

Modalità e rappresentazioni dell'invio del cliente come organizzatori della domanda di aiuto al consulente psicoterapeuta

di Emilio Masina¹

Premessa

Con questo articolo intendo sottolineare l'importanza di esplorare l'area dell'invio del cliente allo psicoterapeuta consulente nella fase istituyente dell'intervento. In quest'area, infatti, si possono rintracciare fantasie e rappresentazioni che organizzano la domanda di aiuto del cliente e che, se evidenziate e decodificate dal consulente, promuovono e facilitano il lavoro di analisi della domanda. Faccio riferimento ad una teoria della tecnica contestualista, piuttosto che individualista. Ciò implica, come è stato già sottolineato su questa rivista, considerare non solo la dimensione intrapsichica presentata dal cliente ma anche quella intersoggettiva. Più precisamente, considerare la dimensione intrapsichica non autonoma ma parte di un processo che si organizza in un ambiente che comprende, ma trascende, l'individuo (Salvatore, 2006).

Nella mia formazione ho imparato ad assumere nei primi colloqui con il cliente un atteggiamento silenzioso e ricettivo nell'attesa che "parli l'inconscio"; cioè, a contare su una proprietà per così dire autoorganizzativa con cui il cliente struttura e trasmette il suo discorso nell'hic et nunc della relazione con me. Cerco di cogliere il senso di ciò che il cliente racconta e del modo in cui racconta e mi baso molto sull'ascolto e l'esplorazione del mio controtransfert. Tuttavia, se questa impostazione mi ha spesso consentito di non saturare di significati l'incontro e di non confondere il campo di osservazione con interventi troppo "cognitivi", attivi e intrusivi, magari orientati dalle difese rispetto all'angoscia che il cliente mi suscita, i risultati che ne derivano non sono sempre soddisfacenti. Mi sembra, cioè, che talvolta vi sia uno scarto tra la profondità dell'osservazione del mondo interno del cliente e delle mie risonanze controtransferali e la difficoltà di convenire con il cliente su alcuni punti critici evidenziati nei suoi discorsi e sugli obiettivi di un eventuale trattamento.

La partecipazione a supervisioni di gruppo e l'ascolto di altrui resoconti mi hanno consentito di osservare che le mie difficoltà sono condivise da altri. I canonici quattro o cinque colloqui introduttivi, cioè, possono esitare nella proposta di effettuare una psicoterapia - spesso impegnativa per il cliente anche sul piano dell'onorario e del tempo da dedicarvi, che può entrare in diretta concorrenza con le altre attività della settimana - che non tiene sufficientemente conto delle motivazioni del cliente, del suo desiderio di capire di più e meglio dove si andrà a parare; in poche parole, della sua domanda. Può accadere, cioè, che lo psicoterapeuta consulente predefinisca e orienti troppo precocemente in direzione di una psicoterapia la domanda del cliente, ragionando prevalentemente in termini di indicazioni e controindicazioni al trattamento. In questi casi, la domanda rimane per certi versi inesplorata, la proposta dello psicoterapeuta rischia di essere del tipo "o mangi questa minestra o salti dalla finestra" ed è spesso seguita da una frettolosa e fortemente emozionata risposta del cliente, che accetta il contratto oppure abbandona la relazione e i problemi che essa ha evocato. Sono stato spesso colpito dalle considerazioni fatte da diversi conoscenti che hanno accettato il contratto di lavoro: "Lo psicoterapeuta mi ha messo con le spalle al muro quando mi ha detto che se non accettavo la sua proposta non se ne faceva niente"; "Ho sentito che non mi lasciava via di scampo", ecc. Ma anche da alcuni colleghi che consigliavano una sorta di trucco per motivare i pazienti: "Si può proporre una terapia monosettimanale in alternativa ad una psicoanalitica ma facendo chiaramente capire che sarà un lavoro meno valido e accurato, di serie B".

Nel considerare queste criticità ho pensato fosse utile individuare alcuni indicatori di come il processo relazionale fra lo psicoterapeuta consulente e il cliente si va organizzando e dotando di senso. Indicatori che possono facilitare l'orientamento del consulente al cliente piuttosto che alla realizzazione di obiettivi autoreferenti. E ho cominciato a riflettere sull'area dell'invio, sia quando è

¹ Specialista in Psicologia Clinica, professore a contratto di Laboratorio sul disagio dell'adolescenza Facoltà Psicologia 1 dell'Università "La Sapienza" di Roma, psicoanalista AIPsi e IPA.

effettuato da professionisti della salute (medici, psichiatri, psicologi, ecc.) sia quando avviene per opera di familiari e altre figure di riferimento (insegnanti, allenatori sportivi, sacerdoti, ecc.).

Per quanto mi riguarda, il momento in cui mi viene inviato un cliente è sempre emotivamente rilevante. Non solo perché mi trovo implicato con una persona estranea che sollecita interesse, curiosità, desideri, timori: insomma, una certa dose di trepidazione (come sarà questa persona? come mi utilizzerà? saprò dare un senso ai suoi problemi?). Ma anche perché, insieme al cliente, incontro il suo contesto di relazioni, fra cui, appunto, l'inviante. Una certa dose di soddisfazione per la fiducia che quest'ultimo sembra riporre nel mio operato si può accompagnare al desiderio di essere all'altezza delle sue aspettative; oppure, all'irritazione per le modalità con cui il cliente mi viene segnalato e per le teorie, esplicite o implicite, sul significato dell'intervento e sul suo esito terminale che mi si propone di accettare. Con il tempo, mi sono accorto che queste emozioni, se vengono da me riconosciute ed elaborate, facilitano il lavoro di comprensione e di restituzione al cliente dei suoi problemi; mentre, al contrario, possono esitare in agiti che complicano la gestione dell'intervento.

