

I TRE PIANI DELLA FORMAZIONE

A. CORREALE

Introduzione

I servizi pubblici di psichiatria stanno attraversando ormai da molti anni un periodo di particolare difficoltà. Questa difficoltà viene avvertita da chi ci lavora come disagio, sentimento di insufficienza, di rivendicazione, talvolta di solitudine e frustrazione. E ha senz'altro a che vedere con la profonda crisi di risorse, che i servizi pubblici affrontano ormai da molto tempo.

Ma la crisi di risorse non può in alcun modo essere ricondotta esclusivamente ad una mancanza o a una scarsa disponibilità di mezzi – sedi, personale, fondi. Approfondendo la conoscenza dei servizi, si percepisce con grande intensità la sensazione diffusa che esista una profonda disparità tra la domanda, che la sofferenza legata alla malattia mentale propone, e la capacità di risposta di chi opera. Le cose vanno come se chi lavora avvertisse, penosamente, che quanto si fa è sempre un po' al di sotto di quanto viene chiesto: questo vale sul piano strutturale – non abbiamo abbastanza residenze, non abbiamo abbastanza personale, non abbiamo abbastanza risorse economiche, non abbiamo abbastanza posti letto. Ma avviene in modo forse ancor più clamoroso, a livello del rapporto fra terapeuta e paziente. Molto spesso i terapeuti, qualunque sia il loro ruolo professionale, si sentono investiti da una domanda che sembra travalicarli, sia come richiesta di legame affettivo, protettivo, accuditivo, sia, e forse ancor più, come capacità di comprensione di ciò che veramente avviene nella vita di una persona sofferente di una malattia mentale, con tutto il suo corredo di solitudine, diversità, rabbia, ma anche estraneità, dubbio, incertezza e senso di un destino avverso.

Qui si pone il problema della formazione. È possibile affermare che una più adeguata formazione di chi opera nei servizi possa permettere un accoglimento della domanda, da un lato più comprensivo della fenomenologia della malattia mentale, e dall'altro più capace di sopportare, di reggere e, nella misura più ampia possibile, di contraccambiare la domanda di relazione, di rapporto che il paziente presenta?

È esperienza comune che, nonostante gli sforzi che moltissimi operatori compiono e i livelli di straordinaria capacità che si riscontrano in molti servizi, molti insuccessi o ritardi terapeutici siano legati al fatto che gli operatori non si sentono in grado di sostenere fino in fondo il peso di una domanda così perentoria e spesso così spietata, come quella che il paziente psichiatrico sembra avanzare.

Le condizioni in cui si svolge il lavoro sembrano presentare, a questo proposito, almeno tre piani problematici.

Un primo piano riguarda le condizioni stesse della scienza psichiatrica oggi.

La scienza della psichiatria è al momento attuale più la risultante di un arcipelago, che un'attività scientifica integrata. Nel campo della psicoterapia, si confrontano scuole di orientamenti diversi, in ambito psicoanalitico, cognitivista e sistemico. La psichiatria biologica fornisce risposte sempre più impressionanti dal punto di vista delle acquisizioni conoscitive, ma stenta a dialogare con gli approcci, che privilegiano l'accostamento soggettivo e personale al paziente. La fenomenologia – e tutta la sua gloriosa tradizione psicopatologica – sembra relegata ad uno sfondo, che spesso viene vissuto, a torto, più come un ornamento che come un effettivo strumento di intervento. La psichiatria sociale privilegia principalmente l'inserimento nella collettività e sembra più centrata sull'accoglimento del paziente da parte del contesto culturale e sociale circostante, piuttosto che sulle vicissitudini della sua interiorità.

È inevitabile che l'operatore si trovi disorientato e finisca per privilegiare un approccio particolare, forse addirittura in contrapposizione agli altri, purché conferisca un'identità definita, e una prassi terapeutica riconosciuta e, almeno entro certi limiti, standardizzata. Ma questa forse inevitabile evoluzione delle cose comporta un isolamento, una difficoltà di confronto, una frammentazione tra le scuole. È possibile pensare ad una formazione, che lavori nei punti d'intersezione tra i vari approcci disponibili, che sia insomma trasversale e non solo verticale, e che faccia crescere l'operatore attraverso una consapevolezza sempre maggiore delle aree di ricerca condivise, e non solo di quelle che separano i vari tipi di scuole?

Un secondo punto riguarda la vita istituzionale. Benché da molti anni si analizzino e si discuta sulle dinamiche della vita istituzionale,

non sembra che si sia ancora formata una sufficiente consapevolezza di quanto l'appartenere a un gruppo di lavoro organizzato influisca profondamente sull'attitudine terapeutica del singolo curante, che viene profondamente influenzato da dinamiche di potere, emozioni collettive, assunti di base e, comunque, da una pressione del gruppo sul suo apparato psichico, che da un lato esplica un supporto, una facilitazione del lavoro, una protezione affettiva e culturale, ma dall'altro può esercitare effetti deleteri di conformismo, d'inibizione, d'ostruzione del riconoscimento emozionale e quindi spingere ad *acting*, evitamenti, proiezioni, giochi di deleghe.

Un terzo punto riguarda la formazione personale. Oltre alla dimensione della competenza, cui abbiamo accennato in prima istanza e alla dimensione istituzionale, che abbiamo citato in seconda istanza, agisce infatti con forza anche la dimensione personale. Ogni competenza infatti, e ogni ruolo istituzionale, si fonda su un'attitudine personale ineliminabile.

Si potrebbe dire che l'attitudine personale può essere vista da due lati.

Da un lato la vocazione: quali sono le spinte profonde che spingono a scegliere questo lavoro? Il bisogno di sentirsi utile, la fantasia di proteggere un genitore ammalato, una troppo precoce responsabilizzazione, la percezione di aspetti della propria mente, con cui non si è mai venuti del tutto a patti, o più semplicemente un'ansia di potere, un bisogno narcisistico di contare, d'esercitare un'autorità su qualcuno o su qualcosa?

