motivazionale della sessualità.

In ambito psicanalitico, decenni dopo la formulazione della prima psicanalisi, un altro sistema si è sviluppato muovendo dal sistema motivazionale dell'*attaccamento*. Dai lavori di Bowlby, conosciuto appunto come il teorico dell'attaccamento, si sono articolate concezioni che hanno esplorato i diversi modelli di attaccamento madre-bambino e sono diventati riferimenti importanti per comprendere i quadri patologici dei disturbi della personalità.

Il riferimento concettuale dei sistemi motivazionali può essere un'utile cornice per integrare, con la dovuta coerenza, quanto nella teoria di Adler appare non sviluppato perché non esplora le vicende emotive dei primi due-tre anni di vita. Su questa strada, come più sopra segnalato, si muove da più di tre decenni il prof. Grandi e l'équipe dell'Istituto Adler di Torino che, senza rinnegare i capisaldi della teoria di Adler, ha proceduto ad integrare gli apporti della psicanalisi.

Si può avanzare, qui di seguito, solo qualche breve riflessione sull'utilità del pensiero psicoanalitico per lo psicoterapeuta adleriano che lavora sulle difficoltà sessuali e vuole esaminare aspetti dell'emotività profonda del paziente. Il pensiero psicoanalitico muove le sue riflessioni partendo dalla dimensione corporea: il corpo del bambino struttura lo spazio mentale fin dai primi contatti tattili con il corpo della madre; le sensazioni fisiche che si svi-

luppiano costituiscono le prime e più arcaiche tracce mnestiche. Lungo la crescita, nel primo anno di vita, si strutturano gli schemi di attaccamento. Si tratta dei precursori arcaici della sessualità: si pensi alla capacità di abbandonarsi, di lasciarsi andare con fiducia nel contatto con il corpo di un partner, di provare il piacere delle sensazioni fisiche. Per contro si può pensare che attaccamenti centrati sull'ostilità, sulla sfiducia, sulla paura, producono resistenze, timori e diffidenze verso l'abbandono all'altro e sono alla base delle difficoltà sessuali. Non tutto ovviamente si esaurisce in questa dimensione, ma certo non se ne può negare l'importanza.

Considerazioni conclusive

In questo scritto si è voluta portare l'attenzione sulle complessità del lavoro clinico dello psicoterapeuta quando affronta, con un suo paziente, i temi dell'area della sessualità. La trama del discorso si è snodata sulla figura dello psicoterapeuta, considerato il fulcro della relazione con il paziente. Nel lavoro clinico viene sollecitato a vari livelli; i temi sessuali proposti da un paziente richiamano la sua posizione verso i significati culturali della sessualità, le sue convinzioni circa la «normalità», le preferenze e gli orientamenti emotivi, le capacità empatiche, la libertà nel muoversi nel mondo delle fantasie sessuali, il contatto con la propria sessualità infantile. I fili centrali della trama del discorso sono stati i frequenti rimandi alla formazione e all'importanza dell'analisi personale; si è cercato di trasmettere la ferma convinzione che non si può fare psicoterapia ad un paziente con disturbi sessuali se non si è sviluppata una solida conoscenza emotiva della propria sessualità. Il trattamento, si è più volte specificato, deve impegnare lo psicoterapeuta ad ascoltare le narrazioni del paziente e le risonanze interiori suscitate e a restituire le proprie rielaborazioni, che danno al paziente motivi di comprensione del suo mondo interno e stimoli alla ricerca ulteriore.

L'ordito per intrecciare la trama dei concetti suesposti è stato costruito su quattro dimensioni che sono, in realtà, insiemi di significati molto articolati di cui, in queste pagine, si è dato solo qualche cenno. Il primo insieme ha richiamato l'attenzione sui significati che la sessualità assume nella cultura di una specifica società, facendo cenno alla relazione tra i cambiamenti culturali e quelli individuali. Il secondo insieme ha orientato lo sguardo sui filtri selettivi personali a contatto con le varie dimensioni della sessualità, segnalando le potenziali interferenze dei significati soggettivi nei processi comunicativi che si sviluppano nel setting terapeutico. Il terzo nucleo ha passato in rassegna i disturbi della sessualità che è dato osservare nella pratica clinica e le conseguenti reazioni emotive che gli psicoterapeuti si trovano a vivere. L'ultima parte del lavoro ha proposto una riflessione sui sistemi moti-

vazionali e la loro relazione con le teorie che lo psicoterapeuta può utilizzare per decodificare il senso dei disturbi della sessualità. Si è cercato di trasmettere la convinzione che una visione unitaria dei diversi sistemi motivazionali produca ricchezza concettuale e una miglior comprensione dei dinamismi psichici.

Ci si augura che lo psicoterapeuta impegnato con il proprio paziente nel lento dipanare dei significati di un disturbo sessuale trovi in questi cenni motivi di riflessione e stimoli a ulteriori approfondimenti.

Bibliografia

Articoli

- ANCONA L., *Sessualità tra «variabili» e «dimensioni»*, «Il Sagittario», n. 3, giugno 1998.
- CANTELMÌ T. ~ LAMBIASE E., *Legame affettivo e comportamento sessuale. Come lo stile di attaccamento influenza il comportamento sessuale*, «Psicoterapia e scienze umane», Franco Angeli, Milano 2007, vol. XLI, n. 2.
- GRANDI L., *Il «linguaggio della tenerezza» e il «linguaggio della passione» nel percorso analitico*, «Il Sagittario», n. 3, giugno 1998.
- GRANDI L.G., *Il problema della sessualità nell'ottica dell'analista*, «Il Sagittario», n. 15, giugno 2004.
- PINKUS L., *Sessualità e immaginario dell'identità*, «Il Sagittario», n. 1, giugno 1997.
- PINKUS L., *Una lettura del rapporto tra sessualità, affettività e bisogno di senso*, «Il Sagittario», n. 4, dicembre 1998.

Volumi

- ALGINI M.L. (a cura di), *Il sessuale nella psicoterapia con bambini e adolescenti*, Borla, Roma 2001.
- ADLER A. (1925), *Psicologia dell'omosessualità*, Newton Compton, Roma 1994.
- ADLER A., *Che cos'è la Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1976.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM IV, Manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano 1996.
- BENVENUTO S., *Perversioni, Sessualità etica e psicoanalisi*, Boringhieri, Torino 2005.
- FREUD S. (1905), *Tre saggi sulla teoria sessuale*, Boringhieri, Torino 1989, vol. 4.
- FREUD S. (1908), *Teorie sessuali dei bambini*, Boringhieri, Torino 1989, vol. 5.
- FONAGY P. ~ TARGET M., *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano 2001.
- GALIMBERTI U., *Psichiatria e fenomenologia*, Feltrinelli, Milano 1996.
- GRANDI L.G., *Viaggio nell'uomo*, Istituto di Psicologia Individuale A. Adler, Torino 2002.
- KAPLAN L., *Perversioni femminili*, Raffaello Cortina, Milano 1992.
- LEVAY S., *Le radici della sessualità*, Laterza, Bari 1994.
- PASINI W. ~ CRÉPAULD C. ~ GALIMBERTI U., *L'immaginario sessuale*, Raffaello Cortina, Milano 1993.
- RIFELLI G., *Sessuologia Clinica*, Masson, Milano 1996.
- STUPIGGIA M., *Il corpo violato*, La Meridiana ed., Molfetta (BA) 2007.
- WIDLOCHER D., *Sessualità infantile e attaccamento*, Franco Angeli, Milano 2002.

L'inizio di una psicoterapia infantile

*A cura del gruppo
di psicoterapia infantile
dell'Istituto Adler*

Prima di domandarci come si «fa» una psicoterapia in età evolutiva e con quali tecniche si conduce, ci sono alcuni quesiti che chiedono di essere affrontati con cura, ma che fanno già parte di una psicoterapia, perché impostano una impalcatura mentale e contribuiscono a definire un sistema e un contesto psicoterapeutici. Perché si propone una psicoterapia ad un bambino? Come si arriva ad una proposta simile e come la si costruisce? Ogni bambino che esprime un disagio ha bisogno di una psicoterapia oppure si possono fare scelte differenti? Come si presenta un percorso terapeutico ad un bambino e quale ruolo viene riservato ai suoi genitori?

Sarà una bambina di origini russe ad accompagnarci nelle riflessioni sull'inizio di un percorso psicoterapeutico in età evolutiva. Non molto alta e bionda, Sonia, nove anni, viene descritta come una bambina chiusa e coartata, in apparenza molto adattabile e pacifica. Adottata all'età di cinque anni, insieme ad una sorella di due anni più piccola, per qualche anno si appiattisce adeguando alle aspettative delle persone con cui vive. Sembra la sorellina a promettere uno sviluppo problematico. In realtà, dopo qualche tempo, con l'ingresso nella scuola elementare, sarà Sonia a proporre, con un crescendo preoccupante, comportamenti aggressivi e provocatori, emotivamente esplosivi, ai limiti dell'ingestibilità.

Il percorso psicodiagnostico ha permesso di comprendere che Sonia è una bambina in possesso di un buon bagaglio intellettuale, ma disturbata nel profondo da quelle angosce di abbandono che spesso artigliano i bambini adottati e ne minano la stessa integrità corporea. I suoi sforzi di controllare queste angosce si muovono dallo sforzo di aderire a quelle che lei vive come le aspettative degli adulti con cui vive, a casa e a scuola, e dal tentativo di controllare e gestire questi stessi adulti. Naturalmente l'area delle relazioni e dell'affettività ne risentono visibilmente e la disarmonia che ne consegue costringe Sonia in un disperato tentativo di allontanare da sé quelli che lei ama e dai quali si sente amata, prima che lo possano fare loro e lasciarla, ancora una volta, sola.

In un primo tempo è stato proposto a Sonia un trattamento psicomotorio, durato quasi due anni, e successivamente è stato ritenuto utile un trattamento psicoterapeutico che rispondesse ai suoi bisogni.

Ma quali bisogni ci possono orientare nello scegliere un trattamento psicologico per questa bambina? Quelli di un adulto sensibile e colpito dalla profonda angoscia che la sua storia trasmette con forza, oppure quelli di Sonia? E quali dei suoi bisogni contribuiscono a chiedere una risposta simile? Fin dalle prime battute di un trattamento il rischio della identificazione in una posizione di «salvatore», unico e importante «punto di riferimento» della vita di relazione oltre che risanatore dei gravi torti subiti, è in agguato dietro l'angolo. Non è questa la psicoterapia e non è detto che la psicoterapia sia necessaria a chiunque abbia un problema. La domanda che ci siamo posti all'inizio della riflessione non è oziosa, ma assolve all'importante compito di consentirci di comprendere e di costruire una proposta di trattamento psicologico sui reali bisogni espressi o inespressi di *quel* bambino in *quel* momento della sua storia e in *quel* contesto di vita di relazione.

È una domanda che ci aiuta (e ci costringe) a fare un passo indietro per allargare e allungare lo sguardo su un *progetto terapeutico*, che consideri il bambino tutto intero, il suo spazio di vita e non si incolli soltanto al suo sintomo, ai bisogni dei suoi familiari o a quelli dello psicologo.

C'è psicoterapia quando un bambino, intrappolato in un disagio che ne ferma o ne ostacola gravemente lo slancio vitale, ha voglia o ha bisogno (oppure entrambi) di incontrare qualcuno. Ma la psicoterapia è qualcosa di più di un incontro o di una relazione: è la possibilità di utilizzare un contesto e una relazione all'interno della quale poter esprimere e rielaborare il proprio mondo emotivo. È offrire una possibilità ad un bambino di mettere in campo e in gioco le proprie risorse e di trovare il coraggio necessario ad imparare ad affrontare, e qualche volta a superare, le difficoltà e le disarmo-

nie. La psicoterapia è una possibilità di prendere parte alla costruzione e alla sperimentazione di strumenti per affrontare la vita e i suoi compiti.

Ed infine, una psicoterapia con un bambino non ha speranza di riuscita se non tiene conto dell'ambiente di vita relazionale del bambino e quindi dei suoi genitori, che devono poter essere aiutati a prendere parte, secondo le loro possibilità, al trattamento in un gioco articolato di alleanze incrociate.