Nella mia esperienza è raro che nell'invio da parte di professionisti della salute risultino impiegate linee guida o indirizzi formalizzati; forse perché è ancora aperta la questione se interventi psicologici e diverse forme di psicoterapia abbiano indicazioni differenziate a seconda del tipo di cliente o del tipo di disagio. Alcune volte l'invio si esaurisce in una comunicazione di prammatica in cui si esplora la disponibilità dello psicoterapeuta consulente, gli si chiede quando e dove preferisce essere chiamato, gli si fornisce il cognome della persona che dovrà seguire, insieme ad alcune scarse informazioni sul tipo di problema che la riguarda. In questo caso, i criteri per l'invio sembrano rispondere soprattutto ad esigenze concrete (collocare il cliente, creare e mantenere una rete di contatti che favorisca l'invio incrociato, ecc.). Anche quando l'invio avviene in ambito "pubblico" sembra orientato prevalentemente da aspetti organizzativi (disponibilità di specialisti, liste di attesa, ecc). Mentre la questione dei criteri utilizzati per l'invio è solo apparentemente risolta quando viene comunicata al consulente psicoterapeuta una diagnosi. Quest'ultima, infatti, risponde a categorie che descrivono, ma non spiegano, i problemi del cliente. Inoltre, la diagnosi è generalmente informata da una logica "individualista" che propone quesiti "per essenze" ("l'individuo", "la coppia", "la famiglia") piuttosto che "situazionali", che riguardano, cioè, il rapporto fra l'individuo e il suo contesto.

Altre volte, è più facile distinguere nella comunicazione dell'inviante un contenuto manifesto e uno latente, da decodificare. E' il caso, ad esempio, della psicologa che invia un ragazzo perché sa che il collega ha un figlio della stessa età e quindi sarà in grado di capire meglio la situazione.

In tutti i casi, comunque, è possibile cogliere, ad un approfondimento, che l'invio è sostenuto da ipotesi sulla natura dei problemi psicologici da trattare, sul tipo di intervento da effettuare, sulle risorse tecniche necessarie e sull'esito da conseguire. Queste ipotesi sono a volte idiosincratice all'inviante, altre volte condivise fra quest'ultimo e il cliente. Basti pensare al frequente dialogo in cui gli interlocutori si chiedono se sia meglio reperire uno psicoterapeuta uomo oppure donna, che sottende ingenue ipotesi di accoppiamento, perché tratta il terapeuta a cui riferirsi esclusivamente come oggetto concreto, trascurandone la pregnanza simbolica nel transfert. Anche quando l'invio è effettuato da familiari esso consente di cogliere ed evidenziare un "filo rosso" di aspettative che tesse la trama del triangolo committente-cliente-consulente. I membri della famiglia, infatti, si distribuiscono, inconsciamente e collusivamente, la funzione di committente e di cliente dell'intervento, servendosi di meccanismi difensivi di proiezione e dislocamento nell'altro del disagio psichico e/o della motivazione ad affrontarlo. Si tratta allora di cogliere e pazientemente dipanare una vera e propria rete transferale nei confronti dello psicoterapeuta consulente e dell'intervento clinico.

L'invio, in altri termini, mette chiaramente in evidenza che la domanda rivolta allo psicoterapeuta non viene mai da una sola parte ma implica più attori e più fattori e non è espressione solo di difficoltà, di sofferenze (o di risorse positive che entrano finalmente in gioco) ma è, soprattutto, una manifestazione di desiderio (Michelot, 2002). L'intervento psicologico ha quindi, intrinsecamente, una funzione sociale e il lavoro che si intraprende si può qualificare come una co-elaborazione (Michelot, op. cit.). L'invio riguarda uno degli aspetti che il professionista, secondo Dubost (in Michelot, op. cit.) deve esaminare per costruire la richiesta del cliente; aspetto che, per correttezza metodologica, l'autore richiama con alcuni interrogativi: "Sotto la spinta di quali fattori è avanzata la domanda? Quale è la situazione che la precede? Qual è il contesto da cui nasce?".

Questi interrogativi, insieme ad altri proposti dall'autore², invitano a considerare la domanda come un momento della storia di una persona o di una collettività e a tener conto di questa storia.

Tuttavia, le questioni riguardanti l'invio sono piuttosto trascurate dalla letteratura. I resoconti sui casi clinici iniziano, solitamente, dando per implicito il significato della domanda del cliente e la scelta della strategia di intervento e ciò impedisce di riflettere sulla fase istituyente dell'intervento per cogliere se e quando la domanda è stata analizzata entro il contesto relazionale che le conferisce un senso o, piuttosto, agita.