Dall'altro versante, l'attitudine personale si apre al contatto col paziente. Che cosa succede quando veramente si entra in contatto con una persona malata mentalmente? Si potrebbe forse dire che lo sforzo più grande, e più difficile, consiste nella capacità di dare spazio, di albergare nella propria mente e, talvolta, nel proprio corpo, vissuti, emozioni e pensieri che possono avere carattere di stranezza, bizzarria, estraneità, ma anche violenza, tragicità, risentimento, distruttività talvolta mortifera. È possibile "curare" una persona senza far transitare, almeno in qualche modo, dentro di sé questi vissuti? E se questo non avviene, le attitudini terapeutiche, ispirate alla più moderna e rigorosa competenza, non rischiano di restare dimezzate o parziali, perché condotte in un regime d'oggettivazione e quindi private di un veicolo essenziale per la loro trasmissibilità?

La mia proposta è d'indagare questi tre punti o meglio, questi tre piani, nella speranza che la suddivisione in questi tre livelli permetta una visione più chiara del nostro problema e faccia procedere il di-

scorso sulla formazione in modi sempre più strettamente legati all'esperienza quotidiana degli operatori.

Affronteremo in successione la componente personale, poi quella istituzionale, e infine quella professionale e tecnica.

I. LA COMPONENTE PERSONALE

Come accennavo nell'*Introduzione*, non è possibile ridurre la formazione di un operatore psichiatrico alla pura e semplice acquisizione di tecniche terapeutiche. Anche la migliore somministrazione farmacologica o l'applicazione di un modello di intervento validato, o la messa in campo di una capacità sociale d'integrazione, non può prescindere dal fatto che esiste un veicolo, per così dire, un mezzo di trasporto, di tutto ciò che si fa, e che questo mezzo di trasporto consiste nella persona stessa che lo fa, nel suo stile comunicativo, nei sentimenti che trasmette, nella capacità d'accoglienza e, sullo sfondo, nel suo rapporto coi grandi problemi della vita, il lutto, il sesso, l'amore. Se questi aspetti possono restare nello sfondo, in relazioni brevi e superficiali, è inevitabile però che acquistino un'importanza crescente quando la relazione si approfondisce, o addirittura quando diventa una relazione psicoterapica o, comunque, improntata ad una forte intimità.

Come offrire all'operatore una possibilità di crescere in questo campo? Dicevo già nella prima parte di questo scritto, che il problema può essere affrontato da due parti, o meglio rispondendo a due domande. La prima riguarda la vocazione: perché ho scelto questo lavoro? La seconda riguarda il paziente: che cosa mi fa provare questa persona? Affrontiamole in successione.

Il tema della vocazione è un tema troppo vasto per trattarlo in modo esauriente, ma è altrettanto inevitabile farne almeno degli accenni.

Una prima spiegazione possibile ci viene offerta dagli studi sulle prime esperienze di vita, con particolare riferimento a quelle più traumatiche, in cui accanto alla figura della vittima e del persecutore, si staglia quella del salvatore, cioè di colui o colei, che, di fronte ad una scena violenta o dolorosa, si sente in qualche modo obbligato a correre in aiuto, a fare qualcosa. Sullo sfondo di questa chiamata c'è un'acuta percezione di tipo etico: il bisogno di riaddrizzare delle profonde storture, di sostenere chi soffre, d'opporsi ai prepotenti. Questa profonda istanza etica può condurre il futuro terapeuta ad atteggiamenti di oblatività, di protezione, d'interventismo e possono renderlo disponibile anche a grandi fatiche, e comunque ad un'istanza che potremmo definire di tipo riparativo.

È chiaro che siamo in presenza di una tematica a doppia faccia: da un lato l'istanza etica comporta una dedizione, un impegno, un riconoscimento del valore dell'altro, una protesta contro le ingiustizie, e non può non sfociare in un calore, in una solidarietà, in una pazienza, anche, nel sostenere situazioni spesso così difficili, così persistenti. Potremmo dire, sulla scia di Levinas, che il dolore umano ci convoca, ci impegna, non può lasciarci indifferenti. D'altra parte, nel ruolo del salvatore, sembra insinuarsi un senso di colpa, qualcosa che potrebbe definirsi una responsabilizzazione eccessiva, un obbligo, una compulsività degli interventi. Se questo aspetto prevale, possono farsi strada, nelle attività terapeutiche, aspetti di rigidità e una modalità che potremmo definire coattiva, un fare le cose per obbligo e non per scelta.

Un altro aspetto importante di questa dimensione è dato da un rischio, che potremmo definire pedagogico. La vocazione del salvatore può assumere forme troppo rigidamente educative, in cui senza volere il paziente diventa un bambino, e il terapeuta l'adulto, che lo deve guidare nei difficili percorsi della vita. Questo aspetto dell'infantilizzazione del paziente è uno dei rischi più gravi che corrono i terapeuti, che possono vivere la loro vocazione come un mettere ordine nel disordine, un guidare chi non sa regolarsi, con l'inevitabile prezzo di fatica che questo comporta. Insomma non c'è vocazione senza etica, ma l'etica dovrebbe lasciare un margine, per non precipitare in un'oppressiva rigidità.

Un altro aspetto importante della vocazione riguarda il famosissimo tema di Winnicott del bambino troppo rapidamente cresciuto. Molti terapeuti sono stati chiamati, o si sono sentiti chiamati, ad una sorta di crescita accelerata, perché le condizioni della vita – separazioni, lutti, malattie, difficoltà familiari – li hanno messi troppo rapidamente e precocemente nella condizione, almeno in parte, di rinunciare alla propria infanzia, per diventare grandi molto presto e fronteggiare le emergenze circostanti. Questa rinuncia all'infanzia – o meglio, questa parziale riduzione della dimensione infantile – può conferire a certi terapeuti una modalità ossessiva o troppo seria o un fondo di tristezza, come se si rimpiangesse sempre qualcosa, che non si è mai vissuto fino in fondo.

C'è infine un'altra fonte di vocazione psichiatrica: la percezione di aspetti insoliti o bizzarri, francamente malati dentro di sé, che attraverso la scelta della psichiatria, si tenta di bonificare e di trasformare. Al di là di facili ironie, questo tema è di grandissima importanza. La sorpresa di percepire in sé aspetti impliciti e non facilmente condivisibili può diventare attenzione e delicata sensibilità verso aspetti soggettivi dolenti, come crisi transitorie di depersonalizzazione, facili alterazioni dell'umore, interrogazioni frequenti sul senso della vita, delle

cose, difficoltà nell'integrazione fra aspetti corporei e aspetti mentali della propria personalità: tutte queste esperienze possono spingere alla scelta dell'attività psichiatrica, come un modo di venire a capo di qualcosa, che altrimenti resta sempre in sospeso dentro di sé.