Con queste premesse, «iniziare» una psicoterapia non vuol dire, dal punto di vista del bambino, cominciare da zero, ma affiancarsi, entrare in corsa, aggiungersi ad un contesto vitale e ad una storia che viene da lontano.

«Non ti sognare di sostituire Anna (la sua psicomotricista), tu vali molto di meno!».

Sonia non lascia nessun margine di fraintendimento o di interpretazione alla psicologa che le ha appena finito di spiegare, alla fine del percorso psicodiagnostico, l'intenzione di accompagnarla anche lungo un sentiero di aiuto per i suoi problemi.

È un po' come sostenere che non ti devi sognare di fare quello che dici con me senza avere prima chiarito bene chi sei e che cosa faremo insieme e perché lo faremo. Non pensare soprattutto di cancellare come si fa con gli errori di scrittura quello che è stato prima di te e di riscrivere semplicemente sopra un'altra parola o un'altra storia. I bambini e gli adolescenti non hanno bisogno di un'altra storia, ma di poter pensare alla propria e di trovarne un senso che non sia anti-evolutivo come quello in cui si sono intrappolati.

Sarà il bambino stesso a fare da guida, attraverso la grammatica espressa dai comportamenti e dalle sequenze di comportamenti che tessono l'articolazione delle prime sedute, la quale spesso contiene e svela le domande e i bisogni sottaciuti.

Prima seduta

La psicoterapeuta saluta Sonia: «Ti stavo aspettando... come stai?».

Sonia sorride e ricambia il saluto. Arriva come se il passaggio dalla psicomotricista alla psicologa fosse stato naturale e presto elaborato. Sonia è chiusa nella sua giacca e confabula con il papà. Si toglie la giacca, appoggia le scarpe fuori dalla porta (gesto usuale a psicomotricità), ed entra nella stanza. Nel fare questo si rivolge al papà: «Mi raccomando la focaccia». Il papà a fine seduta si presenta con un pezzo di focaccia.

Sonia riprende i contatti con la stanza dove aveva fatto la psicodiagnosi. Sul tavolo sono appoggiati dei pennarelli e una cartellina.

Sonia dice: «A me non piace disegnare».

La psicologa: «Qui puoi fare quello che vuoi, l'importante è non farti male».

Ma Sonia vuole proprio sapere qualcosa sulla cartellina: «Cos'è quella cartellina?».

La psicologa spiega che quella sarà la sua cartellina personale che conterrà i suoi lavori. Le propone di scrivere il suo nome e Sonia scrive il suo nome bello grande e tutto decorato.

Successivamente chiede di giocare a ping pong, ma trova che le palline sono tutte rotte.

Sonia: «Chi è quella scema che ha rotto le palline?».

La psicologa: «Sono stata io, giocando con un altro bambino».

Sonia, ridendo, ribadisce il concetto già espresso alla fine della psicodiagnosi: «Non sei proprio capace!».

Provano a giocare lo stesso, ma non si riesce. Allora giocano un po' con un pallone di gommapiuma. Poi Sonia dà un'occhiata agli altri giochi e intanto chiacchiera.

Sonia: «Che film hai visto? Io ho visto *La tigre e la neve*». (S. è molto informata sui film, va spesso con il papà a vedere film anche complicati per la sua età e problematiche). «Siamo andati io, il papà e la mamma e quella scema di Anna (la sorella) è talmente stupida che non è venuta perché non capirebbe». Racconta con partecipazione la trama del film e dice che tra un po' uscirà l'ultimo film di Harry Potter.

A fine della seduta Sonia trova il padre, gli chiede la focaccia e saluta.

Seconda seduta

Si ripete il rituale della prima volta, che caratterizzerà anche le sedute che seguiranno: Sonia si raccomanda al padre per la focaccia ed in altre situazioni gli chiederà di acquistarle un Topolino: «Mi raccomando però di non leggerlo!». Il tono è quasi quello di chi ordina.

La seduta comincia con il gioco del ping pong, con varie palline alternative, perché le palline ancora non ci sono. Durante il gioco Sonia racconta di un film che non è andata a vedere ma che le interessa molto: *Oliver Twist*. Evoca in particolare una scena: un personaggio uccide una prostituta sgozzandola, che cade a terra sanguinante, e poi chiede alla psicologa: «Tu sai come va a finire?».

La psicologa ritiene di dire che questo film finirà bene, che Oliver incontrerà una mamma e un papà che lo accoglieranno.

Ma Sonia non sembra rassicurarsi: «Sì, però è molto triste... adesso giochiamo».

Si mette in situazioni di pericolo: «Ho deciso che oggi mi ammazzo». Si arrampica sui cuscini: «E adesso come scendo?» (quell'estate si era arrampicata sul davanzale dicendo alla madre che si sarebbe buttata di sotto. La madre aveva reagito esprimendo una forte angoscia).

La psicologa risponde cercando di contenere: «Mi dici come posso aiutarti e io lo faccio».

Intanto Sonia stacca la tenda che ricopre i giochi e la psicologa commenta che bisogna rimetterla su. Sonia: «Lo faccio io! Lo faccio io!». Mette un cuscino sopra la sedia a rotelle e ci sale sopra, ma non ci arriva. Chiede alla psicologa di salirci lei. La psicologa acconsente, ma si raccomanda di tenerle ferma la sedia.

Successivamente Sonia propone un gioco: la sedia con le ruote diventa un taxi, lei è un guidatore impazzito e la psicologa il passeggero. Sonia conduce il suo taxi per la stanza, sbattendo da tutte le parti. Poi propone di invertire le parti: «Adesso fai tu il taxista, ma mi raccomando fammi sbattere sui cuscini». Tutte le volte che la psicologa-taxista va a sbattere, Sonia dice una parolaccia.

La seduta si conclude con il gioco del Mastermind e dello Shanghai.

È dunque la grammatica implicita nelle prime sedute, più che i significati che si possono cogliere nelle singole sequenze, che ci permette di evidenziare i passaggi proposti da Sonia e i messaggi che desidera trasmettere.

Nella prima seduta si coglie con sufficiente chiarezza il seguente percorso comunicativo: *Voglio capire se quello che ho trovato prima, durante la diagnosi, c'è ancora. Ti propongo il racconto di un film per dirti che ho accesso a un registro immaginario, permesso dagli adulti ma non accolto e rielaborato. Per ora non ti dico le mie storie, ma ti racconto storie esterne che hanno a che fare con i miei vissuti.*

Sono premesse e promesse, indicazioni importanti per stringere un patto e per pianificare un lavoro a lungo termine. Sonia vuole sapere se ci sono le condizioni per potersi mettere in gioco.

L'articolazione delle sequenze nella seconda seduta sembrano proporre un proseguimento del «ragionamento»: *Faccio un passo in più rispetto alla volta precedente. Il gioco del ping pong, in quanto tale, non mi interessa, quello che conta è che posso differenziarmi da te pur riconoscendo una medesima appartenenza e identità (le racchette sono uguali, ma diverso è il modo di utilizzarle). Con il racconto del film comincio a dirti delle cose che riguardano i miei vissuti più profondi, e ti verbalizzo una emozione: la tristezza.*

Poi comincio a porre delle domande: cosa posso sperimentare in questo contesto? Mi arrampico sui cuscini, chiedo e accetto aiuto: Tu mi puoi proteggere? Se metto in gioco le mie parti più fragili fai come la mia mamma adottiva che mi ha restituito angoscia? Attraverso il gioco del pallone mi chiedo: qual è la differenza tra te ed Anna? Chi sei tu rispetto ad Anna? Se io combino un guaio (la tenda) cosa succede? Ti arrabbi? Si può riparare?

Sonia racconta la sua angoscia primaria dell'aggressività (la diagnosi ci aveva permesso di capire come questa bambina sia rimasta per molti aspetti una bambina di tre-quattro anni, con tutti i suoi problemi di separazione e di differenziazione dalla figura materna) e indica la sua difesa principale: l'onnipotenza (salire su una sedia con le ruote), che comprende il fare cose spericolate e il tenere nelle mani gli adulti. Chiede di essere protetta dalla sua stessa onnipotenza.

Nella sequenza successiva Sonia passa al gioco simbolico: il gioco del taxista, che gli mette nelle mani un adulto e gli permette di agire simbolicamente l'onnipotenza. *Mi permetti di giocare e quindi di porre dei limiti alla mia onnipotenza. Con l'episodio della tenda mi hai detto che sono quasi onnipotente, ti rifaccio la domanda perché forse non mi sono spiegata bene: io sono il taxista pazzo, mi permetti di vedere quanto male posso fare? Se faccio l'onnipotente ma tu non ti arrabbi, cosa che la mia storia mi ha già proposto, quasi mi dici che lo posso veramente fare, che la strada dell'onnipotenza è realmente praticabile. Ma questo mi spaventa, allora facciamo cambio, posso lasciarmi condurre.*

Dopo queste questioni emotive e coinvolgenti, Sonia riprende l'abito cognitivo e si rimette insieme con il gioco del Mastermind e dello Shanghai.

La psicoterapia è iniziata con la richiesta di Sonia di un adulto che sia presente e in grado di comprendere le sue difficoltà, di risponderle e di aiutarla a trovare risposte che la aiutino a uscire dal meccanismo patologico e onnipotente di controllo dell'adulto.

Il terapeuta si scopre a muoversi tra due possibilità, entrambe rischiose per il buon andamento del trattamento: la collusione, che lo porta a sostenere, in un gioco di specchi onnipotenti, soluzioni fuori dalla realtà (mettersi in piedi su una sedia a rotelle è oggettivamente pericoloso), e la negazione, che lo porta a muoversi unicamente su di un registro razionale che nega la possibilità di raccontarsi. Tra il permettere tutto e il vietare si può aprire una dimensione differente, tessuta col gioco, alla ricerca di possibilità e di alternative, che si sposta continuamente tra la vita reale, le rappresentazioni mentali, le fantasie ed il qui e ora del setting psicoterapeutico.

Forse può tornare utile il concetto di spazio transizionale di D. W. Winnicott, come luogo intermedio dove realtà oggettiva e realtà soggettiva si incontrano e permettono l'espressione della creatività. Il terapeuta deve sapersi muovere in questa area intermedia facendosi garante che lo spazio non venga violato nei suoi due versanti (soggettivo e oggettivo).

La psicoterapia ha luogo là dove si sovrappongono due aree di gioco, quella del paziente e quella del terapeuta. La psicoterapia ha a che fare con due persone che giocano insieme. Il corollario di ciò è che quando il gioco non è possibile, allora il lavoro svolto dal terapeuta ha come fine di portare il paziente da uno stato in cui non è capace di giocare a uno stato in cui ne è capace.

Io rendo concreta la mia idea del gioco pretendendo che *il gioco abbia un luogo* e un tempo. Tale luogo non è *all'interno*, in qualunque modo si usi questa parola... Non è neppure *al di fuori...*, che è fuori dal controllo magico. Per controllare ciò che è al di fuori uno deve fare le cose, non semplicemente pensare o desiderare di fare, e *fare le cose richiede tempo*. Giocare vuol dire fare.

Per dare al gioco un suo luogo, ho postulato uno spazio potenziale tra il bambino e la madre¹.

La psicoterapia inizia con l'inizio di uno spazio potenziale tra il bambino e il suo terapeuta, che diviene matrice di uno spazio potenziale tra il bambino e la sua vita di relazione.

Questo contributo è il frutto del lavoro di supervisione clinica svolto dal gruppo di psicoterapia infantile dell'Istituto Adler. Il gruppo è composto da psicoterapeuti e analisti SIPI che lavorano con i bambini e con gli adolescenti e si ritrova periodicamente per condividere le esperienze terapeutiche e ricercare insieme nuove modalità e approcci clinici.

La stesura del testo è stata curata dal dottor Giovanni Cappello e dalla dottoressa Anna Maria Bastianini.

¹ D. W. WINNICOTT, *Gioco e realtà*, Armando Editore, Roma 1974.