E' stato Freud il primo a rilevare l'importanza dell'invio e ad indicarlo come possibile fonte di problemi, giungendo a considerare alcune forme di invio incompetente come controindicazione alla psicoterapia del cliente. Freud collega le questioni riguardanti l'invio e il contesto in cui matura la decisione di intraprendere una psicoanalisi al problema della motivazione e del transfert. Scrive l'Autore (1904): "La psicoterapia psicoanalitica non è applicabile a persone che non si sentano spinte alla terapia dalle loro sofferenze ma vi si sottopongono solo per ordine superiore dei loro congiunti"; e anche: "Il metodo psicoanalitico viene spesso confuso con il trattamento di suggestione ipnotica. Lo noto per il fatto che relativamente spesso mi vengono inviati malati anche da colleghi di cui non godo di solito la fiducia, malati refrattari, naturalmente, con l'incarico di ipnotizzarli" (Freud, op. cit.). Nel 1913, fra le altre controindicazioni, Freud segnala "le lunghe conversazioni preliminari prima dell'inizio del trattamento analitico, una precedente terapia di altro genere, così come una conoscenza già in atto tra il medico e l'analizzando, che fanno sì che il paziente si ponga di fronte al medico in un atteggiamento di traslazione già definito e impediscono a quest'ultimo di osservare il crescere e il divenire della traslazione fin dal suo inizio; ma anche la richiesta di un rinvio, che nasconde forti resistenze".

Questi passaggi sembrano indicare una specifica attenzione all'incontro tra esseri umani, più che a quel soggetto-oggetto della conoscenza, alla dinamica transfert-controtransfert, e, più in generale, al contesto dell'intervento clinico, che esercita i suoi influssi sia sul cliente sia sul terapeuta. Il contesto a cui fare attenzione non è più solo quello interno al cliente (il contesto psichico dell'idea patogena che la psicoterapia mira ad eliminare, come scriveva Freud, sempre nel 1904) e nemmeno quello che consente alla teoria di essere dimostrata, ma è anche, e contemporaneamente, il contesto in cui la teoria può essere "costruita" e modificata.

Tuttavia, l'idea che il cliente giunga di fronte allo psicoterapeuta consulente senza un atteggiamento di traslazione definito oggi ci sembra una pretesa ingenua³. Anche perché possiamo differenziare fra diversi tipi di transfert. David e Jill Scharff (1991) ad esempio, fanno riferimento sul piano teorico al tema winnicottiano della differenza tra madre ambiente e madre oggetto per delineare una differenza tra quello che chiamano transfert contestuale e focalizzato. Il *contextual transference* sarebbe legato alla responsabilità del paziente all'ambiente terapeutico, cioè agli atteggiamenti riguardo la cornice del trattamento: resistenze inconsce in generale, specifici sentimenti consci e comportamenti verso il terapeuta come un oggetto che offre una situazione di sostegno. Al contrario, il *focused transference* riguarderebbe sentimenti che il paziente trasferisce sul terapeuta come oggetto di una relazione intima. E Carli (1995, 1997, 1998), nota che nell'intervento psicoterapeutico può essere individuato, insieme al transfert storico o personale, che riguarda la riattualizzazione nella relazione con lo psicoterapeuta di rapporti instaurati con gli oggetti arcaici interni, un transfert "invariante". Quest'ultimo, riguarda la riproduzione della

² Quali sono le attività (formazione, diagnosi...) richieste e quale tipo di efficacia è attesa? A chi? Quali sono i criteri che hanno portato alla scelta di un determinato professionista?

³ Più "realista del re" è lo psicoanalista della Società Psicoanalitica Italiana Saraval (1988): "Se il potenziale paziente telefona direttamente è già un buon inizio. Meno positivo è se l'appuntamento viene fissato dal medico curante o da un familiare, perché questo indica che il paziente è 'mandato a fare la psicoanalisi'. In questo caso ci saranno molte probabilità di constatare, già al primo incontro, che il paziente non è sufficientemente motivato all'analisi...Mi verrebbe da dire 'paziente ben motivato già mezzo analizzato'. Se si presentasse un paziente dicendo: 'Ho capito che le mie sofferenze sono causate dalle mie difficoltà psicologiche. Mi sono sforzato di capire che origine possano avere ma arrivo sino ad un certo punto e non oltre, perciò penso di aver bisogno di un'analisi che mi aiuti a conoscermi a fondo e a modificarmi. So che è costosa, lunga e difficile ma sono pronto a fare i sacrifici necessari', beh, se un paziente dicesse queste cose sarebbe un paziente ideale".

dinamica che concerne la relazione tra medico e paziente, al cui interno Carli individua una componente “organizzativa”, fondata sulla contrattualità e regolata da norme sociali conosciute e condivise, e una componente “istituzionale”, fondata sull’elaborazione simbolico-affettiva delle posizioni del curare da un lato, dell’essere curati dall’altro. Nel rapporto fra psicoterapeuta e cliente, alla componente invariante (pur nella variabilità delle dinamiche istituzionali riprodotte) si sovrappone, o si somma, la componente personale del transfert, secondo una relazione molto complessa: “Si può pensare che la storia affettiva del paziente, il mondo interno e gli oggetti arcaici che lo popolano, vengano proiettati sullo psicoterapeuta in quanto questi rappresenta colui che lo libererà dal male, e che gli potrà dare il suo bene. Quindi è la funzione terapeutica che dà l’avvio al processo del transfert, ed è su tale funzione che si struttureranno le trasformazioni personali dei singoli pazienti, fondate sulla loro storia” (Carli, op. cit.).