Per affrontare questa tematica sono state proposte molto giustamente esperienze di analisi personale, e comunque di *training* individuali o di gruppo, previste da molte scuole, d'origine e orientamento vari. Ma sappiamo bene che questa risorsa, per quanto importante, non può essere messa a disposizione della totalità degli operatori e che poi anche questa risorsa in sé abbia dei limiti. È possibile, allora, che il gruppo degli operatori, tramite iniziative formative *ad hoc*, possa porsi il problema di favorire una crescita personale "in gruppo" degli operatori, oltre che della trasmissione di specifiche competenze e tecniche?

Sull'altro versante, dicevamo che il tema della formazione riguarda la capacità di alloggiare – come direbbe Bion – dentro di sé, nella propria mente e nel proprio corpo, pensieri e vissuti, che possono rivestire un carattere di bizzarria, violenza, inusitatezza. Possiamo affrontare, come esempi illuminanti, la situazione dal punto di vista della psicosi e dal punto di vista del *borderline*.

Quando si viene a contatto con la psicosi si percepisce con chiarezza che è l'intero statuto dell'essere che viene messo in discussione.

Nella fase acuta, lo psicotico non sa se là fuori c'è qualcosa oppure no. E vive quest'incertezza come perdita, terrore, morte o, in via compensatoria, come dominio maniacale, su qualcosa che in realtà non riesce a controllare mai. Nella fase cronica, lo psicotico ci presenta qualcosa di estenuato e sembra chiedere al terapeuta: «Non mi spinga a fare cose troppo difficili. Trovi la strada giusta per me, non di più, non di meno». Nell'uno e nell'altro caso, il curante viene interrogato sul suo proprio modo di rapportarsi con l'essere delle cose. Le cose vanno come se la filosofia coattiva del paziente mettesse in risonanza una filosofia più libera e più consapevole, ma non per questo meno "filosofica": la depersonalizzazione mette in discussione il legame "naturale" fra noi e le cose.

Il delirio, inoltre, richiama la sensazione d'un universale schiacciante, un messaggio che viene dal mondo intero, e richiama quindi il tema angoscioso del rapporto fra il singolo e il tutto, fra la vita individuale e quella dell'universo. Si potrebbe dire che il delirio è una forma di religione, che non può non mettere in discussione e in risonanza la religione individuale del terapeuta, quanto il terapeuta percepisce il messaggio schiacciante dell'universalità, quanto è capace di declinarlo con se stesso in forme comunicabili e quanto invece lo respinge considerandolo eccessivo, violento ed insopportabile. Non si tratta infatti di

delirare col paziente, ma di non mostrarsi sordi a questo filo conduttore che unisce il singolo al tutto. Sintonizzarsi insomma con questo aspetto non eliminabile dell'esperienza psicotica, ma anche dell'esperienza umana, e renderlo in qualche modo umano e non travolgente.

E infine la cronicità: la stanchezza, il ritiro, la paura che la vita ci scardini dalle fondamenta, il timore che il sesso, l'amore, la passione, anziché elementi di vitalità diventino elementi di destabilizzazione, di disordine, di caos, possono spingere il terapeuta ad una ribellione, in nome della sua propria vitalità. Come se il terapeuta dovesse dire al paziente: non puoi spengerti così, in questo modo spengi anche me. Se questi vissuti del paziente incontrano nel terapeuta una reazione di ribellione, di negazione, di ostilità, sia pure largamente condivisibile e comprensibile per i motivi che abbiamo detto, può determinarsi tra paziente e terapeuta una specie di cesura, che può indurre dolore nell'uno e nell'altro e, in altri casi, rabbia, risentimento e addirittura fine del rapporto.

Per quanto riguarda i *borderline*, entriamo qui nei vastissimi territori del trauma. Il trauma, o meglio, la relazione traumatica, non causa soltanto dissociazione o identificazione con l'aggressore o coazione a ripetere. Essa implica anche una disorganizzazione della capacità di leggere gli eventi secondo un criterio interpretativo possibile.

Chi proviene da traumi ripetuti sembra convinto in profondità che il mondo non sia leggibile, ma sia un coacervo di follia, brutalità, violenza, intervallato da momenti transitori e poco convincenti di dolcezza e amorevolezza. È inevitabile che questa "perdita di senso" venga vissuta da chi la prova con un senso di rabbia, di ingiustizia, di risentimento, e che il terapeuta la viva come un essere attaccato ingiustamente. Perché devo rispondere io dei tuoi dolori? Perché devi chiedere a me quel senso della vita e delle cose, che nessuno può ragionevolmente dire di possedere? Ma questa rabbia e questa aggressività possono diventare invece la fonte della possibile alleanza se, anziché respingere al paziente questi vissuti, il terapeuta ne coglie l'intrinseca, drammatica richiesta di ricerca di senso, di continuità, della composizione di un rapporto possibile, insomma di una paziente, estremamente paziente capacità di riannodare continuamente fili spezzati, senza cadere nella tentazione di vendette, ritorsioni e modalità tipo occhio per occhio.

Penso che si possa dire che soltanto tramite un profondo attraversamento dell'esperienza traumatica – una capacità d'immedesimazione nella vittima del trauma e nel rischio gravissimo che la vittima diventi persecutore, e che il traumatizzato diventi traumatizzante –, sia possibile avvicinarsi al paziente *borderline*.

In base a queste considerazioni, che si può dire dunque sulla formazione personale d'un operatore? Certamente, alla base sia della psicosi che dei disturbi gravi di personalità, esiste quella che potremmo definire una sorta di filosofia vissuta e sperimentata sul proprio corpo e sulla propria vita affettiva: una realtà che sfugge nella psicosi, una realtà che incalza violenta nel disturbo del carattere di tipo esplosivo.

Penso si possa dire che è fondamentale che il nostro terapeuta, infermiere, assistente sociale, psicologo, medico, debba percepire in sé questa tematica. Custodire insomma dentro se stesso qualcosa – che potremmo definire come il senso drammatico delle cose – qualcosa che ha a che fare con la precarietà e l'imprevedibilità. Ma al tempo stesso sentire che questa precarietà e questa imprevedibilità si possono accoppiare con qualcosa che invece è anche morbido, amorevole, ironico, forse comico, e comunque etico.