La psicoterapia analitica con gli adolescenti

Giovanni Cappello

Giovanni Cappello, psicologo psicoterapeuta, analista S.I.P.I., ha scritto libri e articoli sul tema dell'adolescenza, soprattutto sulla relazione tra adulto e adolescente, ma nessuno scritto che riguardi il trattamento psicoterapeutico. «Non credo di poter scrivere qualcosa sulla psicoterapia dell'adolescenza. Quando scrivo cerco di dare una forma ai pensieri miei, non necessariamente originali. Quasi sempre sono riflessioni con i pensieri di altri, condivisi con i colleghi e con L. G. Grandi nelle supervisioni del mercoledì o letti su alcuni testi, ma che sono riuscito ad interiorizzare: sento di poter scrivere soltanto ciò che è diventato profondamente mio. Per quanto riguarda la competenza sulla psicoterapia degli adolescenti sento che è rimasta degli autori letti e studiati. Ho letto e studiato Donald W. Winnicott e leggo soprattutto Philippe Jeammet e Gustavo Pietropolli Charmet e poi cerco di muovermi partendo dal loro pensiero, ma non mi appartiene ancora del tutto, non me ne sento padrone, sento di non poter dare un marchio di riconoscibilità».

È stata così scelta la forma dell'intervista per mettere a disposizione un materiale ancora da organizzare, nel quale si possono però trovare spunti di riflessione utili a chi si interessa del trattamento degli adolescenti.

Come si struttura il lavoro di équipe con l'adolescente? La sensazione

è che non si possa lavorare con un adolescente pensando alla seduta, che si conclude in quell'ora, usciti dalla stanza di terapia i ragazzi sono nel vuoto, o comunque hanno una vita e un'organizzazione di vita che per loro è molto complessa da sostenere.

Non è possibile affrontare il discorso in modo unitario, ogni adolescente è una persona unica, complessa ed irripetibile, così come il contesto in cui vive. Per tale motivo non vi è una tecnica psicoterapeutica d'elezione con gli adolescenti; certamente il lavoro di rete è importante, ma non sempre è utilizzabile, a volte persino inopportuno.

In linea di massima è possibile affermare che il trattamento di un adolescente, perché funzioni, deve essere sorretto da un marchingegno sofisticato e complesso gestito da una équipe di operatori: è opportuno che vi sia un operatore che si occupi della famiglia, un altro dell'adolescente, e se è possibile un terzo che si occupi della regia di lavoro, e che possa intervenire quando se ne ravvisi la necessità.

Naturalmente vi sono molte eccezioni a questa modalità operativa: ad esempio se si parla di una consultazione leggera, molto utile in adolescenza, tale modalità di rete non può essere applicata.

La consultazione leggera, che si può svolgere in uno spazio di ascolto per adolescenti (come lo Spazio Giovani dell'ASL TO5 in cui lavoro a Nichelino), si caratterizza proprio per la limitazione dell'intervento. In uno spazio in cui arrivano tanti adolescenti (perlopiù femmine, perché lo spazio della parola è più delle femmine che dei maschi, ma questo è un altro discorso), arrivano ragazzi non necessariamente patologici, ma che in quel dato momento hanno un disagio che non riescono ad affrontare da soli. Hanno bisogno di aiuto, ma non riescono a dirselo e non approderebbero mai ad uno spazio istituzionalizzato, pubblico o privato che sia. Ma in un contesto studiato per essere informale, possono cogliere l'occasione di incontrare un adulto psicologo e superare le resistenze che li bloccano nel chiedere aiuto. In uno spazio informalmente colloquiale possono essere aiutati ad affrontare la paura dello psicologo o della dimensione dell'ascolto. Passano da lì e si fermano a parlare. Questi ragazzi, soprattutto se maschi, te li giochi in una volta sola, qualche volta in due, ma è raro che si riesca ad averli per una seconda volta, perlopiù arrivano e tu senti che in quell'incontro si giocano molte cose.

La domanda che questi ragazzi portano non è risolvere il problema, la domanda implicita e qualche volta esplicita è: «Aiutami a capire che problema ho, è come se io lo sapessi ma non lo so dire, ho bisogno che qualcuno mi ci metta le parole, se tu riesci». Non sempre si riesce a rispondere a questa difficile domanda perché è un lavoro complesso da fare con rapidità, molta competenza e molto intuito, ma quando si riesce il ragazzo esce dalla consul-

tazione più consapevole del proprio problema, soddisfatto e incoraggiato ad affrontare le proprie difficoltà.

I ragazzi in difficoltà non sono necessariamente patologici e spesso hanno tutta la strumentazione che gli serve per affrontare le loro difficoltà; semplicemente (se così si può dire) in alcuni momenti si sentono confusi, scoraggiati e impotenti, chiedono uno o due colloqui e magari tornano dopo mesi a dire che quel problema lo hanno risolto, come per mettere il punto sul percorso che si è avviato da quella consultazione. Come per dire: «Non ricordarti di me come uno con un problema, ricordati di me che funziono».

Il lavoro con gli adolescenti si colloca quindi in un *continuum*, che parte da questo tipo di consultazioni leggere che non richiedono la partecipazione dei genitori e si basano su una richiesta spontanea e a volte estemporanea dei ragazzi, passa da sportelli d'ascolto nelle scuole e nelle istituzioni pubbliche fino ad arrivare agli apparati terapeutici più sofisticati nei quali si affrontano situazioni psicopatologiche strutturate. All'interno del *continuum* ci può stare l'adolescente che ha bisogno di qualcosa di più articolato di una consultazione, senza che ci siano i suoi genitori dietro e senza la necessità di una seduta settimanale; può funzionare anche se viene a trovarti una volta al mese; si arriva poi all'altro estremo del *continuum* con sedute settimanali (anche plurisettemanali) gestite da un terapeuta che lavora con il ragazzo affiancato ad un terapeuta che lavora con i suoi genitori, oppure con la mamma o con il papà singolarmente.

Questa è la gamma, non credo si possa parlare di un modello unico. Secondo me, chi lavora con gli adolescenti deve essere pronto ad indovinare la domanda durante il primo incontro, deve con immediatezza capire che tipo di intervento strutturare e se sbaglia quel ragazzo non lo vedi più.

Di solito i genitori si allarmano ed arrivano alla consultazione psicologica soltanto quando vedono segni chiari di sofferenza.

Non è detto che sia così, alcune volte sono i genitori ad essere in difficoltà e ad essere in sofferenza, possono essere i genitori ad avere bisogno di essere aiutati a riformulare la domanda. Può anche non essere necessario che l'adolescente veda lo psicologo, ma che si fermino loro a fare qualche riflessione sullo stile educativo. Più che altro hanno bisogno questi genitori che lo psicologo li aiuti e li sostenga ad articolare le letture del figlio e della sua adolescenza e può essere che si sblocchi la situazione già in quel modo. Non è detto quindi che se la domanda arriva dai genitori è già patologica, a volte sono proprio in difficoltà loro.

Per entrare nello specifico del lavoro clinico con i ragazzi, ci sono degli atteggiamenti che devono caratterizzare il terapeuta che lavora con gli ado-

lescenti? Perché la sensazione è che per lavorare con gli adolescenti bisogna avere un particolare interesse, la passione, non tutti si sentono a proprio agio a lavorare con i ragazzi.

Secondo me bisogna essere appassionati, lavorare con gli adolescenti deve proprio piacere altrimenti le ragazze e i ragazzi che si incontrano si accorgono immediatamente che non c'è un interesse reale ed il lavoro è compromesso fin dall'esordio. Credo che tutti i pazienti, dai bambini agli adulti, capiscano se si è realmente interessati ed appassionati, non credo che questa sia una peculiarità degli adolescenti, ma certamente quell'età li rende provvisti di sofisticate e potenti antenne capaci di captare ogni piccolo umore ed atteggiamento. Per un adolescente non è solo importante, è proprio vitale che l'altro sia realmente interessato a lui. La passione deve esserci per forza.

Un'altra cosa che mi sembra di avere capito in questi anni è che gli adolescenti vogliono incontrare adulti che siano e si comportino come tali. Il tentativo, per piacere ad un adolescente, di muoversi, di parlare e di sembrare un giovanotto, non è utile al lavoro terapeutico. Ho la sensazione che gli adolescenti apprezzino tantissimo gli adulti che fanno gli adulti, anche a costo di assumere atteggiamenti che possono dar fastidio, come essere un po' più autorevoli o un po' più decisi. Credo che una caratteristica personale apprezzata dagli adolescenti sia quella dell'adulto che non gioca a fare il ragazzino, che non ha paura di fare il grande e di marcare la differenza generazionale.

Non è difficile incontrare adulti che fingono un trasporto per la musica, i film, i vestiti che amano gli adolescenti. Anche se può sembrare strano, è più facile fare il ragazzino. Credo però che i ragazzi abbiano bisogno di incontrare degli adulti che siano e si comportino come tali: li apprezzano di più.

Credo si apprezzi molto di più un adulto che può mettersi a parlare di musica, e che può dimostrare la sua passione per la musica, ma che non finge necessariamente interesse per i Green Day o altri gruppi che piacciono oggi ai ragazzi. Si può anche parlare dei Pink Floyd, anche se alla maggioranza dei ragazzi di oggi probabilmente non interessano i Pink Floyd, e far sentire la passione per la musica. Casomai non sapere niente della musica di oggi è un motivo in più per farti spiegare quali sono quelli che amano loro. Perché se, per fargli vedere che sono vicino a lui, dimostro di conoscere tutto il panorama della musica giovanile, in realtà invado e mi approprio del suo spazio. E così per i libri o per altri interessi.

A titolo di esempio posso ricordare un giovanotto di ventitré anni che un giorno mi ha portato un CD di un cantautore contemporaneo e poco conosciuto. Questo CD, dal punto di vista musicale, era molto lontano dai miei gusti, quasi inascoltabile, però io l'ho ascoltato e l'ho riascoltato per sentire

i testi, molto interessanti. Poi sono andato su internet e mi sono documentato su questo cantautore che ha vinto anche il premio Tenco nel 2007. Quando ci siamo rivisti la domanda è stata immediata: «Ti è piaciuto?» Ho risposto: «No, non mi è piaciuto», ma ho potuto dirgli che sono andato a vedere chi è, che ho ascoltato i testi e li ho trovati interessanti, che ho usato uno di quei testi in uno scritto sugli adolescenti.

Che a me sia piaciuto o meno credo gli importasse relativamente e non ho mai nemmeno dimostrato un finto piacere. Penso che questo sia un atteggiamento corretto con gli adolescenti: mi interessi, ma non ti voglio piacere.

In un modo più scientifico si può sostenere, come fa P. Jeammet, che gli adolescenti hanno paura di quello di cui hanno bisogno. Hanno bisogno di molta vicinanza, di sentire affettivamente una presenza, ma ne sono contemporaneamente disturbati. A volte è proprio la vicinanza che li spaventa, allora bisogna riuscire a dar vicinanza senza farli allontanare: ti sono vicino ma ti permetto di mantenere le giuste distanze, sono un adulto e non un ragazzino come te, mi posso appassionare di musica, ma della mia musica, non della tua. Cerco di non muovermi per impressionare piacevolmente i ragazzi, anche se lo sento un rischio attraente e sempre presente. Mi muovo restando nei miei panni: questo è ciò che significa mettere confini. Ciò che mi permette di farti sentire che io ti sono vicino, ma nello stesso tempo restando a distanza di sicurezza.

Anche da questo atteggiamento passa la differenziazione che spesso è citata nei manuali e che raramente è clinicamente esplicitata?

La differenziazione tra me-adulto e te-adolescente deve essere chiara in me. È così che più avanti potrà diventare chiara all'adolescente, permettendo a entrambi di muoversi in un clima relazionale più sereno, rispettoso dei ruoli differenti. Credo che questo sia il cuore di qualunque trattamento terapeutico.

La differenziazione è già presente nella relazione impostata dallo psicologo. Secondo me un atteggiamento di questo tipo è già terapeutico, ed in genere viene abbastanza apprezzato dagli adolescenti, i quali arrivano, un po' per l'età, un po' per le problematiche che hanno, da contenitori che non li aiutano a differenziarsi.

Non sempre muoversi con modalità che favoriscono la differenziazione è semplice, perché ci sono ragazzi con i quali è molto difficile mantenere la lucidità, con i quali tutto è più complesso. Con altri viene meglio.

Per quanto riguarda i preadolescenti, come aiutarli a trovare una motivazione ad un lavoro di terapia? Perché la sensazione che trasmettono quando li si incontra è che la proposta di un percorso di terapia individuale è

quasi contro la loro natura. Andare lì a pensare, a parlare di sé con un adulto sembra essere quanto di più lontano al loro modo di essere. Ma allo stesso tempo sento che è la cosa di cui hanno bisogno. Condurre una terapia con i ragazzini è difficilissimo, spesso ciò che caratterizza le sedute è un interminabile silenzio.