Possiamo ipotizzare che i diversi specialisti consultati nel tempo dal cliente siano da lui mentalmente collocati lungo una catena associativa in cui il transfert invariante costituisce, per così dire, l’ossatura e il transfert personale le fantasie e gli affetti che ne sono sostenuti.

Ricordo, inoltre, che Glover (1954) ha segnalato la presenza di transfert “spontanei” o “fluttuanti” che sono presenti fin dall’inizio della relazione e riflettono le relazioni oggettuali abituali di un individuo mentre gli Autori inglesi della Tavistock (Boston, M. & Daws, D., 1981; Box, S., Copley, B., Magagna, J. & Moustaky, E., 1985; Copley, B. & Forryan, B., 1989) hanno parlato di pretransfert, o transfert precoci. Questi ultimi si instaurano già in prossimità della prima consultazione o addirittura, prima dell’incontro, quando la telefonata per l’appuntamento, o anche la semplice disposizione all’attesa, mobilitano in entrambi gli interlocutori fantasie sulla consultazione e i suoi esiti. Questi Autori condividono l’assunto che la consultazione debba esplorare piuttosto che le determinanti intrapsichiche del soggetto che presenta un disagio psicologico, tutte quelle valenze interpersonali che, tramite l’identificazione proiettiva, costruiscono un sistema difensivo che impedisce alle emozioni di circolare. Il pretransfert è considerato differente dal transfert infantile sul terapeuta, che si mobilita nella psicoterapia, viene elaborato lentamente nel corso del tempo e favorisce una maggiore regressione, perché viene esplorato e interpretato nel *qui e ora*, e fa appello, in misura maggiore, alle parti più adulte della personalità. Inoltre, le fantasie che si esprimono nei primi colloqui, a differenza che nel transfert vero e proprio, non sono sempre a sfondo duale, ed elaborabili in questi termini ma possono rappresentare relazioni complesse fra uno, alcuni o tutti i membri di un nucleo familiare, lo psicologo e/o l’istituzione in cui quest’ultimo lavora.

In questa impostazione, i sentimenti vissuti dal cliente nella stanza di consultazione nei confronti dello psicoterapeuta consulente, sono utilizzati come esempi concreti della natura dei rapporti del cliente con le figure significative presenti nel suo contesto e consentono di esplorare, insieme con lui, i propri atteggiamenti verso gli altri, nel proprio mondo sia interno che esterno.

Potremmo apparentare il concetto di pretransfert a quella che Grasso e Bianco (2003) chiamano la fantasia relazionale prevalente, che viene agita da un individuo nel momento in cui si rivolge allo psicoterapeuta: “Tale fantasia contiene non solo gli elementi comportamentali caratteristici con cui quella persona tende a manipolare e ad utilizzare gli altri ai propri scopi “patologici” ma anche le aspettative più o meno realistiche che sono state attivate dalla decisione di richiedere un intervento psicologico ad un “espero” e all’istituzione di cui questi fa parte” (Grasso & Bianco op. cit. p.32). Queste aspettative, cioè, non vengono prodotte in un “vuoto sociale”, né sono attivate solo dalle reminiscenze infantili⁴, ma sono costantemente in interazione con i diversi ruoli relazionali presenti nel contesto attuale e con il mandato sociale dello psicoterapeuta che viene, per così dire, inglobato nel transfert.

Anche lo psichiatra francese Gilliéron (1994) è interessato a quelle che definisce le forme di rapporto precoce del cliente con lo psicoterapeuta, e agli effetti della costituzione del setting sul funzionamento psichico di chi vi partecipa. La teoria dell’autore individua come centrale la funzione di oggetto d’appoggio che il cliente richiede allo psicoterapeuta per ripristinare il proprio equilibrio

⁴ Freud (1901, 1912) aveva suddiviso i transfert in vere e proprie “ristampe”, il cui contenuto rimane invariato rispetto al passato, anche se cambia l’oggetto verso cui sono dirette, e in “rifacimenti”, che possono essere “editi” in modo tale da avere una particolare connessione con una relazione attuale. E aveva segnalato che era proprio nel rivivere le antiche emozioni all’interno di una nuova relazione che risiede la possibilità terapeutica di cambiamento e crescita.

precedente, e propone di assumere una modalità di consultazione centrata sull'esplorazione della richiesta al terapeuta e delle attese connesse, che sarebbero corrispondenti ai cambiamenti cercati dal cliente, consciamente o inconsciamente. Secondo l'Autore il fatto che il cliente venga indirizzato da un qualsiasi "terzo" segnala, di primo acchito, un problema che si colloca a livello interpersonale, tra il soggetto e il suo ambiente relazionale: Indirizzare un paziente a un curante specifico implica un doppio movimento: riconoscimento della propria impotenza a trattare il problema e riconoscimento della capacità dell'altro. Si tratta di interessarsi in primo luogo dell'atteggiamento della persona che indirizza il paziente e solo in secondo luogo del contenuto del messaggio. Questo atteggiamento ci fornirà importanti informazioni sulle reazioni provocate dal paziente (controtransfert). Tutto ciò perché le emozioni dello psicoterapeuta saranno già fortemente mobilitate da chi è intervenuto precedentemente, prima che il paziente abbia avuto la minima possibilità di azione (Gilliéron, op. cit.).