Si può dire che il terapeuta deve comunque aver fatto esperienza del lutto, o diretta o mediata, e che deve dialogare con questa area del lutto, come con una parte di sé, né predominante né assente. Il lutto non deve divorare il terapeuta, ma non deve neanche essere relegato in un fondo inafferrabile. Potremmo parlare del terapeuta come di un convalescente, uno che sa cosa vuole dire essere malati, ma che ha provato anche le gioie dello star bene.

Le attitudini che vanno sviluppate per favorire questa modalità – ritrovare il senso d'una propria vocazione e dialogare col vuoto e la mancanza senza farsene inghiottire – potrebbero essere indicate come la ricerca di una sorta di saggezza. In questo senso il significato che i Greci conferivano all'idea di "saggio" ci aiuta moltissimo. Hadot ci ricorda che, nell'antica Grecia, la pratica filosofica non era mai fine a se stessa, né al servizio d'una pura indagine conoscitiva, ma era soprattutto un esercizio spirituale: il dialogo ininterrotto con se stesso, e con le persone vicine, sui temi essenziali dell'umanità, la vita, la morte, l'amore, il sesso, il tempo, lo spazio, l'infanzia.

Per sviluppare questa "saggezza", Hadot ricorda alcuni procedimenti.

Il primo è l'attenzione. Intendiamo per attenzione l'apertura di un ventaglio il più aperto possibile alla ricerca di particolari – nelle istituzioni potrebbero essere quelli provenienti dal paziente, ma anche dal suo contesto e dall'istituzione nella sua totalità – nella convinzione che in molti casi la periferia del campo visivo dia informazioni altrettanto importanti della parte centrale del campo. Messaggi subliminali, sfumature, piccoli aspetti corporei, espressioni verbali al posto di altre e poi naturalmente lapsus, atti mancati: tutto ci parla di qualcosa che va sì riportato all'unità, ma soltanto dopo che è stato fatto un lavoro di acco-

stamento e di raccolta di materiale, anche molto eterogeneo, e di frammenti molto distanti fra di loro. Come vedremo meglio nella terza parte di questo lavoro, concetti come quello di epochè e di attenzione liberamente fluttuante sono particolarmente utili in questo senso.

Un secondo procedimento potrebbe essere definito come controllo, intendendo per controllo il potere che si esercita su se stessi. È implicito, in questo concetto di potere su se stessi, una certa capacità non solo di riconoscere le emozioni che il paziente ci fa provare, ma anche le emozioni che comunque noi proviamo per lui o per lei, non in base soltanto alla sua storia, ma alla nostra, alle nostre preferenze, scelte, idiosincrasie, orientamenti, passioni. Il controllo implica la capacità di non lasciarsi andare, o di lasciarsi andare in modo consapevole, e comunque di controllare gli *acting*, le emozioni di tipo isterico, le rabbie, le paure, e di chiedere aiuto a persone vicine di cui ci si fida, se questo controllo risulta impossibile esercitarlo da soli.

Purtroppo si ha molto spesso la sensazione che il terapeuta, nelle istituzioni, sia non sempre consapevole dell'effetto che fanno le sue parole e i suoi gesti sull'altro, sul suo paziente. In questo, il gruppo può svolgere una funzione fondamentale, evitando tendenze alla colpevolizzazione e ponendosi invece nella prospettiva del rinforzo del controllo, proprio e altrui. Deve essere però molto ben chiaro che, per controllo, non si intende psicoanaliticamente la negazione o la rimozione dei propri vissuti, ma una prospettiva, forse più stoica che psicoanalitica, di padronanza dei propri vissuti e di capacità di rappresentarsi e di dialogarci.

Infine, la meditazione. Non è possibile pensare che tutto si svolga al momento dell'incontro. Molti eventi significativi della relazione avvengono dopo, quando il terapeuta ritorna col pensiero a ciò che è successo. Può esserci un pensiero orientato, o il pensiero può ripresentarsi all'improvviso. In alcuni casi fortunati, si può sognare un paziente o essere colpiti da qualcosa che ha detto o ha fatto in un altro momento della vita, ma quel che è certo è che, nel momento successivo, nell'*après coup*, alcuni filtri attivi nel corso dell'incontro possono venir meno e alcune comunicazioni, che non sono passate nella seduta, possono nell'assenza arrivare a destinazione. Quei brevi intervalli fra una seduta e l'altra, la chiacchierata con il collega, il tragitto in macchina dal servizio a casa, brevi momenti di solitudine, magari passeggiando per la città, o imponendosi volontariamente di non svolgere, almeno per qualche minuto, nessuna attività, possono essere utili in questo senso.

Attenzione, controllo, meditazione: tutte e tre queste posizioni sono praticabili in gruppo e tutti i gruppi di discussione clinica, al di là del consiglio, dell'orientamento, dell'interpretazione, dovrebbero svilup-

pare nel gruppo stesso queste modalità. È solo attraverso questo tipo di “saggezza” che non si finisce mai di acquisire, che si può instaurare, da un lato, quel dialogo con la mancanza e l’assenza che, come dicevamo, l’operatore deve instaurare in modo non depressivo dentro di sé, e dall’altro, lo stesso dialogo fra operatori, perché la ricerca di queste qualità diventi uno stimolo, non solo per se stessi ma anche per gli altri membri del gruppo.

II. LA COMPONENTE ISTITUZIONALE

È esperienza comune che il contesto istituzionale in cui si è immersi influenzi in modo molto profondo non soltanto il modo di lavorare, ma lo stile personale, le modalità comunicative e addirittura lo stato d’animo con cui si opera. Non c’è dubbio, infatti, che una grande parte delle emozioni che si provano nel corso dell’attività professionale, più che essere legata ai pazienti, sia legata ai colleghi, alla solidarietà – se presente – o altrimenti alla competizione, alle rivalità, agli scontri coi compagni di lavoro. Si può dire – senza timore di sbagliare – che le vicissitudini nascoste del piano emozionale dell’istituzione siano altrettanto importanti delle attitudini personali al lavoro e della competenza professionale in senso stretto.