Lavorare con ragazzi di 13/14 anni è molto diverso che lavorare con ragazzi più grandi. Se ci lavori te ne accorgi subito. Se escludiamo situazioni di tipo patologico eclatanti che invece propongono altri contesti, ti accorgi subito della differenza, ti accorgi di come ragazzi così piccoli siano in difficoltà e di quanto risulti quasi innaturale proporgli una terapia individuale. Qui ci viene incontro Pietropolli Charmet quando afferma (richiamando Winnicott) che il bisogno dei preadolescenti è quello di pensare che lo spazio di ascolto psicologico lo ha creato lui: cioè è lui il padrone di quella situazione, l'ha voluta lui e da questa prospettiva può permettersi di stare dentro un contesto relazionale di quel tipo. È qualcosa di molto difficile da realizzare e che richiede un alto grado di sensibilità e di attitudine a «sentire» la presenza dell'altro.

Inoltre occorre considerare che lo spazio di ascolto in una stanza, sia a scuola, in un luogo sanitario o in uno studio privato, è tipicamente femminile, basato sullo stare «dentro» e sulla «parola». Il che mette particolarmente in difficoltà l'adolescente maschio, più orientato al fuori e all'agire.

Nel centro «L'amico Charly» di Milano, che lavora in collaborazione con l'Istituto Minotauro, è stato creato un ambiente molto vicino al maschile. I ragazzi vanno là, passano perché devono incontrare gli amici, giocare a ping-pong o guardare un DVD. Ma in quel contesto, se lo desiderano, possono sedersi su una panchina e parlare con uno psicologo. L'incontro arriva quasi per caso, non perché si ha un appuntamento: è il ragazzo a «creare» la situazione d'ascolto.

È difficile realizzare tutto questo, soprattutto in ambito privato: perché i ragazzi possano usufruire gratuitamente del servizio (il che appare evidentemente indispensabile) è necessario che ci sia un finanziatore e si sa quanto sia difficile di questi tempi trovare risorse. Ma se si riesce ad avviare un contesto simile allora si può creare un setting adeguato, anzi si può consentire ai ragazzi di creare il setting. Grazie all'energia, alla professionalità e alla attenta regia dei professionisti coinvolti, si può permettere ai ragazzi di diventare parte fortemente attiva nella creazione del setting.

Infine, sempre a proposito di come si lavora con chi non vorrebbe proprio lavorare, ho trovato interessanti alcune posizioni sostenute da P. Jeammet nel suo ultimo lavoro pubblicato in Italia, *Adulti senza riserva*: ad aspettare sempre e soltanto la motivazione si perdono le occasioni, compito degli adul-

ti è anche quello di costringere, quando serve. Sto seguendo da parecchi anni i genitori di un ragazzo di 19 anni, chiuso in casa durante il giorno, perché la sera esce con gli amici; vive la sua vita chiuso su in mansarda, con i genitori che non riescono a stanarlo. L'unica cosa che ha fatto è stata quella di tagliarsi le braccia, chiamare i carabinieri e dire che è stato il padre. Attraverso questo atto estremo ha fatto in modo che intervenisse un terzo, l'autorità giudiziaria. Quando lo psichiatra è arrivato a casa sua, accompagnato da uno stuolo d'infermieri e di vigili pronti al peggio, tutti si aspettavano che si ribellasse fortemente al confronto e alle cure, mentre in realtà non solo non ha opposto alcuna resistenza, ma ha anche accettato un appuntamento in ambulatorio al quale si è presentato, aprendo uno spazio di collaborazione che sembrava assolutamente impossibile. In pratica questo giovane stava facendo in modo che qualcuno lo costringesse a fare quello che forse lui stesso avrebbe voluto fare.

A volte c'è bisogno di qualcuno che imponga le cose, qualcuno che sia terzo, fuori dai giochi quotidiani: solo così nasce il setting privilegiato di lavoro con gli adolescenti patologici. Serve un regista-terzo che faccia da riferimento, che raccolga la prima segnalazione, il primo contatto che può arrivare dal ragazzo o dai genitori, e che poi affidi il ragazzo ad un terapeuta e i genitori ad un altro terapeuta. Uno che ha ruolo di coordinare gli interventi e di fare ogni tanto il punto della situazione. Un terzo che rimane sempre come regista e gestisce le prescrizioni, lasciando i due terapeuti a fare la loro parte.

Tu puoi fare il terapeuta di un adolescente patologico senza necessariamente fare il duro ma qualcuno lo deve fare. Se uno non si alza per andare a scuola, se rompe le panchine ci deve essere qualcuno che assuma un ruolo autoritario. Non può sempre assumerlo il terapeuta un ruolo del genere, il terapeuta può fare riflettere il ragazzo, può lavorare su bisogni e vissuti, ma uno che dica con forza che alcuni comportamenti sono sbagliati e che somministri delle «sanzioni» è necessario, e consente al terapeuta di poter lavorare su un piano elaborativo.

Al di là della psicoterapia, si tratta della stessa cosa che servirebbe nella realtà giovanile di oggi: mancano i terzi, mancano i presidi che facciano i presidi e non i burocrati, manca una scuola che si ponga come soggetto istituzionale, manca il sostegno sociale, culturale e politico che soltanto le istituzioni pubbliche possono dare sia ai genitori che agli insegnanti. Serve la presenza attiva delle istituzioni che li sostenga nel fare il loro mestiere, così da non lasciare sola ogni famiglia quando torna la sera nel suo piccolo appartamento. Così da non far sentire abbandonato e isolato ogni insegnante ad arrabattarsi nella gestione della sua classe.

Nel lavoro fra terapeuta e ragazzo, una cosa che abbiamo sperimentato spesso è il ruolo fondamentale degli oggetti mediatori, il discorso diretto spesso genera ansia, allora ci si trova ad inventare situazioni in cui non lavori sull'esperienza diretta del ragazzo ma su altro, ci si lavora attorno, il mediatore può essere un libro, un gioco su internet, ecc. A volte è un modo per fuggire, il ragazzino ti porta ovunque tranne che nei suoi vissuti; a volte diventa lo strumento che gli permette di dire qualcosa di sé. Colpisce ad esempio che molti ragazzini se in passato dicevano: «Ti devo raccontare qualcosa che mi è successo», adesso dicono con il computer: «Ti devo far vedere qualcosa», e vanno su Youtube. Tu condividi o cosa ne pensi dell'uso degli oggetti mediatori?

È vero, la maggior parte degli adolescenti lavora meglio se gli si propone un oggetto mediatore, così come riesce ad esprimersi più facilmente se parla dei comportamenti degli amici piuttosto che dei suoi. Siamo d'accordo su questo, precisando però che ci sono ragazzi che preferiscono il discorso diretto. Anche se affrontare direttamente le questioni e i problemi, le paure e i limiti li può mandare in ansia, molti ragazzi si aspettano che si vada al nocciolo delle questioni e che il terapeuta sia sufficientemente forte da sostenerli lungo il percorso del disvelamento.

Non darei per scontata la tecnica degli oggetti mediatori con i preadolescenti e con gli adolescenti. Direi piuttosto che non si tratta di una tecnica, ma che fa parte della tecnica di lavoro con i ragazzi capire se gli oggetti mediatori possono essere un'utile risorsa per affrontare il percorso terapeutico.

L'oggetto mediatore, lo dice già la parola, dovrebbe essere un mezzo con cui arrivo da qualche parte, se diventa il fine, cioè il modo di gestire la seduta o addirittura il trattamento, dopo un po' quel ragazzo comprende che è il terapeuta ad avere paura di arrivare al nocciolo delle questioni e a quel punto la terapia è compromessa; il ragazzo ha bisogno di percepire il coraggio e la forza che il terapeuta ha nell'affrontare le difficoltà.

Credo che il mediatore funzioni quando si ritiene che il ragazzo non sia pronto ad affrontare un discorso diretto; ma devo capire se è lui o se sono io a non essere pronto per un discorso diretto, però un rimando glielo devo fare.

La forza del terapeuta come elemento importante nel trattamento è stata da sempre sottolineata da L. Grandi: l'adolescente – ha sempre sostenuto Grandi – lo devi colpire, cioè deve sentire la tua forza, e sentirla già dalla prima volta perché altrimenti non succede niente, non ti si affida, non parte nulla. L'adolescente lo capisce quando gli restituisci qualcosa che hai sentito, che gli appartiene e che nessuno aveva ancora visto.

La settimana scorsa, ho cominciato ad incontrare due ragazzi uno di ventuno anni e l'altro di diciassette. Ho fatto due prime sedute, completamente differenti, perché con il primo ho sentito che alcuni meccanismi erano partiti e l'ho rivisto, con l'altro mi sono reso conto di non avere restituito nulla di così importante da scuoterlo e si è capito alla fine della seduta che non era successo niente di rilevante.

Non servono miracoli, ma semplici intuizioni che rivelino aspetti autentici e riconoscibili: il ventunenne si è sentito colpito da un quasi banale completamento di una sua affermazione. Lui sosteneva di sentirsi a disagio con gli amici perché crede di non avere nulla da dire, ed io non avevo fatto altro che aggiungere che forse pensava di non avere nulla *di interessante* da dire.

Tornando ai genitori e ai ragazzi più piccoli, che comunque spesso arrivano in seduta dopo avere ascoltato i genitori, poi pensando ad immagini di ragazzi che arrivano e dicono: «Sono stato costretto da mia madre, ecc.» si può affermare che il mediatore primo dell'arrivo dei ragazzi è il genitore. C'è un modo per spiegare ai genitori cosa devono raccontare ai figli perché possano venire in terapia senza sentirsi troppo costretti? Ci sono i ragazzi che devono essere costretti e ci sono ragazzi che non accettano la terapia soltanto perché si sentono spinti dai genitori perché l'hanno deciso i genitori.

È chiaro che in un contesto che lo permette il lavoro di un secondo terapeuta è fondamentale, perché vedere un ragazzino dopo aver parlato con i genitori vuol dire aver già impostato il setting in un certo modo. Certamente si può poi fare in modo che il lavoro funzioni comunque, ma diventa tutto più complesso. P. Jeammet suggerisce di ascoltare sempre prima i ragazzi, se arrivano direttamente in consultazione, e poi i genitori: in questo modo la consultazione viene vissuta positivamente dai ragazzi. L'abbiamo già detto, in linea generale sarebbe meglio avere qualcuno che ascolta i genitori e qualcuno che si occupa dell'adolescente.

Credo che i genitori abbiano comunque la facoltà di costringere i ragazzi ad andare dallo psicologo per farsi curare. Se questo è l'unico modo con cui arrivano non ho problemi a dire che lo si costringa. E non è detto, come abbiamo detto poco fa, che diventi tutto più difficile. Anzi. Fa rabbia e umilia dover ammettere di aver bisogno dello psicologo e a volte l'intervento forte dei genitori è rassicurante, perché per un tredicenne riconoscere che lui è lì perché l'ha voluto lui lo mette molto in difficoltà. È molto meglio per lui dire: «Io non sarei venuto, la colpa è di quei rompiscatole!». Si tratta di una utile difesa che gli permette di affrontare il percorso terapeutico, almeno in un primo momento. Quindi un intervento coercitivo da parte della famiglia non è poi così negativo, specialmente quando sono piccoli o molto resistenti.

Talvolta dopo aver fatto una diagnosi e avere ricevuto una restituzione, i genitori mi chiedono cosa devono dire al figlio. In quei casi dico loro di essere sinceri rispetto alle cose che ci si è detti, e di dirle nel modo appropriato all'età del figlio, perché fa meno danni sentirsi dire cose che infastidiscono, piuttosto che sentire giri di parole che nascondono la verità.

In ogni caso i colloqui con i genitori sono di gestione complessa, ed è importante dedicare del tempo anche a come alcuni aspetti possono essere comunicati al figlio, per tale motivo è importante programmare la possibilità di dedicare più di 50 minuti ai colloqui con i genitori.

In chiusura vorrei ancora sottolineare ciò che P. Jeammet sostiene: l'obiettivo di una terapia con un adolescente, ma anche di una consultazione, è di restituire a questi ragazzi il piacere di funzionare.