L'analisi delle modalità dell'invio e del proprio controtransfert consente talvolta allo psicoterapeuta consulente di ipotizzare che da parte degli inviati è stata adottata una modalità di intervento in due tempi: dapprima una presa in carico collusiva con la proposta del cliente e poi, quando la relazione è entrata in crisi, un invio ad altri specialisti. Quest'ultimo, sottende l'incapacità di affrontare il fallimento della collusione con il cliente e rappresenta il tentativo di allentare la pressione emotiva della relazione chiedendo al collega di farsi carico di alcuni aspetti dell'intervento già definiti e previsti dall'inviante nel loro ultimo esito. L'invio, cioè, può nascondere la pretesa dell'inviante di controllare l'intervento a distanza. Si potrebbe anche dire che mettendo in atto meccanismi di delega, idealizzazione e controllo l'inviante "fa" al collega quello che è stato "fatto" a lui dal cliente. Forse non è un caso che fra gli addetti ai lavori circoli il detto che bisogna guardarsi dai "cattivi" invii!

Naturalmente, sono soprattutto i vissuti e le rappresentazioni del cliente sull'invio e sull'inviante quelli che consentono di cogliere il "sistema cliente". Il cliente che domanda, in altre parole, parla della propria posizione all'interno di un sistema, di un contesto, di un'organizzazione. Le modalità dell'invio, le rappresentazioni che ne vengono fornite dal cliente e le conseguenti rappresentazioni che vengono evocate nello psicoterapeuta consulente possono essere considerati organizzatori della domanda del cliente.

Particolarmente interessante è il caso di clienti che giungono alla consultazione con lo psicoterapeuta dopo essere ricorsi, nel passato remoto o recente, ad altri professionisti della salute. Queste domande e gli interventi che ne sono scaturiti non raramente hanno prodotto un viluppo di agiti collusivi che richiedono di essere pazientemente analizzati, per convocare i clienti ad assumere una funzione committente rispetto all'intervento psicologico, facilitare la presa di consapevolezza e lo sviluppo delle loro risorse mentali. E' infatti proprio l'individuazione e la restituzione al cliente delle aspettative e delle simbolizzazioni affettive sottese alla domanda di aiuto che costituisce lo specifico dell'intervento dell'analisi della domanda (Carli, 1987; Carli & Paniccia, 2003).

In questi casi, l'intervento si presenta particolarmente complesso, per varie ragioni: i clienti, che hanno scisso e disperso le loro risorse, economiche e mentali, in direzioni diverse, sono delusi e insofferenti; in altri termini, esprimono diffidenza e preoccupazione nei confronti dello psicologo clinico⁵, pretendendo una risposta "tutto e subito" che li liberi dall'angoscia. Oppure, esigono un certo tipo di prestazione piuttosto che un altro, prefigurando un esito finale dell'intervento e cercando di controllare, provocare e obbligare lo psicologo perché lo renda possibile.

In secondo luogo, le relazioni con i precedenti specialisti e/o con le più diverse istituzioni di cura, e/o le interazioni con altri interlocutori, come i familiari, non raramente hanno prodotto piuttosto che un allentamento delle difese un loro rafforzamento: teorie psicologiche, diagnosi, ipotesi di cura, tranches di terapia hanno sostenuto e alimentato il circuito collusivo, contribuendo a strutturare una relazione del cliente con il cosiddetto esperto e/o istituzione di cura alla "mordi e fuggi". Gli interventi dell'"esperto", cioè, sono stati usati come una sorta di farmaco da banco, nell'illusione di tamponare i sintomi e curare il deficit del momento. Si sono quindi configurati come una formazione al contrario: ad agire piuttosto che a pensare le emozioni, a dipendere acriticamente dallo specialista, gratificando i propri desideri di appartenenza e contatto, piuttosto che utilizzarlo come sponda per esercitare e sviluppare la propria competenza nell'affrontare i problemi

⁵ Vedi l'albero neoemozionale proposto da Carli & Paniccia (2003, 2005).

psicologici presenti. Quando si chiede ai clienti cosa hanno capito di ciò che è stato loro detto e di ciò che hanno fatto con gli “esperti” consultati la risposta spesso è: “Ben poco!”; oppure “Niente!”; o anche, consiste in affermazioni di principio che non vengono sostanziate⁶. Talvolta, anche i clienti ripetono una diagnosi che è servita solo a dare un nome alle loro ansie, come scriveva Balint (1951), ma non ad analizzarle e a capirne il significato.

L'analisi della domanda consente di evidenziare, in tutti questi casi, un'alta propensione del cliente a seguire “ciecamente” alcune specifiche fantasie riguardo al senso dei propri problemi e/o alle figure del proprio mondo relazionale, così come alla finalità della relazione con lo psicoterapeuta consulente, piuttosto che ad utilizzare quest'ultimo per pensarle insieme. Il ritorno alla consultazione psicologica, in questi casi, non ha il significato di rinnovare una committenza, bensì, prevalentemente, quello di rilanciare una delega per la risoluzione dei problemi allo specialista. Quest'ultimo può venirsi a trovare nella difficile posizione controtransferale di “finanziare” lui il progetto di intervento, rispondendo sia alle attese del cliente che a quelle dell'inviante, implicitamente o esplicitamente interconnesse.