È importante quindi che l’attività formativa permetta di approfondire la conoscenza di come funzionano le istituzioni, di quali siano le forze emotive che le caratterizzano, e di come la storia, i traumi, le vicende interne determinino un clima, un’atmosfera, un’aria che penetra fino nel profondo dell’organizzazione mentale, e talvolta anche fisica, dei suoi componenti.

Un primo modo di offrire uno strumento perché l’operatore possa “leggere” il contesto in cui è immerso è dato dalla distinzione tra organizzazione e comunità, come due polarità fondamentali dell’istituzione.

Intendiamo per organizzazione, in senso stretto, l’insieme dei compiti che l’istituzione stessa deve svolgere, i ruoli assegnati, le responsabilità individuali, il potere di cui ognuno dispone e l’autorità maggiore o minore che può esercitare su chi gli sta intorno. Soltanto in questo senso l’istituzione coincide con l’organizzazione. Come sono affidati gli incarichi professionali? Quali mansioni svolge ogni parte dell’istituzione? Come sono suddivisi i compiti? Come interagiscono fra loro le varie parti?

La teoria dell’organizzazione è ormai entrata a far parte della formazione degli operatori, che sempre più stanno diventando esperti su pro-

blemi di suddivisione del lavoro, acquisizione di ruoli, interazione di funzioni.

Ma l'istituzione non è solo organizzazione. Si può pensare l'istituzione, anche, come un insieme di persone che, per il fatto di lavorare fianco a fianco, spesso per molti anni di seguito, non si scambiano soltanto compiti e responsabilità, ma costruiscono insieme una mentalità comune, valori condivisi, storie partecipate, ricordi collettivi. Questo aspetto comunitario può funzionare come un alimento affettivo – nel caso che l'operatore se ne senta parte – o funzionare come una terribile minaccia, nel caso che, per qualche motivo, l'operatore se ne senta escluso o perseguitato. Contribuisce alla costituzione di questo clima comunitario lo stile della *leadership*, dei legami affettivi e non solo professionali fra i membri, le entrate e le uscite dei nuovi operatori, gli amori, le antipatie, gli odi, insomma tutti i legami che il corso del tempo stratifica e fa sviluppare.

Questo aspetto comunitario ha un'importanza fondamentale per un motivo, che un filosofo italiano, Roberto Esposito, ha indicato con grande chiarezza. La parola latina *munus*, su cui nasce il termine comunità, non indica soltanto un compito, ma anche un dono, un'offerta. La vita istituzionale si struttura intorno ad una ricchissima serie di scambi che, da un lato, sono scambi di compiti, responsabilità, poteri, secondo una logica che potremmo definire di tipo contrattuale o giuridico o sindacale. Dall'altro, si struttura invece intorno a scambi personali, fantasie, affetti, impegni di portata maggiore o minore, stili personali.

Esiste quindi tutta una gerarchia, che nel campo dell'organizzazione potremmo definire del potere, nel campo della comunità, invece, potremmo definire degli affetti o degli stili personali. Una persona di scarso potere può avere una grande influenza personale, il potere di un primario o di una caposala può non corrispondere ad una altrettanto forte capacità di contribuire ad un piano fantasmatico o culturale o emozionale. Esistono insomma ruoli gerarchici, ma anche ruoli che rispondono ad una gerarchia di altro tipo, di simpatia, di generosità, di calore, o al contrario, di distruttività, d'invidia, di competizione.

Tener presente questo complicatissimo intreccio fra il livello gerarchico del potere, pertinente all'organizzazione, e il livello comunitario degli affetti, pertinente agli scambi personali, è di fondamentale importanza, perché proprio dall'equilibrio di queste due componenti deriva la possibilità di una vita istituzionale capace di alimentare in senso benefico il singolo operatore e non di deprivarlo.

Esiste infatti un rischio molto grave e cioè che la comunità, nel suo insieme, tenda ad irrigidire alcune sue caratteristiche, che lo stile personale di qualcuno o lo stile di tutto il gruppo diventi pietrificato, ripeti-

tivo, in una parola ideologizzato. In questo caso, i fattori identitari prendono il sopravvento su quelli comunitari e la comunità diventa caratterizzata dal suo opporsi a qualcosa, piuttosto che dal suo fronteggiare o incontrare qualcosa.

Lo stesso fenomeno si può verificare all'interno dell'istituzione nel suo complesso. Se gli scambi comunitari e quelli pertinenti all'organizzazione non si armonizzano, si formeranno dei sottogruppi, e ognuno dei sottogruppi tenderà ad affermare se stesso in contrapposizione agli altri. In altri termini, se non riesco a sentirmi appartenente all'istituzione nel suo complesso, mi sentirò almeno appartenente ad uno dei sottogruppi che la compongono.

Si può approfondire questo punto ricorrendo al concetto d'esclusione. In molte istituzioni le cose vanno come se si dovesse necessariamente escludere qualcosa. Questo qualcosa è molto spesso una componente personale che, per la sua intensità, per la sua diversità o per la sua potenza, viene sentita come pericolosa e viene quindi messa al bando. Ma quasi sempre questa componente personale, proprio perché esclusa, ritorna in altre forme, spesso spostate, come polemiche, lotte di potere, bizzarrie, forme di nevrosi o di ansia o *acting*.

Quali sono i modi per indagare questi complessi intrecci? Ne vorrei indicare sostanzialmente due.

Il primo è rappresentato dal concetto di contagio. È grande merito di Bion l'aver indicato che, quando un gruppo si sente inadeguato a fronteggiare un compito, ricorre facilmente alla fuga in un'emozione collettiva di tipo depressivo, paranoico o maniacale e che questo movimento consente ai singoli membri del gruppo di ritrovare un'unità, non attraverso la partecipazione ad un compito condiviso, ma attraverso la condivisione d'un'emozione uguale per tutti.

È qui che si attiva il rischio del contagio. Quando il gruppo si trova in questo stato, tutti i singoli membri del gruppo sono attratti dall'emozione collettiva, se ne fanno appunto contagiare e diventa molto difficile mantenere una individualità, perché questa viene sentita come un rischio d'allontanamento dal gruppo, e quindi di persecutorietà o di solitudine.