Anche una consultazione di una seduta può essere molto importante perché può, a volte, essere sufficiente a restituire al ragazzo quello che ha portato ma in modo decodificato, comprensibile. E questo per lui vuol dire: c'eri arrivato da solo, lo vedi che funzioni!

E se ho restituito davvero quello che è proprio suo e quindi l'adolescente può riconoscerlo come una componente sua, oltre ad avere le idee più chiare sente che può farcela con le sue forze, sente che funziona e può provare piacere a funzionare.

Il piacere di funzionare è il collante che tiene insieme la complessità di un'identità.

Intervista a cura di Maria Dolcimascolo, Marco Raviola e Angela Bellini.

Professione Medico di base: la formazione accademica è sufficiente alla pratica clinica?

*Paola Perozzo, Nicoletta Alossa,
Mario Gamba*

**Indagine conoscitiva sul grado
di soddisfazione rispetto alla
formazione universitaria e
alla capacità di gestione dei
cosiddetti pazienti «difficili»**

Premessa

Negli ultimi cento anni la medicina ufficiale ha fatto indubbiamente enormi progressi: basti pensare a quante malattie infettive sono state debellate, ai trapianti d'organo e all'accresciuta capacità in genere di alleviare le sofferenze. L'immagine professionale del medico è circondata da un alone di sacralità e di potere tipica di colui che assiste, che cura, che si prodiga e al quale si associano automaticamente sacrificio, altruismo e sensibilità. Recentemente, poi, si è assistito ad un moltiplicarsi di serie televisive (da *E.R.* a *Dr. House*) che contribuiscono ad alimentare la venerazione verso chi può decidere della vita e della morte, della salute e della malattia al pari di un Dio.

Tuttavia, malgrado i successi, oggi si assiste ad un sempre più diffuso ricorso a pratiche mediche alternative, spesso di derivazione orientale, all'omeopatia e alla medicina popolare. Di qui il paradosso: al perfezionamento delle terapie farmacologiche e degli strumenti diagnostici che hanno determinato un maggior livello di conoscenza dei fenomeni biologici, non corrisponde una risposta positiva da parte dei pazienti che oggi come non mai non esitano a denunciare i medici al tribunale dei diritti del malato. Cerchiamo di capire perché.

Le origini storiche della medicina

La medicina che Ippocrate insegnava a Kohs apparteneva all'ambito delle scienze umane, in quanto si rivolgeva alla persona nella sua totalità intesa sia come organicità sia come rapporti interpersonali inseriti in un determinato contesto sociale, storico e geografico. La malattia era vista come il risultato di un disadattamento contingente avente un significato e un fine, dove i sintomi diventavano messaggi da decodificare attraverso la relazione empatica che si stabiliva tra medico e paziente (Ancona, 2000).

Soltanto verso la fine del XVIII secolo la medicina modifica il proprio assunto antropologico, teorizzando l'uomo come un corpo biologico regolato da leggi di natura fisiologica e dotato di uno spazio, quello fisico appunto, in cui localizzare la sede delle lesioni. Da qui in poi la formalizzazione dell'opposizione psiche-soma che vede in Galeno uno dei massimi precursori. Il medico diventa il tecnico che detiene la conoscenza, l'informazione che basta a se stessa per debellare il nemico malattia. Il malato non è più soggetto ma campo nel quale il medico osserva i fenomeni, verifica le leggi e ritrova ciò che era stato stabilito dal sapere codificato (Ancona, 2000).

La progressiva formalizzazione del metodo scientifico (galileiano-cartesiano) è andata di pari passo con lo sviluppo dell'ottica dualistica psiche-soma stabilendo i rispettivi ambiti di applicabilità degli enunciati nonché la loro scientificità. La configurazione che il dualismo ha assunto ai giorni nostri implica due significati fondamentali. Uno è un significato «forte» che deriva dalla tradizione di Descartes e che teorizza la netta separazione mente-corpo sia a livello logico (mente e corpo sono regolati da leggi e principi con funzionamento diverso) sia ontologico (sono due realtà o sostanze differenti e irriducibili). L'altro è un significato «debole», proposto da Popper (1977), denominato interazionismo, secondo cui esistono stati mentali e fisici differenti ma tuttavia è possibile anche una concreta interazione tra di essi.

Il paradigma scientifico

Bateson (1984) scrive che «...la scienza è un modo di percepire, organizzare e dare significato all'osservazione costruendo teorie soggettive il cui valore non sia definitivo...». Ciò che cambia da un paradigma all'altro non è l'oggetto ma il modo di vedere l'oggetto stesso; ne deriva che, in un'ottica costruttivistica, il vero è definito dai criteri di verità di un paradigma scientifico assunto e condiviso. Khun (1970) ha introdotto il concetto di paradigma di una disciplina scientifica per indicare un termine collettivo comprendente tutto ciò che i rappresentanti di una certa disciplina danno per scontato. Secondo l'autore, il paradigma è l'insieme di conquiste scientifiche univer-

salmente riconosciute, le quali, per un certo periodo, forniscono un modello di problemi e soluzioni accettabili a coloro che praticano un certo campo di conoscenza. Inoltre, la comunità scientifica consiste di coloro che condividono un certo paradigma.

I criteri della verità scientifica quindi non sono atemporali ma appartengono ad una mentalità e ad un immaginario collettivo che incidono sulle scelte che si operano.

Per quanto riguarda le scienze mediche e psicologiche, il dualismo cartesiano ha rappresentato il paradigma che ha regolato e normalizzato il discorso scientifico occidentale sull'uomo. Per la scienza medica, lo standard epistemologico è dato dall'unanimità delle opinioni della comunità scientifica: i docenti delle facoltà, i lettori delle pubblicazioni mediche, le associazioni mediche. La conoscenza tacita delle comunità scientifica non viene insegnata esplicitamente ma è racchiusa implicitamente nei libri di testo e nelle riviste mediche (Polanyi, 1990). La presunta atemporalità e impersonalità della medicina si riflette sul modo in cui vengono scritti gli articoli scientifici, che come osserva Bertolini (1994) sono scritti con prosa sciatta e striminzita e frasi alla terza persona (per es. si è trovato, è risultato).

Standard che troppo spesso si confonde con il vero assoluto mentre in realtà è una particolare visione del soggetto, il risultato della sua immagine da parte di una comunità scientifica che tuttavia non deve escludere altre visioni del soggetto bensì integrarle in una visione dell'uomo che possa superare l'ipoteca cartesiana che ancora tanto incide nello studio dell'uomo inteso come globalità.

La conoscenza implicita si esprime in un linguaggio tecnicistico che rende difficile un dialogo autentico con l'altro partecipante alla conversazione quando è sprovvisto di tali conoscenze. Griffith e Griffith (1994) affermano che «...la cultura scientifica biomedica è organizzata da regole implicite sulle conoscenze specialistiche che la rendono fonte di problemi per i cittadini di cui in realtà dovrebbe essere al servizio...». Il medico in realtà dovrebbe essere un buon volgarizzatore dal momento che è ormai appurato quanto un'adeguata comunicazione con il malato favorisca una diagnosi corretta e una buona compliance.

La formazione universitaria e post-universitaria

Nella prefazione al libro di Bertolini (1994) *Diventare medici*, Garattini scrive: «...è un grande impegno che richiede, forse più di una volta, non solo capacità e competenza, ma soprattutto motivazioni perché ciò che si apprende durante il periodo universitario diventa rapidamente obsoleto. È quindi

necessaria una volontà continua ad acquisire quella che viene normalmente indicata come la formazione permanente...». E questa volontà non è semplicemente una dote innata ma dipende anche da ciò che si è imparato nel periodo della formazione universitaria che oltre a nozioni teoriche dovrebbe trasmettere l'interesse per la letteratura scientifica, il dubbio sulle proprie conoscenze e lo spirito di collaborazione tra colleghi.

Durante il Corso di Laurea in Medicina vengono trasmesse conoscenze indispensabili per esercitare la professione in modo responsabile ma purtroppo sembra mancare un metodo per poterle gestire: non è possibile, infatti, amministrare correttamente le conoscenze senza aver ragionato sulla loro portata, i loro limiti e le loro caratteristiche e l'approccio critico alla conoscenza sembra trascurato. Seguendo sempre la riflessione di Bertolini, il presupposto imprescindibile per elaborare una consapevole strategia di comportamento in ambito clinico è quello di rendere consapevoli gli studenti di ciò che non sanno e non conoscono. Così Murri (1972) si rivolgeva ai suoi studenti: «...cercate di non abituarvi a pensare astrattamente alla malattia, quale la patologia ve la descrive. Armatevi più che potete di cognizioni farmacologiche, fisiologiche, patologiche, batteriologiche, di cognizioni d'ogni genere: più saprete e più potrete. Ma non immaginate neppure per sogno che basti sapere: senza sapere è impossibile diventare un buon medico, ma con tutto lo scibile medico in testa si può essere in pratica un esimio ignorante...».

La pedagogia moderna considera inadeguato il procedimento didattico basato sul semplice accumulo di nozioni e propone un apprendimento per ricerca attiva ed applicazione di conoscenze, e ritiene altresì che ci siano due momenti di formazione: l'acquisizione di elementi teorici e lo sviluppo di attitudini operative, che non devono essere separati nella didattica ma completarsi a vicenda (Scandellari, 1991). L'inadeguatezza della didattica tradizionale, basata su lezioni teoriche *ex cathedra*, è stata riconosciuta dalla riforma degli studi di medicina (DPR 95/1986, noto come Tabella XVIII) che ha stabilito un livello minimo di didattica «teorico-pratica» che dovrebbe consistere in forme di didattica attiva basate soprattutto sull'apprendimento per problemi. Il nuovo ordinamento prevede i cosiddetti «corsi integrati», in tutto quarantotto raggruppamenti, la cui integrazione dovrebbe conferire un insegnamento di tipo non frammentato e parcellare su settori ritenuti necessari alla competenza medica. Inoltre, nel fascicolo della Regione Piemonte (1994) riguardante la formazione post-laurea in medicina generale, si afferma che il tirocinio deve privilegiare l'impostazione per problemi degli argomenti da proporre e rendere consapevoli i medici dei propri limiti e della necessità di integrare la propria attività con quella degli altri operatori del sistema sanitario.

Nonostante le innovazioni positive apportate dalla Tabella XVIII, continua ad essere trascurata nella formazione universitaria e post-universitaria dei futuri medici non tanto l'acquisizione di conoscenze psicologiche e psichiatriche, quanto piuttosto la dimensione relazionale. Basarsi sul buon senso, sulle proprie caratteristiche personali e sull'intuito non è sufficiente in quanto, come sostiene Wienand (1993), «... questi elementi, sebbene importanti, possono, se soli, far correre il rischio che nel proprio agire professionale si perpetuino, non riconosciuti come tali, atteggiamenti, tendenze, errori che, se individuati e meglio controllati, inciderebbero meno pesantemente sull'esito dell'operato...». In questo senso, sempre secondo l'autore, va individuato un percorso formativo inteso come «...esperienza di lavoro personale dall'analisi della quale può derivare una migliore conoscenza di sé e del proprio agire professionale...». È ovvio che non si può chiedere ad un medico la formazione di uno psicoterapeuta ma, considerata l'importanza della relazione medico-paziente, si rende necessaria l'acquisizione da parte del medico di un minimo di consapevolezza delle dinamiche attivate in tale relazione.

A questo proposito, la Tabella XVIII ha subito nel corso degli anni alcune marginali modifiche, la più importante delle quali con il DPR del 13.3.89. La riforma in questione viene comunque chiamata «nuova Tabella XVIII» e include, tra le altre cose, l'introduzione di tre discipline psicologiche nel piano di studi degli studenti, scaglionate nel I, IV e V anno. Ma spesso e volentieri l'insegnamento della cosiddetta Psicologia Medica si riduce all'acquisizione di una metodologia che consente l'individuazione di strutture normali e patologiche di personalità finalizzata ad un eventuale intervento specialistico. Poco o nulla sull'importanza della consapevolezza delle dinamiche intrapersonali del medico nel rapporto con i pazienti. Imbasciati (1993) osserva che «...è più importante che il medico diventi capace lui stesso di sentire certe cose dentro di sé. Ecco il nocciolo della Psicologia Medica: l'oggetto della Psicologia Medica è il medico, non il paziente...». I medici sono portati a concepire gli interventi sul paziente avulsi dal contesto relazionale, e pertanto non condizionati dalle proprie dinamiche interiori, che invece modulano l'atteggiamento del paziente verso la malattia e la sofferenza. Inoltre, il fatto di poter identificare le più disparate categorie psichiatriche di pazienti, diffonde il pregiudizio per cui ad ogni tipo di paziente corrisponde una ricetta psicologica omologabile alla ricetta medica, che si può applicare una volta fatta la diagnosi. Una tale pseudo-psicologia medica, sostiene Imbasciati, «...oltre ad essere più comoda e più facile, è più reclamizzabile perché ostenta presunti benefici dei pazienti e dunque fa leva su di un'immagine di oblatività del medico, corroborando, in tal modo, nell'aspetto pubblico, l'ideale salvifico che alimenta l'identità medica...».