In conclusione, le rappresentazioni che sia il cliente che lo psicoterapeuta consulente si fanno dell'invio e di ciò che lo informa e lo precede - il mandato sociale di modificare i comportamenti disadattivi, una diagnosi, il senso attribuito al disagio psicologico, le indicazioni per uno specifico trattamento, le teorie sull'abbinamento di quel soggetto a quel determinato psicoterapeuta - rappresentano un potente organizzatore delle rappresentazioni di sé, dell'altro e della relazione fra loro. Possono dunque essere esplorati nel lavoro di consulenza per rintracciare e comprendere il fallimento della collusione nel rapporto fra il cliente e il suo inviante, che è un indicatore della crisi nel rapporto fra il cliente e altre figure significative del suo contesto di vita, così come la riproposizione nella domanda di aiuto allo psicoterapeuta consulente delle simbolizzazioni affettive relative all'assetto collusivo fallito. L'invio, vale a dire, è una delle dimensioni che concorre a costruire una specifica relazione fra il cliente e lo psicoterapeuta consulente e che contribuisce a determinare la trattabilità del caso (Masina, 2000).

Le caratteristiche dell'invio, cioè tutto quello che viene detto e fatto dall'inviante, così come i vissuti del cliente e dello psicoterapeuta consulente che le accompagnano, possono rappresentare uno di quegli eventi critici che, come è stato più volte sottolineato (Carli, 1987; Carli & Paniccia, 2003; 2005), favoriscono la ricostruzione della trama della relazione collusiva. Attraverso l'analisi delle fantasie del cliente sul senso della relazione con il suo inviante si può cogliere se da parte del cliente prevale un interesse per il lavoro psicologico al fine di correggere un deficit, oppure, al contrario, se intende utilizzare la relazione soprattutto quale ambito di promozione dello sviluppo.

Il primo obiettivo dell'intervento è, quindi, quello di introdurre e sviluppare nella relazione con il cliente un pensiero sul senso della domanda rivolta allo psicoterapeuta consulente e sul prodotto degli interventi effettuati. In altre parole, si tratta di consentire l'introduzione di un “terzo” nella relazione di consulenza che apra alle dimensioni di estraneità dentro e fuori al cliente.

Un caso⁷

La madre di un ragazzo di sedici anni chiede una consulenza al dottor L. spiegando che il figlio non vuole saperne di studiare: l'anno scorso è stato bocciato alla scuola pubblica e quest'anno è stato espulso dalla scuola privata perché ha picchiato un compagno di classe. Il ragazzo, inoltre, fuma molte “canne” e fa piccolo spaccio, rincasa solo all'alba e partecipa alle risse nella piazza del paese. La signora confessa di non sapere più cosa fare. L'ha spostato alla scuola privata perché, nella pubblica, il figlio aveva trovato due insegnanti pazze, che lo trattavano troppo severamente (spiega che hanno anche subito un'ispezione ministeriale) ma il preside della nuova scuola, dopo l'aggressione, l'ha espulso senza nemmeno cercare di capire i motivi del suo comportamento. Unici dati positivi, secondo la signora: il ragazzo non si nasconde ma parla con lei di tutto – ad

⁶ Ad esempio, una cliente risponde: “Che mio marito non l'ho mai conosciuto”; un altro: “Che ho trattato mio figlio con troppa tolleranza”, ecc.

⁷ Il caso è stato da me seguito in supervisione. Ringrazio il dottor Lorenzo Limiti per avermi consentito la pubblicazione.

esempio, si è lamentato dell'inserimento in una nuova scuola privata, un "esamificio" dove si recuperano gli anni persi, che ha definito scuola per deficienti.

La signora spiega che lei e il marito sono stati seguiti in coppia da uno psicologo (dott. A) che, dopo aver verificato l'indisponibilità del ragazzo a partecipare ad un incontro con lui, ha loro suggerito in un primo tempo di essere molto flessibili con il figlio, e poi, quando questa strategia non ha funzionato, di diventare sempre più rigidi. Anche altri, (la cognata della signora, e un'amica psicoterapeuta) le hanno detto che bisogna essere severi e contenere il figlio: ad esempio, togliergli il motorino quando si comporta male. E' soprattutto il padre che dovrebbe occuparsi di porre dei limiti. La signora spiega che loro genitori ci hanno provato: ma il ragazzo il motorino lo prende lo stesso e, quando rientra a casa, suo marito si arrabbia molto: lei teme che i due vengano alle mani e si facciano male e deve intervenire per separarli. Ma questo irrita suo marito. Così, non sanno più come comportarsi. Il ragazzo sembra un angelo fino a che la madre effettua qualche rilievo critico sul suo comportamento inconcludente e pericoloso, oppure gli nega i soldi che chiede. Allora, diventa una furia: la insulta, fino a sfiorare l'aggressione fisica, oppure si rende irreperibile. Per poi tornare sui suoi passi, promettere nuovamente di comportarsi bene e fare altre richieste di attenzioni e denaro. Il padre, invece, di solito rimane assente tutto il giorno per lavoro.