Fenomeni di questo tipo si verificano con grande facilità nelle istituzioni: mancanze di risorse, perdite di personaggi significativi, scelte contrastanti di tipo istituzionale o professionale, compiti troppo impegnativi possono determinare stati d'animo d'insufficienza, che a loro volta possono venire immediatamente compensati dall'entrata in un assunto di base, dotate delle caratteristiche che abbiamo appena descritto. È molto importante che l'attività formativa permetta all'operatore di riconoscere questi stati, sia come esperienza personale, sia come parteci-

pazione a un momento collettivo, e di favorire quindi una riflessione individuale e comune su ciò che sta accadendo.

L'altro punto riguarda la storia. Ogni istituzione è dotata di una storia, che spesso è anche storia di sconfitte, di traumi, di difficoltà. Ma quali capacità hanno le istituzioni di prendere atto che su di esse ha veramente agito un trauma, per esempio la presenza di un personaggio perturbante, o la scomparsa di un personaggio protettivo o significativo, o la sofferenza grave di uno dei membri e così via? Freud, nei suoi lavori sulla psicologia del gruppo, ha mostrato con grande chiarezza che molti traumi non vengono ricordati, ma trasformati in azioni, per esempio attraverso la costruzione di totem, l'attività di modalità idealizzanti, la creazione di idoli, oppure attraverso l'esclusione dalla memoria del gruppo di vicende antiche, di cui si tende a non parlare più.

Le cose vanno come se i gruppi avessero una capacità limitata di riconoscere i loro traumi, e tendessero invece a instaurare delle aree cieche o a controllare il trauma attraverso modalità di tipo paranoicale, proiettando cioè su un capro espiatorio all'interno del gruppo – o su un nemico al suo esterno o su una istituzione concorrente –, il pericolo temuto e il dolore non riconosciuto.

È importante che l'attività formativa permetta agli operatori di riconoscere quali effetti può esercitare un trauma sulla vita istituzionale, quali sono le difese che l'istituzione stessa può attivare per controllarlo – quasi sempre di tipo centrato sulla negazione o sulla scissione – e quali sono le modalità con cui l'effetto negativo di un trauma si perpetua nel tempo. Nelle istituzioni, infatti, come nei popoli, si può attivare la trasmissione trans-generazionale del trauma, per cui anche gli ultimi venuti possono risentire quasi passivamente di un clima post-traumatico, basato sull'impossibilità di parlare di certe cose o su un modo rigido di parlarne, che ne perpetua una memoria cristallizzata e non suscettibile di approfondimenti o di sviluppi.

Una formazione consapevole non deve in alcun modo prescindere da queste conoscenze più approfondite del funzionamento istituzionale: anzi si può dire che ogni attività di formazione può essere considerata anche come un'occasione per cui, accanto alla trasmissione di un sapere, s'induce anche una possibilità di riflessione sulla modalità di funzionamento dell'istituzione in quel momento.

Un esempio tipico è dato dalla supervisione. Una supervisione ben fatta quasi sempre permetterà non soltanto un accrescimento delle competenze e delle conoscenze sul caso discusso, ma metterà in luce in che modo, nel rapporto con quel caso, hanno giocato un ruolo aree cieche, esclusioni, creazione di capri espiatori. Tutto questo non si manifesterà

in modo nitido, ma si manifesterà – per così dire – in controluce, a qualunque occhio attento capace di osservarlo.

III. LA COMPONENTE PROFESSIONALE

Possiamo intendere come componente professionale tutta l'attività formativa diretta a trasmettere conoscenze e competenze concernenti la pratica della psichiatria.

In particolare, sono molto diffuse e ben note le numerosissime iniziative dirette a trasmettere conoscenze a carattere biologico-farmacologico e in genere concernenti le neuroscienze e il funzionamento del substrato organico della mente. Sull'altro versante, le competenze di carattere maggiormente psicologico si suddividono nelle varie aree: si può osservare – come dicevamo all'inizio – che si fronteggiano conoscenze di carattere psicoanalitico, sistemico, cognitivista, psicodinamico, evoluzionistico. Nell'insieme, possiamo considerare che l'attività formativa è diretta prevalentemente alle trasmissioni di modelli, alla loro verificabilità, alla loro utilizzabilità pratica.

In questa sede non vorremmo però tanto discutere dei modelli, ma collocarli sullo sfondo generale di queste considerazioni, con particolare riferimento alla pratica che più ci interessa, quella psicoanalitica. Vorremmo proporre sostanzialmente tre punti.

1. In primo luogo, vorremmo porre questa domanda. È possibile operare una trasmissione di modelli, che non consista soltanto nella loro descrizione, seguita dalla loro applicabilità e verificabilità? Altrimenti detto, è possibile, nel corso della trasmissione di tali modelli, cogliere qualcosa che potremmo definire come un'essenza di questi modelli stessi, intendendo per essenza un insieme di idee nucleari, di principi guida, di intuizioni originarie, da cui i modelli stessi scaturiscono? È possibile cioè chiedersi se, per limitarsi all'ambito psicoanalitico, esiste una concezione psicoanalitica dell'uomo, una sorta d'antropologia, una visione del mondo, o meglio, della psiche umana, che dalla psicoanalisi stessa proviene? È possibile cioè operare, in qualche modo, filosoficamente, sul modello, per indagare quale vita lo anima, quale visione del mondo tende a indurre, in modo che l'operatore che lo applica sia il più possibile consapevole dell'operazione conoscitiva, oltre che terapeutica, che sta facendo e delle implicazioni etiche che sono implicite nel suo lavoro?

Per fare anche un solo esempio. La concezione psicoanalitica della libido freudiana e il suo riacciarsi all'antichissima tradizione dell'eros platonico in che modo influenzano eticamente ed estetica-

mente l'attività dell'operatore? Questa idea – appunto dell'eros – come substrato della vita psichica, in che modo differenzia il metodo psicoanalitico, per esempio, da un metodo cognitivista o da uno sistemico o da uno rigidamente biologico?

Oppure l'idea che esista nell'uomo un'intrinseca, irriducibile conflittualità – cioè che, per la sua posizione naturale, l'uomo sia, in larga misura, costretto a dialettizzare continuamente fra opposti impulsi e desideri, e che talune contraddizioni siano, non una sgradevole interferenza, ma un'inevitabile condizione della vita stessa – in che modo condizionerà l'operare dei terapeuti? E ancora, l'idea psicoanalitica di ripetizione è destinata ad influire su una visione rigidamente deterministica dell'operare umano o è possibile ipotizzare che, sulla scorta di alcune riflessioni freudiane, il passaggio dal processo primario al processo secondario permetta, in una certa misura, alcune quote sostenibili di svincolamento dalla ripetizione stessa?