Pertanto, uno degli scopi della Psicologia Medica dovrebbe essere quello di spostare l'accento dal polo ovvio, il paziente, al polo negato, il medico e i suoi meccanismi interiori.

Il percorso formativo che sembra risultato più adeguato a questo scopo è quello legato alla tradizione iniziata da Michael Balint che dal 1950 utilizzò la metodica dei gruppi eterocentrati alla Tavistock Clinic di Londra, lavorando con gruppi di medici di base. Il gruppo eterocentrato è un gruppo focalizzato su un qualcosa che sta al di fuori del gruppo stesso, a differenza dei gruppi psicoanalitici che sono centrati sui problemi personali dei partecipanti (gruppo autocentrato). L'esperienza di formazione in gruppo, guidata, basata sull'esposizione e discussione di problemi legati alla propria esperienza professionale e vissuti come particolarmente problematici, consente infatti ai partecipanti di coglierne gli aspetti emotivi e di valutarli nell'ambito della relazione con i propri pazienti. L'OMS ha riconosciuto la formazione attraverso i gruppi Balint come il metodo più idoneo alla formazione psicologica dei medici ma in Italia risulta ancora poco diffuso.

Imbasciati sottolinea come la formazione psicologica significhi in realtà la comprensione delle dinamiche transferali e controtransferali all'interno della relazione medico-paziente al fine di permettere al medico di muoversi liberamente su questo terreno, rinunciando ad un eccessivo tecnicismo o ad un'eccessiva indulgenza verso il paziente.

La ricerca

Obiettivo del presente lavoro è stato quello di indagare l'opinione che hanno i medici di base rispetto alla formazione universitaria e post-universitaria: elementi positivi e negativi del curriculum universitario, strumenti teorici ed operativi per affrontare la professione, metodologie didattiche e presenza di problemi di formazione ancora irrisolti. Più in generale, sono state raccolte informazioni sull'organizzazione dell'attività di medico di base, eventuali specializzazioni e operatività nel settore specialistico, motivazioni alla scelta professionale, rapporto con le Istituzioni e gestione dei cosiddetti pazienti «difficili».

Lo strumento utilizzato è stata un'intervista semi-strutturata costituita da 31 domande, suddivise in 7 aree tematiche. Le interviste si sono svolte negli ambulatori durante l'orario di visita, previo appuntamento concordato per via telefonica, e hanno avuto una durata variabile tra i 10 e i 50 minuti a seconda della disponibilità del medico.

Il campione è stato raccolto attraverso l'elenco dei medici di base disponibili presso i distretti territoriali di Torino e Provincia. Coloro che hanno

accettato di farsi intervistare sono stati 48 su 61. I motivi principali di rifiuto sono stati la mancanza di tempo e il non interessamento all'argomento trattato. Un'altra difficoltà nel reperire i medici di base è stata la presenza della segreteria telefonica che ha impedito un contatto diretto con loro; nessuno dei medici contattati tramite messaggio in segreteria telefonica ha richiamato. Inoltre, ad alcune domande, una certa percentuale di medici non ha risposto, soprattutto a causa del poco tempo a disposizione per effettuare l'intervista. Pertanto, il campione della ricerca in questione non può considerarsi rappresentativo dell'intera categoria ma soltanto di quelli che si sono mostrati interessati all'argomento e che hanno accettato di parlare della propria professione.

Risultati

I risultati dell'intervista, per ciascuna delle aree indagate, sono stati i seguenti.

1. Anamnesi

I dati indicano che l'82.62% degli intervistati ha la specialità, ma solo il 34.78% opera nel settore specialistico. Prima di dedicarsi all'attività di medico di base, l'86.96% del campione svolgeva il proprio servizio in ambito medico (guardia medica, sostituzioni, volontariato, borse di studio, specialità), a differenza del restante 13.04%. Dai risultati emerge che il numero medio di assistiti è di 1050.65 (range 160-1650).

2. Organizzazione del lavoro

Per quanto riguarda la *strutturazione della giornata e della settimana lavorativa*, il 100% del campione dichiara di occuparsi principalmente di visite a domicilio e ambulatoriali. I dati indicano che soltanto il 17.39% dei medici intervistati effettua ricette e certificati, al contrario del 34.78% che invece li rilascia (il restante 47.83% non ha specificato). La maggioranza degli intervistati svolge attività solo come medico di base (91.31%), mentre l'8.69% svolge anche attività libero professionale.

Rispetto all'*organizzazione del lavoro*, il 56.52% ritiene che essa sia cambiata rispetto all'inizio dell'attività (in meglio per l'84.61%, in peggio per il 15.39%); nessun cambiamento riferito dal 30.43% degli intervistati; si astiene dal rispondere il 13.05%.

Per quanto riguarda, invece, le *urgenze* e la riorganizzazione delle giornate, poco più della metà del campione (56.52%) ha dichiarato di affrontare le urgenze; tra questi, il 61.54% le considera una priorità, il 38.46% ri-

tiene che facciano parte della routine, il 17.39% non le affronta, mentre il 26.09% non ha risposto.

Alla domanda riguardante la *percezione della fatica* a fine giornata, solo il 17.39% degli intervistati ha dichiarato di non percepirla, mentre il restante 73.91% ha risposto in modo affermativo; l'8.7% del campione non ha risposto. Tra coloro che sentono il peso della fatica a fine giornata, il 23.53% dichiara, però, di essere soddisfatto del lavoro svolto, al contrario del 17.65% che risulta insoddisfatto, mentre la maggioranza degli intervistati (58.82%) non specifica.

Abbiamo, infine, indagato la percezione che i medici di base hanno del loro *rapporto con gli specialisti, i consulenti e le strutture*. Il 47.83% del campione dichiara di essere soddisfatto, mentre il 21.74% sostiene di non esserlo; circa un terzo del campione (30.42%) non ha specificato.

Il *rapporto con gli informatori farmaceutici* è vissuto in modo conflittuale dal 4.35% dei soggetti; al contrario, il 34.78% del campione dichiara di avere un buon rapporto con essi. La maggioranza degli intervistati (60.87%) non ha fornito indicazioni.

3. Motivazione e soddisfazioni

Abbiamo chiesto al nostro campione che cosa li avesse spinti ad *isciversi alla Facoltà di Medicina* e ad eventuali altre specialità. Dai risultati è emerso che il 73.91% si è indirizzato spontaneamente, di cui: il 17.65% per interesse scientifico, il 17.65% per passione, il 23.53% motivato dal desiderio di svolgere la professione di medico, il 17.65% spinto da motivi personali, il 23.53% per sentirsi socialmente utile.

Il 21.74% del campione, invece, dichiara che la scelta sia dipesa da altri o sia stata fatta per esclusione. Il 4.35% non ha risposto.

Alla domanda relativa alla *corrispondenza tra il lavoro attuale e le aspettative universitarie*, i soggetti hanno risposto nel seguente modo: il 21.74% sostiene che le aspettative sono state confermate, per il 30.43% lo sono state solo parzialmente mentre per il 21.74% non lo sono state per nulla. L'8.7% degli intervistati sostiene che le proprie aspettative sono cambiate nel tempo, mentre per il 17.39% vi è una discrepanza tra la formazione universitaria e l'attività lavorativa.

Per quanto riguarda il livello di *soddisfazione personale*, la maggioranza del campione (73.91%) afferma di essere soddisfatto dell'attività svolta, a differenza del 26.09% degli intervistati che si dichiarano soddisfatti solo in parte.

Abbiamo chiesto ai medici di base cosa li gratifica di più nel loro lavoro e cosa reputano più critico. La maggior fonte di *gratificazione* è la rela-

zione con il paziente per il 47.83% del campione, la corretta diagnosi per il 21.74%, la libertà di gestire l'attività lavorativa per il 4.35%, l'utilità sociale per il 4.35%, il riscontro economico per il 4.35%, mentre il 31.04% fa riferimento a motivazioni generali. L'8.7% del campione non ha risposto.

In relazione alla seconda parte della domanda, cioè cosa i medici reputano più *critico* all'interno della loro professione, i soggetti hanno risposto la burocrazia per il 52.17% dei soggetti, la relazione con il paziente per l'8.7%, le condizioni lavorative per l'8.7%, la poca pratica clinica per il 4.35%, la scarsa formazione specialistica per il 4.35%, il ruolo sociale e l'attività del medico di base per il 4.35%. Il 17.39% degli intervistati non ha risposto. Un soggetto è rientrato in due gruppi di risposta: relazione con il paziente e corretta diagnosi.

Alla domanda relativa agli *elementi che possono rendere più soddisfacente l'attività del medico di base*, i soggetti hanno dato le seguenti risposte: riduzione della burocrazia per il 17.39%, maggiore collaborazione tra colleghi per il 30.43%, maggiori aggiornamenti per l'8.7%, migliore gestione del rapporto medico-paziente per il 17.39%, soddisfazione del paziente per il 30.43%, possibilità di privatizzazione per il 4.35%. Due soggetti sono rientrati in più gruppi di risposta: ridurre i problemi burocratici, maggiore collaborazione tra colleghi e maggiori aggiornamenti.

4. Formazione

Dai risultati emerge che il 78.27% degli intervistati non è soddisfatto della propria *formazione universitaria e post-universitaria*. Di questa percentuale, il 44.44% dichiara che la propria mancanza di soddisfazione sia dovuta allo scollamento tra la formazione universitaria e l'attività lavorativa, mentre il 61% sostiene che la causa sia da attribuire all'inadeguata preparazione e quindi alla necessità di integrazioni e aggiornamenti; il restante 5.55%, invece, afferma che la propria insoddisfazione sia dovuta alla mancanza di strumenti per gestire le problematiche psicologiche dei pazienti. Il 21.74% del campione si dichiara soddisfatto della formazione universitaria e post-universitaria: l'80% di loro non specifica la motivazione, mentre il 20%, pur ritenendosi soddisfatto, sottolinea la mancanza di formazione psicologica.

Abbiamo chiesto al nostro campione come la formazione universitaria abbia contribuito al grado di *soddisfazione nella propria operatività*. Solo il 17.39% degli intervistati si dichiara soddisfatto della formazione ricevuta; al contrario, il 69.56% sostiene di non esserlo e di questi il 18.75% non lo è della formazione in genere, il 25% lamenta il divario esistente tra la formazione universitaria e la pratica lavorativa, il 50% cerca di colmare le lacune

formative con l'esperienza, mentre il 6.25% con una formazione specialistica. L'8.7% del campione ha fornito un giudizio generico sull'importanza di una buona formazione, mentre il restante 4.35% non ha risposto.

Alla domanda relativa a quali *requisiti* dovrebbe avere la *formazione* universitaria, gli intervistati hanno risposto nel modo seguente: per il 34.78% è necessaria una maggiore attività pratica all'interno della formazione, per il 21.74% sono necessari dei cambiamenti in generale nella modalità di fare formazione, per il 13.04% la formazione dovrebbe essere più interattiva, per l'8.7% è necessaria una specializzazione, per l'8.7% sarebbe utile una maggiore formazione psicologica, per il 4.35% è necessaria una maggior supervisione, mentre per il 4.35% è essenziale una maggior comunicazione tra gli operatori. Il 4.35% degli intervistati non ha risposto.