La crescita degli atteggiamenti provocatori e violenti del ragazzo nei confronti dei genitori e del consumo di sostanze ha indotto il dott. A. a consigliare l'invio del ragazzo presso un centro per tossicodipendenti: il figlio ci è andato una volta ma poi non ha più voluto saperne. Dopo questi tentativi falliti il marito della signora, già scettico riguardo alla psicologia, si è ritirato e il lavoro psicologico di coppia è virato in una psicoterapia psicoanalitica per la signora con lo stesso dott. A. Tuttavia, la signora fa capire che anche questo intervento non la soddisfa: i risultati saranno a lungo termine, mentre quello di cui lei ha bisogno è un aiuto "ora".

Il dott. A. ha inviato la signora al dott. L. con l'obiettivo di organizzare insieme a quest'ultimo una richiesta ai Servizi sociali e al Tribunale dei Minorenni perché dispongano una terapia obbligatoria per il ragazzo; trattamento che si dovrebbe svolgere nel centro per adolescenti, conosciuto e accreditato presso il Tribunale, dove lavora il dott. L. In questo modo si avrebbe la sicurezza che il ragazzo sia seguito da persone competenti.

La signora appare molto pressante nella richiesta di un aiuto concreto e di "ricette" che le siano utili a gestire il figlio. Racconta anche che ha altri due figli, più grandi. Anche loro all'età del fratello spinellavano ma poi hanno avuto uno sviluppo "fantastico": si sono laureati a pieni voti, eccellono negli sports e, uno di loro, di recente, ha vinto una borsa di studio in una prestigiosa università parigina. Fra poco i tre fratelli partiranno per una vacanza insieme, in cui lei confida molto. Ma prima, lei, il figlio e il marito andranno a Parigi per fare visita ad un college, famoso per i suoi buoni risultati educativi, dove il ragazzo potrebbe essere inserito. Spera così di togliere il ragazzo dal cattivo ambiente che frequenta al paese e auspica che il fratello, che vive in quella città, almeno il sabato e la domenica, possa seguirlo un pò. Il figlio, dopo molte resistenze, sembra propenso ad andare.

Nel corso degli incontri i tentativi del dott. L. di effettuare alcuni commenti sulla situazione che si è venuta a creare sono più volte interrotti dalla signora che sconferma veementemente le sue ipotesi, gli chiede un intervento rapido e non solo parole e gli comunica che il dott. A. le ha detto di dirgli che il caso è già seguito; dunque, non c'è tempo da perdere e bisogna procedere con l'intervento del Tribunale. Controtransferalmente, il dott. L. si sente controllato dalla coppia dott. A. - signora che sembra assegnargli un mandato rigido e un copione già definito. Il fastidio del dott. L. è accresciuto dal fatto che l'inviante, dott. A., che egli, peraltro, apprezza e stima, non lo abbia chiamato per parlargli della situazione ma gli abbia mandato un messaggio attraverso la cliente.

Commento

L'invio al dott. L. da parte del dott. A. rappresenta un evento critico che consente di cogliere il fallimento della collusione fra quest'ultimo e i clienti. La domanda di consulenza, infatti, ha orientato il dott. A. prima ad offrire alla coppia indicazioni pedagogiche per la gestione del figlio; poi, a proporre una psicoterapia psicoanalitica per la signora e, infine, a prescrivere una terapia per il ragazzo presso un centro per tossicodipendenti. Sembra, cioè, che dott. A. e clienti abbiano messo in gioco una serie di aspettative ideali che, in seguito, sono state deluse.

In primo luogo, quella che fosse possibile superare le difficoltà della coppia genitoriale di costruire un fronte più idoneo ad affrontare il disagio dell'adolescente attraverso un intervento "forte" del dott. A. (prescrizione di tecniche pedagogiche e di terapia per il giovane); in secondo luogo, quella di superare la demotivazione del padre e l'abbandono della consulenza attraverso un trattamento psicoanalitico individuale, che aiutasse la signora a separarsi dal figlio. Queste strategie, infatti, non sono riuscite ad evitare un aggravamento della situazione del ragazzo e un progressivo scontento dei clienti. Dopo l'abbandono del marito, la signora ha chiesto con più forza soluzioni e rapidi tempi di intervento e il dott. A. ha prescritto tribunale, terapia obbligatoria e visita della signora al dott. L. perché quest'ultimo organizzasse l'intervento previsto.

In altri termini, il "consiglio" del dott. A. sembra collegato con la sua difficoltà di trattare l'ambivalenza della domanda della cliente che, dopo aver evocato un interlocutore competente, ne vuole dimostrare l'inaffidabilità, per non dover mettere in discussione il proprio operato nella coppia, nella famiglia e nella stessa consulenza psicologica.

Infatti, mentre la signora chiede al dott. L. di procedere nell'intervento concordato fra lei e il dottor A. segnala, attraverso i suoi dubbi sugli interventi di quest'ultimo, di averlo già, per così dire, fatto fuori. Il dottor L. sembra essere solo l'ultimo anello di una catena di interlocutori della signora (le professoresse del figlio, il preside, la cugina e l'amica psicologa, il marito) chiamati a svolgere il ruolo di terzo nella relazione fra lei e il figlio adolescente ma subitaneamente esautorati come inefficaci a prestare un aiuto valido. Non a caso, poco dopo la nuova richiesta di aiuto, la signora interrompe la psicoterapia individuale con il dott. A.