Come si vede i temi sono molto numerosi e un approccio basato sul cogliere l'essenza, e non soltanto una trasmissibilità pura e semplice, arricchisce enormemente il campo. È possibile immaginare una formazione che si ponga questo problema? Una formazione, cioè, che sia, in senso filosofico, sufficientemente critica e consapevole di se stessa?

2. Un secondo punto riguarda l'intreccio fra discipline. Abbiamo cominciato questo lavoro sottolineando la complessità del campo psichiatrico e la difficoltà di orientarsi fra scuole diverse, spesso in feroce concorrenza fra loro, con gl'inevitabili contraccolpi di tipo identitario, d'intolleranza e di critica aprioristica.

Come superare questa grave spinta alla frammentazione? È possibile immaginare attività formative che, oltre a trasmettere nuclei concettuali di fondo del proprio approccio, si avvicinino anche ai bordi del campo, in quei punti, cioè, in cui l'approccio sfiora altri modi d'osservazione del campo stesso? È possibile cioè non contrapporre ad esempio lo psicologico all'organico, il sogno al reale, il poetico all'argomentativo e studiare la linea in cui i diversi piani s'incontrano, per conoscerne meglio interazioni e effetti reciproci?

Per dare un esempio, vorrei, molto rapidamente, elencare alcuni temi, che definirei trasversali, il cui approfondimento implica cioè un attraversamento di aree diverse, ma convergenti.

Un primo esempio potrebbe essere la memoria. La concezione psicoanalitica della memoria ha tratto un enorme vantaggio dalle conoscenze relative alla memoria procedurale, alla memoria implicita, alla memoria traumatica. È possibile correlare i dati offerti dalla clinica psicoanalitica con quelli offerti dalle neuroscienze e affrontare, con corag-

gio, convergenze e divergenze, conferme e disconferme, diramazioni e sviluppi?

Un altro tema ci è dato dal trauma. I dati delle neuroscienze sul trauma, correlati con quelli offerti dagli studi sul bambino della psicologia evolutivista, sono ricchissimi. Altrettanto ricchi sono i dati offerti dagli approcci biologici, e dal modo con cui il nostro corpo registra e fa persistere le sue reazioni al trauma stesso. È possibile correlare gli studi freudiani e dei successori di Freud sulla coazione a ripetere, con i dati offerti dalle scoperte relative a un'iscrizione rigida dell'esperienza traumatica nella psiche umana?

Un terzo campo potrebbe riguardare la sessualità. La sessualità sembra un campo che viene sempre più circoscritto e di cui si nega sempre più l'influenza pervasiva che, all'inizio della psicoanalisi, essa sembrava esercitare sulla totalità dell'apparato psichico. Ma è davvero tutto così scontato? Possiamo veramente dire che non crediamo più nella sessualità infantile? E in che modo sessualità, sensualità e tenerezza si intrecciano nel bambino e nell'adulto, in che modo sessualità e amore coincidono, divergono, lottano fra loro, s'incontrano e si scontrano?

Un altro tema è quello dell'empatia. Le recenti scoperte sulle nuove funzioni cerebrali hanno gettato una luce inaspettata sulle modalità con cui gli esseri umani si conoscono gli uni con gli altri. In che modo la psicoanalisi può arricchire i dati offerti dalle nuove conoscenze e viceversa? I comportamenti imitativi, di cui sembra che il nostro cervello abbia bisogno per conoscere l'attività mentale di un'altra persona – come ci dicono gli studi sui neuroni specchio –, sono indispensabili, totalizzanti, parziali, hanno bisogno d'inibizioni, ampliamenti, in che modo sono influenzati dal trauma, dalla violenza e dalle sorprese?

Ho elencato alcuni temi che – come si vede – sono più temi di ricerca che di formazione. Ma l'idea che vorrei proporre è proprio questa: la formazione sia sempre in qualche modo consapevole di stare toccando alcuni limiti e che anche la persona più inesperta tragga vantaggio, non solo dall'imparare una tecnica, ma anche dal conoscere le premesse da cui questa tecnica deriva e le implicazioni operative che essa fa nascere.

3. Un ultimo punto riguarda il linguaggio.

Nella grande maggioranza dei casi, la formazione utilizza un linguaggio tecnico. Ogni disciplina si è costruita un suo gergo, con lo scopo indiscutibilmente valido di usare termini precisi, che veicolino significati delimitati e che non inducano confusione nel gruppo d'appartenenza di chi li usa. Non c'è ormai conferenza o seminario, in cui il conferenziere non usi ausili visivi o schemi didattici. Non c'è dubbio che, in assenza di questi ausili, il messaggio venga reso più

vago, l'attenzione possa distrarsi e il mantenimento dell'acquisizione sia reso più difficile.

Per altro, l'uso esclusivo di un linguaggio tecnico corre il rischio di lasciare che tutto il discorso si svolga in un'area delimitata e circoscritta, resti per così dire parallelo al mondo di chi ascolta e non penetri più in profondità nel suo fondo emozionale. Non c'è dubbio, infatti, che il linguaggio ordinario abbia, se usato con consapevolezza e delicatezza, un immenso potere evocativo, e la capacità di collegare l'ascoltatore non soltanto a ciò che ascolta, ma a ciò che lui o lei stessa ha sentito in passato, e permettere di provare che, ascoltando un seminario formativo, si sente parlare non soltanto di qualcosa, ma ancor più di se stessi. È possibile usare un linguaggio che induca questa direzione centripeta, oltre che centrifuga, che costringa l'ascoltatore a sentirsi convocato, messo in gioco, spinto ad interrogarsi?

Si potrebbe dire che questo è il compito del linguaggio poetico, del linguaggio cioè che determina nuove aggregazioni di immagini e di percezioni sensoriali e che permette di cogliere una realtà, che sta – per così dire – dietro le quinte della percezione abituale, che tutti noi conosciamo nella vita quotidiana. Ma penso si possa dire che, anche senza arrivare al linguaggio poetico, che non a tutti è accessibile, già il tentativo di esprimere il linguaggio dell'esperienza personale, nei concetti che si trasmettono nel corso della formazione, possa suscitare un'area conoscitiva, una serie di domande, un'autointerrogazione, in certi momenti una commozione, un'apertura, una sorpresa che altrimenti rimarrebbero implicite o addirittura negate.