5. *Pazienti e situazioni difficili*

Abbiamo domandato ai medici se ricordano situazioni particolarmente complesse e/o stressanti e quali risorse hanno utilizzato per affrontarle. Le *situazioni stressanti* riferite sono: disagio psicologico e patologie psichiatriche dei pazienti per il 21.74% del campione; l'insistenza dei pazienti con problemi irrisolti per l'8.7%; il rapporto con pazienti oncologici per il 4.35%; difficoltà relazionali con le famiglie dei pazienti per il 4.35%; lo scarso funzionamento e la poca collaborazione con le strutture per l'8.7%. Il 13.04% degli intervistati non ricorda situazioni particolarmente stressanti, mentre il 13.04% dichiara di non essersi mai trovato in situazioni complesse o stressanti. Il 26.09% del campione non ha risposto.

Dai dati emerge che i medici utilizzano diverse *strategie per affrontare le situazioni difficili* precedentemente descritte: circa un terzo del campione (30.43%) sostiene di fare affidamento sulle proprie capacità personali, a differenza del 21.74% che preferisce utilizzare risorse come il counseling, il dialogo, l'ascolto e l'empatia. Il 13.04% del campione fa ricorso alla propria esperienza, il 4.35% alle proprie competenze teoriche mentre il 4.35% ricerca un rifugio nella propria famiglia. Il 4.35% degli intervistati dichiara di ricorrere all'ausilio farmacologico, il 4.35%, invece, si affida all'aiuto di uno specialista mentre il 4.35% sostiene di non saper gestire con facilità le situazioni critiche o stressanti. Il restante 13.04% non ha risposto.

I medici di base intervistati ritengono che siano di *difficile gestione* le seguenti tipologie di *pazienti*: i pazienti con disagio psicologico e psichiatrico per il 30.43% del campione; i pazienti arroganti, insistenti e insoddisfatti per il 17.39%; i pazienti che abusano di sostanze stupefacenti per il 13.04%; i pazienti ipocondriaci per il 13.04%; i pazienti oncologici per il 4.35%; gli anziani non autosufficienti per il 4.35%. Il 4.35% degli intervistati sostiene

di non aver incontrato spesso nella propria pratica lavorativa soggetti di difficile gestione; al contrario del 4.35% che afferma di averne incontrati molti senza però specificarne la tipologia. Il restante 17.39% del campione non ha risposto. Un soggetto è rientrato in più gruppi di risposta: disagio psicologico e psichiatrico, tossicodipendenti e anziani non autosufficienti.

Abbiamo chiesto al campione se la *fatica* lavorativa ha interferito con la vita privata. Il 47.83% ha risposto affermativamente alla domanda mentre il 34.78% degli intervistati ritiene di saper gestire la fatica legata al lavoro di medico di base. Il 17.39% non ha risposto.

6. Soggetti disturbati

Alla domanda relativa al *modo in cui i medici si avvicinano ai soggetti con problemi psicologici*, il nostro campione ha dato le seguenti risposte: la maggioranza degli intervistati (56.52%) sostiene di avvicinarsi a tale tipologia di pazienti con disponibilità, dialogo e ascolto; mentre il 34.78% percepisce una carenza di strumenti specifici adeguati. Il 4.35% del campione dichiara di non avere pazienti particolarmente difficili; mentre il restante 4.35% non si è espresso in merito alla domanda.

Abbiamo domandato al campione se la *formazione universitaria* abbia fornito loro gli *strumenti* per organizzare un intervento o trovare una soluzione. La maggioranza degli intervistati (56,52%) afferma di non avere strumenti e competenze adeguati; il 21.74% dichiara di affidarsi al buon senso e all'esperienza personale; il 4.35% sostiene di avere acquisito gli strumenti necessari all'interno della formazione universitaria, il 4.35% in quella post-universitaria mentre il 4.35% del campione non ha risposto.

Per quanto riguarda il *coinvolgimento emotivo* suscitato nei medici da questo tipo di pazienti, i soggetti hanno risposto nel seguente modo: il 21.74% si sente altamente coinvolto dal punto di vista emotivo; il 13.04% solo moderatamente; il 21.74% dichiara di sentirsi coinvolto con gradi diversi a seconda dei casi; mentre il 4.35% afferma di non essersi mai trovato in tali situazioni. Circa un terzo del campione (30.43%) dichiara di non sentirsi coinvolto emotivamente da tali pazienti; mentre il 4.35% non si è espresso.

Abbiamo chiesto ai nostri medici di base se si sentono adeguatamente *supportati* dai centri di Salute Mentale, dai Servizi per le Tossicodipendenze o da altre risorse pubbliche o private. Il 43.48% afferma di non ricevere alcun supporto da parte di tali strutture, il 21.74% del campione sostiene di ricevere un adeguato sostegno dai CSM ma non dai SERT, il 26.09% dichiara di ricevere supporto da tali strutture, mentre il 4.35% afferma di avere solo rapporti sporadici. Il restante 4.35% degli intervistati non ha fornito indicazioni.

7. Rapporto con le istituzioni

Per quanto riguarda il *rapporto con le Istituzioni* (Es. il Distretto), i medici intervistati hanno dato le seguenti risposte: il 39.13% dichiara di avere un buon rapporto con esse; per il 13.04% tale rapporto è variabile; per il 30.43% è pessimo, mentre per il 13.04% è di natura meramente burocratica... Il 4.35% dichiara di non avere alcun rapporto con le Istituzioni.

Abbiamo chiesto, infine, se tale rapporto abbia subito cambiamenti negli ultimi anni: la maggioranza del campione (52.17%) ha risposto affermativamente e il cambiamento è stato positivo per il 33.33%, negativo per il 66.67%. Il 43.48% dichiara di non aver avvertito alcun cambiamento, mentre il 4.35% del campione non ha risposto.

Discussione

La formazione clinica del medico è abbastanza lasciata all'iniziativa del singolo. Gli studenti di medicina studiano anatomia, fisiologia e biochimica; in seguito, patologia e farmacologia e di solito non vedono un paziente in carne ed ossa finché non hanno superato gli esami di tutte le discipline biologiche. Il risultato è che il metodo clinico rimane una sorta di conquista personale essendo l'università utile alla formazione del paradigma teorico ma non di un paradigma pragmatico (Bosio 1993, Bertolini 1994).

La rappresentazione che i futuri medici si formano della professione scelta si basa in prevalenza su contenuti soggettivi, determinando uno scollamento tra gli obiettivi che i medici si pongono all'inizio del proprio mandato terapeutico e gli strumenti messi a loro disposizione dalla formazione accademica. In uno studio effettuato da Bosio (1986) è emerso che i medici si pongono obiettivi di amplissimo raggio come la cura delle patologie organiche, interventi di prevenzione e di aiuto psicologico, ai quali non corrispondono però adeguati strumenti operativi forniti dal corso di laurea.

Pertanto, il modello epistemologico che ne deriva si basa, secondo Brede (1980), su di un duplice pregiudizio: da un lato c'è la riduzione dei processi fisiologici alle loro caratteristiche quantificabili; dall'altro, viene esclusa qualunque spiegazione dei processi fisici in base ai principi delle cosiddette scienze dell'uomo. Si tratta di un'epistemologia ancora troppo legata al modello positivistic di scientificità, nel quale gli approcci riduzionistico e deterministico sono gli unici accreditati di valore euristico. E in questo modo «...le scienze cliniche si allontanano sempre più dalla clinica come attività, dove invece si vive di storie e nelle storie individuali, nei contesti e nelle contingenze della vita reale...» (Bertolini, 1994). È importante che i medici siano consapevoli dell'influenza che tale paradigma esercita sulle perce-

zioni e sulle azioni intraprese, nonché sul fatto che esso sia in grado di spiegare solo certi aspetti della patologia lasciandone in ombra altri. Il problema non è la limitazione del modello medico ma la mancanza di consapevolezza che tale modello non è unico e onnicomprensivo per affrontare la patologia (Foerster, 1990). L'esigenza, tuttavia, di un nuovo paradigma esplicativo della patologia è sentito sia dalle scienze mediche che da quelle psicologiche, soprattutto quando i disturbi di origine psicosomatica, così misteriosi e sconosciuti, evidenziano i limiti di entrambe nell'approcciarsi all'uomo considerato nella globalità psicosomatica.

Tale esigenza si riflette nelle risposte fornite dal nostro campione di medici di base: più della metà degli intervistati, infatti, ritiene che vi sia una scarsa corrispondenza tra il lavoro attuale e le aspettative universitarie, per alcuni di loro tali aspettative non sono state confermate affatto, per altri solo in parte. Dall'intervista è emersa, quindi, una diffusa insoddisfazione nei confronti della propria formazione universitaria e post-universitaria. Le cause di tale insoddisfazione sono da attribuirsi allo scollamento tra la formazione universitaria e l'attività lavorativa e ad una scarsa formazione in ambito psicologico. Questo divario tra la formazione universitaria e l'attività lavorativa comporta una serie di lacune, che in alcuni casi vengono colmate da corsi di aggiornamento o da una formazione specialistica, in altri dall'accumulo di esperienza.

Secondo il nostro campione, i requisiti necessari che la formazione universitaria dovrebbe avere al fine di contribuire al senso di soddisfazione e competenza nella propria operatività sono rappresentati da una maggiore attività pratica e interattiva durante il periodo universitario, da una maggior supervisione e comunicazione tra gli operatori, da una formazione specialistica e soprattutto da una formazione più attenta alla sfera psicologico-relazionale.

In particolare, sembra che il peso di questa formazione parcellare si evidenzi in situazioni critiche e stressanti, la gestione dei pazienti difficili o disturbati e la comunicazione delle cosiddette «cattive notizie». Le tipologie di pazienti difficili da gestire vanno da quelli con disagio psicologico o psichiatrico, ai pazienti oncologici, ai tossicodipendenti, fino agli anziani non autosufficienti.

Sembra, quindi, che le maggiori difficoltà riscontrate siano relative non tanto alla sfera delle cognizioni teoriche o scientifiche quanto al versante relazionale e comunicativo, e le strategie utilizzate per farvi fronte vanno dall'abilità personale a strumenti come il counseling, il dialogo, l'ascolto e l'empatia. Qualcuno ha dichiarato di ricorrere ad un sostegno psicologico o ad un trattamento farmacologico.

Il dato però che accomuna la maggior parte degli intervistati è la convinzione di avere pochi strumenti e competenze per la gestione delle relazioni con i pazienti difficili e delle dinamiche che si attivano in tali relazioni.

Appare, quindi, evidente come la formazione di tipo psicologico sia da considerarsi importante e necessaria tanto quanto la formazione teorico-clinica, dal momento che l'oggetto di interesse del medico è l'individuo di cui prendersi cura e non solo la patologia da curare.

L'espressione «prendersi cura» designa il bagaglio di motivazioni e di atteggiamenti che il medico dovrebbe portarsi dietro nel suo viaggio con il paziente. Prendersi cura dell'altro implica la capacità di essergli accanto, di considerare il paziente come soggetto attivo con la sua storia, i suoi bisogni e le sue risorse, di condividere le emozioni e i sentimenti, di accogliere e ascoltare con rispetto e umiltà.

Il medico che ha a disposizione entrambe queste risorse, cioè la formazione medico-clinica e quella psicologica, può affrontare il problema che gli viene proposto non solo con più efficacia ed efficienza ma anche con più serenità, in modo tale da limitare la ricaduta emozionale su se stesso.

Tale ricaduta talvolta può essere anche molto dolorosa: in letteratura, si sente spesso parlare di una particolare vulnerabilità dei medici alla depressione, o a fenomeni di *burn-out*. Affrontare e sopportare quotidianamente, nella pratica lavorativa, le emozioni che la sofferenza di un paziente può suscitare non è certamente cosa semplice, ma esistono strategie che possono essere apprese in modo tale da alleggerire la fatica e lo stress.

Vi sono poi alcuni elementi che possono rendere ancora più pesante l'impatto emotivo delle situazioni complesse quali la modalità di gestione della malattia da parte del paziente stesso, l'aggressività o l'angoscia dei familiari, il peso della responsabilità eccessiva di cui il medico si sente caricato, l'inadeguatezza culturale di fronte ad una situazione clinica complessa (nel caso, ad esempio, di un medico giovane e poco esperto). La formazione universitaria dovrebbe fornire gli strumenti adeguati al fine di affrontare tali difficoltà, sia dal punto di vista teorico-clinico sia dal punto di vista psicologico-relazionale.