Allo stesso tempo, il figlio della signora che sta inviando segnali di essere gravato da un profondo disagio viene ancora aspettato dalla signora nel ruolo di figlio fantasticato che, cambiando ambiente e interlocutore (il fratello, sostituto paterno) avrà un ottimo sviluppo. Potremmo dire che anche in questo caso la signora taglia fuori la parte estranea dell'interlocutore che la costringe a confrontarsi con i limiti della sua rappresentazione di sé, dell'altro e della relazione: cioè, la parte del figlio tesa a svincolarsi dal controllo materno; espressa, ad esempio, dalla considerazione che la scuola privata viene offerta ai ragazzi deficienti.

Il fastidio dello psicologo clinico di fronte alla coppia cliente-inviante, può connettersi alla sensazione del ragazzo e del marito della signora ma, forse, anche del dott. A. - che si preoccupa di controllare la relazione fra il dott. L. e la signora, rivendicando una sorta di prelazione nell'intervento - che quest'ultima faccia il "doppio gioco", appoggiandosi, di volta in volta, ad interlocutori compiacenti. Da una parte la signora sembra, infatti, alleata con lui, promettendogli ascolto e dedizione; dall'altra, è sempre alla ricerca di un diverso oggetto di relazione che la aiuti a far fronte sia alle richieste del ragazzo, che si fanno sempre più pressanti e insostenibili, che alla difficoltà di contrattare con il dott. L. nuovi ruoli e nuove rappresentazioni di sé.

Possiamo ipotizzare che il rifiuto dell'intervento psicologico da parte dell'adolescente sia connesso al significato che i genitori gli hanno attribuito. Quello di correggere un deficit rispetto alle loro aspettative, piuttosto che promuovere una migliore rappresentazione del Sé che aiuti il ragazzo a perseguire i compiti evolutivi caratteristici dell'adolescenza. L'intervento psicologico che viene proposto al figlio sembra infatti sostituire, piuttosto che integrare, sia la competenza dei genitori di collaborare per restituire al ragazzo un'immagine più articolata e integrata di sé, sia quella dello stesso adolescente di cogliere l'incongruità di una situazione in cui cerca di crescere ma, nello stesso tempo, di rimanere bambino, superando l'edipo senza giocare la partita con il padre, per così dire "a tavolino". Aderendo alle richieste della signora il dottor L. si configurerebbe come una sorta di longa manus della madre e sancirebbe l'impossibilità del ragazzo di emanciparsi da lei.

La possibilità di restituire alla signora il senso del suo tentativo di ripristinare con il dottor L. la collusione fallita in precedenza con il marito, con il dottor A. e con lo stesso figlio, mettendone in evidenza il versante difensivo, teso a controllare l'altro e a negarne l'estraneità, fuori e dentro di lei, ha consentito al dottor L. prima di riagganciare il marito, e poi di procedere ad un incontro con l'intera famiglia in cui discutere i problemi emersi negli ultimi anni.

Bibliografia

Balint, M. (1951). *Medico, paziente e malattia*. Trad. it.: Milano: Feltrinelli 1961

- Carli, R. & Paniccia R.M. (1988). *Psicosociologia delle organizzazioni e delle istituzioni*. Bologna: il Mulino.
- Carli, R. (1987). *L'analisi della domanda in psicologia clinica*. Milano: Giuffrè.
- Carli, R. (1995). Il rapporto individuo-contesto, in *Psicologia Clinica*, n. 2, 5-20.
- Carli, R. (1997) (ed). *Formarsi in Psicologia Clinica*. Roma: Kappa.
- Carli, R. & Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*. Bologna: il Mulino.
- Carli, R. & Paniccia R.M. (2005). *Casi clinici. Il resoconto in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.
- Freud, S. (1904). Psicoterapia, in *Opere*, vol. 4, Torino: Boringhieri.
- Freud, S. (1913). Inizio del trattamento, in Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi, *Opere*, vol. 9. Torino: Boringhieri.
- Gilliéron, E. (1994). *Il primo colloquio in psicoterapia* (trad. it.: Borla, Roma, 1995).
- Grasso, M. & Bianco, A. (2003) *Laboratorio di analisi della domanda*. Roma: Kappa.
- Marcelli, D. & e Bracconier, A. (1999). *Adolescenza e psicopatologia*. Masson, Milano, 2001.
- Masina, E. (2000). *Trattabilità in adolescenza. Problemi nella psicoterapia psicoanalitica*. Milano: FrancoAngeli.
- Masina, E. (2006) (ed.) *Laboratorio sul disagio dell'adolescenza*. Roma: Kappa.
- Michelot, C. (2002). Domanda, in *Dizionario di Psicosociologia* (trad. it.: Barus-Michel, J., Enriquez E. & Lévy. Cortina, Milano, 2005).
- Saraval, A. (1988) (ed.) *Trattato di psicoanalisi. Teoria e tecnica*. vol. I, Milano: Cortina.
- Salvatore, S. (2006). Modelli della conoscenza ed agire psicologico. [Electronic Version], *Rivista di psicologia Clinica*, n. 2/3 (nuova serie). Retrieved from: www.rivistadipsicologiaclinica.it
- Scharff, D.E. & Scharff, J.S. (1991). *Object Couple Therapy*. Northvale and London, Aronson.