Richiamerei allora per concludere i tre punti che ho appena proposto. I modelli dovrebbero implicare, nel momento della loro trasmissione, anche, in una certa misura, la critica di se stessi, nel senso cioè di rendere esplicite le premesse da cui derivano.

In secondo luogo, ci vorrebbe il coraggio di utilizzare i punti o le linee in cui le discipline si incontrano, per coglierne gli effetti d'illuminazione e d'ombreggiamento, di conferma e disconferma.

Infine un linguaggio ordinario, comune, umano, dovrebbe aggiungersi a quello tecnico, per favorire una visione binoculare, un effetto di figura-sfondo, in cui il linguaggio scientifico, il linguaggio ordinario e, laddove sia possibile, il linguaggio poetico si movimentino l'un l'altro, in un gioco di rimandi.

Tutto questo può sembrare un po' utopico, ma in fondo si tratta d'un'utopia feconda, che può spingerci verso realizzazioni ulteriori e non lasciarci in una sterile idealizzazione.

BIBLIOGRAFIA

- Arendt H.: *Vita activa. La condizione umana*. Bompiani, Milano, 1994
- Basaglia F.: *L'istituzione negata*. Einaudi, Torino, 1968
- Benvenuto S.: *L'interpretazione e il reale*. RIVISTA ITALIANA DI GRUPPOANALISI, 1998, XIII, 3-4 dicembre: 7-46
- ... : *Franco Basaglia e il movimento psichiatrico anti-istituzionale in Italia*. PSICHIATRIA E PSICOTERAPIA, 2005, 24: 3
- ... : *Memoria e desiderio*. PSICOTERAPIA E SCIENZE UMANE, XXXIX, n. 4. Franco Angeli, Roma, 2005
- Boccanegra L.: *L'origine condivisa: il gruppo dei colleghi come interlocutore appropriato nei casi difficili*. In Correale A., Rinaldi L.: *Quale psicoanalisi per le psicosi?*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1997
- ... : *La "poltrona vuota": l'elaborazione controtransferale attraverso il gruppo dei colleghi*, in Gaburri E. (a cura di): *Emozione ed interpretazione*. Bollati Boringhieri, Torino, 1997
- Boccanegra L., Magrini M., Milella M.: *Autocredibilità insatura. L'apporto del gruppo dei colleghi all'elaborazione controtransferale dell'analista impegnato con pazienti psicotici*, in Rinaldi L. (a cura di): *Stati caotici della mente*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2003
- Callieri B.: *Quando vince l'ombra*. Ed. Universitarie Romane, Roma, 2001
- Cimino C.: *La psicosi e il continuo*. RIVISTA DI PSICOANALISI, 2003, XLIX, 1 gennaio-marzo
- ... : *Il vuoto necessario*. RIVISTA DI PSICOANALISI, 2005, XXI, 1 gennaio-marzo: 19-31
- Correale A.: *Il lavoro d'équipe*, in Berti Ceroni G., Correale A. (a cura di): *Psicoanalisi e psichiatria*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1999
- ... : *La narrazione in psichiatria*. PSICOTERAPIA PSICOANALITICA, Anno XI, 2 luglio-dicembre: 101-116. Edizioni Borla, Roma, 2004
- Di Petta G. (a cura di): *Nella terra di nessuno. Doppia diagnosi e trattamento integrato: l'approccio fenomenologico*. Edizioni Universitarie Romane, Roma, 2009
- DSM IV: *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Massone, Milano, 1996
- Ferruta A.: *La psicoanalisi fuori dalla nicchia ecologica. A contatto con le patologie gravi nelle Istituzioni*, in Rinaldi L. (a cura di): *Stati caotici della mente*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2003
- Freud S.: *Beyond the pleasure principle. The Standard Edition*, XVIII. The Hogarth Press, London, 1920
- ... : *The questions of lay analysis. The Standard Edition*, XX. The Hogarth Press, London, 1926

A. Correale

- Hadot P. : *Exercices spirituels et philosophie antique*. Edition Albin Michel, Parigi, 2002. Trad. it.: *Esercizi spirituali e filosofia antica*. Piccola Biblioteca Einaudi, Torino, 2005
- Hinshelwood R.D.: *Suffering Insanity. Psychoanalytic Essays On Psychosis*. Routledge, London, 2004
- Husserl E.: *Fenomenologia e psicologia*. Filema, Napoli, 2003
- Jaeger W.: *La formazione dell'uomo greco*. La Nuova Italia, Firenze, 1936
- Jaspers K.: *Psicopatologia generale*. Il pensiero Scientifico, Roma, 1964
- ... : *La fede filosofica*. Cortina, Milano, 2005
- Kaës R. (1986). *Le group comme appareil de transformation*. REVUE DE PSYCHOTHER. PSYCHANAL. DE GROUP, 1986, 5-6
- Koirè A.: *Dal mondo chiuso all'universo infinito*. Feltrinelli, Milano, 1970
- Meares R.: *A Poetics of change*. PSYCHOANALYTIC DIALOGUE, 2005, XV, 5 October: 661-680
- Polenz M.: *L'uomo greco* (1947). Firenze, 1962
- Racamier P.C.: *Le soin institutionnel des psychotiques: nature et fonction*. L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE, 1970, 46,8
- Russo S.: *Il lavoro psichiatrico d'équipe: alla ricerca di uno spazio di pensiero per le patologie gravi*. In Correale A., Rinaldi L.: *Quale psicoanalisi per le psicosi?*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1997
- Speziale Bagliacca R. (a cura di): *Formazione e percezione psicoanalitica*. Feltrinelli, Milano, 1980
- Van Der Kolb B.A. et al.: *Traumatic Stress*. The Guilford Press, New York, 1996
- Vigorelli M.: *Integrated theoretical/clinical and organizational models for the institutional treatment of psychosis*, in Pestalozzi, Frish, Hinshelwood: *Psychoanalytic Psychotherapy in Institutional Settings*. London, Karnac Books, 1998
- Zapparoli G.C.: *La paura e la noia*. Il Saggiatore, Milano, 1979

Prof. Antonello Correale
Via Delle Isole, 22
I-00198 Roma