L'esigenza di una maggior competenza e di una maggior consapevolezza delle dinamiche interpersonali nel rapporto medico-paziente è sentita come necessaria da entrambi i protagonisti di tale relazione. Il Prof. Ignazio Marino, Direttore del Centro Trapianti di Catania, ha descritto chiaramente, nel libro *Credere e curare*, questo bisogno diffuso di modificare la qualità del rapporto medico-paziente: «Ancora oggi in pieno boom tecnologico, il paziente desidera che il medico lo tocchi, gli metta una mano sulla pancia, ascolti il cuore con lo stetoscopio, lo faccia tossire. Questi semplici gesti, cer-

tamente di ridotta utilità diagnostica rispetto ad una TAC, servono a creare una particolare intimità tra medico e paziente, a rafforzare la fiducia, a spingere il malato a raccontare i propri timori e non solo i propri sintomi. In questo modo si crea anche un legame tra chi cura e chi viene assistito e l'empatia tra i due esseri umani non può essere sostituita da nessun esame diagnostico, per quanto perfetto esso sia».

L'atteggiamento relazionale che il medico assume nei confronti del paziente è condizionato dalla cultura, dalla politica sanitaria e dall'evoluzione dei codici etico-deontologici, pertanto è un aspetto che si modifica nel tempo. In tempi relativamente recenti, la relazione tra curare e prendersi cura si è progressivamente modificata, sia per la crescente tecnologizzazione e specializzazione della scienza medica, sia per la crisi del modello paternalista. Di conseguenza la relazione tradizionale di prossimità e fiducia con i pazienti è stata sostituita da un tipo di relazione più impersonale.

L'invito è allora quello di ritornare alle origini della pratica clinica, all'incontro con la vulnerabilità del soggetto malato che richiama quella del medico, professionista da un lato ed essere umano dall'altro, vulnerato dal dolore del paziente che vorrebbe curare e guarire.

Si avverte quindi la necessità di un modello relazionale e comunicativo centrato sulla persona, che valorizzi e rispetti l'unicità del paziente in un contesto di fiducia reciproca, tempo e disponibilità mentale. Creare un ambiente confortevole in cui dialogare, rispondere ai desideri informativi del paziente e accogliere i suoi vissuti induce un buon livello di soddisfazione (Ptacek, Ptacek, 2001) e ha una ricaduta positiva sul paziente stimolando un atteggiamento positivo di accettazione nei confronti della malattia. I benefici di questo modello comunicativo non riguardano solo il paziente, anche il medico può trarre giovamento da un rapporto chiaro e leale.

La formazione universitaria e post-universitaria dei futuri medici dovrebbe dare più spazio alla trasmissione di conoscenze psicologiche e relazionali, in quanto per prendersi cura dell'altro è necessario sintonizzarsi con il suo modo di vivere la malattia, essere dotati di competenze e conoscenze specifiche, ma anche di sensibilità, di un atteggiamento fatto di empatia ed ascolto attivo. E in tutto ciò è opportuno che il medico sappia riconoscere le aree sulle quali fatica ad essere empatico, per evitare di mettere in atto dannosi meccanismi di difesa. Empatia, capacità di comunicazione ed ascolto attivo non sono atteggiamenti facili, ma sicuramente possono essere appresi.

Il boom delle medicine alternative deriva in parte dall'idea del curante come colui che è in grado di prendersi cura della persona-paziente e quindi di valutare e trattare anche le singole disfunzioni come parte di un comples-

so equilibrio che vede in gioco l'organismo nella sua totalità. Probabilmente è proprio questo modo di intendere la medicina e il ruolo del medico ad essere più vicino alle aspettative della gente che ne decreta il successo. Un modo di fare medicina che rivendica il giusto spazio al potere curativo della fiducia, della speranza e della fede e che non li considera dei fattori intervenienti da eliminare grazie all'esperienza perfetto. Il guaritore alternativo porta il problema che per la medicina scientifica era oggettivo, alla soggettività di chi lo vive, gli dà un senso, lo interpreta in base ai bisogni che rileva nel paziente. I pazienti vi ricorrono, quindi, per trovare quello che hanno perso nella medicina tradizionale, la personalizzazione del rapporto, l'attenzione allo stile di vita, alle relazioni umane, ai fattori morali e spirituali di quella particolare persona.

Bibliografia

- ANCONA L., *L'empatia nella relazione medico-paziente*, «Il Sagittario», 2000, n. 8, pp. 13-24.
- BATESON G., *Mente e natura*, Adelphi, Milano 1984.
- BERNABÈ S. (1993), *Il malato immaginato: logica, intuizione, conoscenza*, CSeRMEG.
- BERTOLINI G., *Diventare medici*, Ed. Angelo Guerini e Associati, Milano 1994.
- BOSIO A.C., *Nei panni del medico: la pratica medica e le sue rappresentazioni secondo il medico generico ambulatoriale*, Franco Angeli, Milano 1986.
- BOSIO A.C. (1993), *La professione del medico: il sapere e le pratiche. Un'analisi psico-sociale*, in CIPOLLI C. ~ MOJA E.A. (ed.), *Psicologia medica*, Armando, Roma 1991, pp. 271-97.
- BREDE K., *Socioanalisi dei disturbi psicosomatici*, Bollati Boringhieri, Torino 1980.
- FOERSTER H., *Non sapere di non sapere*, in CERUTI M. ~ PRETA L., *Che cos'è la conoscenza*, Laterza, Bari 1990.
- GRIFFITH J.-L. ~ GRIFFITH M.E. (1994), *The body speaks*, Basic Books, NY, trad. it. *Se il corpo parlasse*, Astrolabio, Roma 1996.
- IMBASCIATI A., *Psicologia Medica. Ambiguità dei medici italiani e fondazione scientifica della disciplina*, Liviana Medicina, Napoli 1993.
- KHUN T.S. (1970), *The structure of scientific revolution*, University of Chicago Press, trad. it. *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino 1978.
- MARINO I., *Credere e curare*, Einaudi, Torino 2005.
- MURRI A., *Quattro lezioni e una perizia*, Zanichelli, Bologna 1972.
- PTACEK J.T. ~ PTACEK J.J., *Patients' perception of receiving bad news about cancer*, «JCO», 2001, vol. 19, n. 21, pp. 4160-64.
- POLANYI M., *La conoscenza personale*, Rusconi, Milano 1990.
- REGIONE PIEMONTE (1994), *Formazione specifica in medicina generale: piano didattico*.
- SCANDELLARI C., *Linee pedagogiche per la didattica del II triennio del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia. Pedagogia medica*, Atti del V Congresso SIP – maggio 1991, Ferrara.
- WIENAND U., *La formazione psicologica per la medicina generale: l'esperienza della regione Emilia-Romagna*, «Psicoterapia e scienze umane», 1993, n. 2, pp. 67-78.

Hanno scritto in questo numero

Lino Graziano Grandi

Psicologo – Psicoterapeuta – Analista Didatta
S.I.P.I.

Direttore Generale della Scuola Adleriana di
Psicoterapia

Supervisore Scientifico dell'Istituto di Psicolo-
gia Individuale «Alfred Adler»

Nicoletta Alossa

Psicologa

Anna Maria Bastianini

Psicologa – Psicoterapeuta – Analista Didatta
S.I.P.I. – Segretario Generale e Docente della

Scuola Adleriana di Psicoterapia

Angela Bellini

Publicista

Giovanni Cappello

Psicologo – Psicoterapeuta – Analista S.I.P.I.

Responsabile del Servizio Tossicodipendenze
ASL 8 di Nichelino (TO)

Francesca Di Summa

Psicologa – Psicoterapeuta – Analista Didatta
S.I.P.I. – Direttore della Scuola Adleriana di
Psicoterapia, sede di Torino

Maria Dolcimascolo

Psicologa – Psicoterapeuta – Formatrice della
Scuola Adleriana di Psicoterapia – Coordinatri-
ce Centro Studi per l'Infanzia e l'Adolescenza «Il
Sestante»

Mario Gamba

Psichiatra – Psicoterapeuta

Giansecondo Mazzoli

Psicologo – Psicoterapeuta – Analista Didat-
ta S.I.P.I. – Direttore della Scuola Adleriana di
Psicoterapia, sede di Reggio Emilia

Paola Perozzo

Psicologa – Psicoterapeuta

Marco Raviola

Psicologo – Psicoterapeuta – Analista S.I.P.I.
Formatore della Scuola Adleriana di Psicotera-
pia

Norme redazionali

I lavori, in lingua italiana, vanno indirizzati alla Direzione Scientifica della Rivista – Corso Sommeiller, 4 – 10125 Torino.

La pubblicazione è subordinata al giudizio della Direzione, del Collegio dei Redattori e/o del Comitato Scientifico.

Gli originali non si restituiscono.

I testi devono essere inviati in cartelle dattiloscritte, a doppio spazio, su una sola facciata (40 righe di 60 caratteri). Essi si intendono redatti in forma definitiva, *licenziati alla stampa*, così che le bozze possano essere corrette in redazione, senza obbligo di mandarle all'Autore. Ove non venisse osservata questa norma, la Redazione è autorizzata ad apportare al testo le variazioni che si ritenessero strettamente necessarie per ragioni tecniche. Se lo scritto è stato composto su computer può essere allegato un dischetto con indicato il nome del «file» ed il programma utilizzato.

Nelle note di accompagnamento al lavoro vanno indicati: 1) *una proposta di titolo* in italiano; 2) nome, cognome e qualifica degli autori; 3) istituzione di appartenenza; 4) eventuali enti finanziatori della ricerca; 5) nome ed indirizzo (possibilmente privato) dell'Autore al quale va inviata la eventuale corrispondenza.

Le descrizioni di casi clinici devono comprendere: 1) una breve premessa indicante i motivi che conferiscono interesse all'osservazione; 2) una descrizione sintetica del caso; 3) un breve commento epicritico; 4) i riferimenti bibliografici.

I testi degli articoli, date le caratteristiche della pubblicazione, è opportuno che non superino le 10-12 cartelle (40 righe di 60 caratteri ciascuna).

Le recensioni, le lettere, gli annunci o le cronache di convegni, seminari, incontri di studio non devono superare le 30 righe (di 60 caratteri) di testo, salvo specifica richiesta o autorizzazione della Direzione.

Tale materiale (annunci, lettere, recensioni) deve riguardare *esclusivamente* le materie trattate dalla rivista (Psicologia Clinica, Psicologia del Lavoro, Psicologia Giuridica, Psicologia della Religione, Psicoterapia, Psichiatria, Psicologia delle arti, Filosofia, Pedagogia, Sociologia).

Le bibliografie vanno compilate secondo l'ordine di citazione nel testo o in ordine alfabetico d'autore. L'abbreviazione del nome delle riviste deve essere conforme all'Index Medicus.

Grafici, fotografie ecc., sono da inviare in copie perfette, su fogli separati, con le dovute indicazioni e breve didascalia.

I lavori vengono pubblicati gratuitamente.

Agli Autori verrà soltanto addebitato un diritto fisso di € 30,00 per ogni lavoro, ed eventuali spese per composizioni in lingua straniera o per traduzioni ed il conto degli estratti. Le tabelle, clichés in bianco e nero ed a colori, sono a carico degli Autori.

Gli estratti della pubblicazione potranno essere ordinati all'atto della spedizione del lavoro. L'Autore potrà comunque contattare la Redazione per l'ordinazione di estratti fino alla confezione del fascicolo.

Il costo degli estratti con copertina (minimo € 60,00) viene così conteggiato: primi 50 estratti, € 15,00 per pagina; ogni 50 estratti in più, € 1,50 per pagina.

Le spese per la pubblicazione di monografie e di Atti di convegni scientifici, in forma di supplemento ad un fascicolo o «numero speciale» della Rivista, sono completamente a carico degli interessati, comprese quelle di spedizione a tutti gli abbonati e comunque a tutti gli aventi diritto.

Costo del volume

Italia: € 20,00 (Individuale)
€ 30,00 (Istituzionale)
Esteri: € 40,00

Pubblicazione semestrale – Arretrati il doppio.

Per informazioni relative alla distribuzione, rivolgersi alla segreteria dell'Istituto di Psicologia Individuale «Alfred Adler», C.so Sommeiller 4, Torino; tel/fax: 011.66.90.464.

© Tutti i diritti sono riservati. È vietata la riproduzione, anche parziale, effettuata con qualunque mezzo, senza il permesso scritto dell'Editore.