

The setting and the interpretation in psychoanalysis as a clinical practice

*Renzo Carli**

Abstract

The work proposes a critical vision of the psychoanalytic setting, understood as a working condition useful for assimilating psychoanalytic practice to medical practice. When it is “imposed” by psychoanalyst, the setting involves the acceptance of the drive theory and the reduction of psychoanalytic practice to a “cure for psychogenic neuroses”. Alternatively, it is proposed the analysis of the demand based on the semeiotic model of the mind, on the polysemy of the unconscious system. Finally, the practice of interpretative action is described, as a model of psychoanalytic intervention within complex contexts, where the psychoanalyst is confronted with the construction of a client who is not necessarily “given”.

Keywords: psychoanalytic setting; psychoanalytic interpretation; power; client; affective symbolization.

* Past Full Professor of Clinical Psychology at the Faculty of Psychology 1 of “Sapienza” University of Rome, Member of the Italian Psychoanalytic Society and the International Psychoanalytical Association, Director of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology) and *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica* (Cahiers of the Journal of Clinical Psychology), Director of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy-Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand. E-mail: renzo.carli@uniroma1.it

Carli, R. (2020). Il setting e l'interpretazione nella psicoanalisi come pratica clinica [The setting and the interpretation in psychoanalysis as a clinical practice]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 15(2), 5-27. doi:10.14645/RPC.2020.2.817

Il setting e l'interpretazione nella psicoanalisi come pratica clinica

Renzo Carli*

Abstract

Nel lavoro viene proposta una visione critica del setting in psicoanalisi, se inteso quale condizione di lavoro utile ad assimilare la prassi psicoanalitica a quella medica. Il setting, quando è “imposto” dallo psicoanalista, comporta l'accettazione della teoria pulsionale e la riduzione della prassi psicoanalitica a “cura delle nevrosi psicogene”. Viene proposta, in alternativa, l'analisi della domanda fondata sul modello semeiotico della mente, sulla polisemia del sistema inconscio. Viene infine descritta la prassi dell'azione interpretativa, quale modello di intervento psicoanalitico entro contesti complessi, ove lo psicoanalista si trova confrontato con la costruzione di una committenza che non è scontatamente “data”.

Parole chiave: setting psicoanalitico; interpretazione psicoanalitica; potere; committenza; simbolizzazione affettiva.

* Già Professore Ordinario di Psicologia Clinica presso la Facoltà di Psicologia 1 dell'Università di Roma “Sapienza”, Membro della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association, Direttore di Rivista di Psicologia Clinica e di Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, Direttore del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica - Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. E-mail: renzo.carli@uniroma1.it

Carli, R. (2020). Il setting e l'interpretazione nella psicoanalisi come pratica clinica [The setting and the interpretation in psychoanalysis as a clinical practice]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 15(2), 5-27. doi:10.14645/RPC.2020.2.817

Premessa

Con questo lavoro intendo proporre una riconsiderazione del modo usuale di rappresentare la psicoanalisi; una psicoanalisi che può essere classicamente intesa quale cura delle nevrosi, ma che penso utile considerare, in alternativa, quale modalità d'intervento per lo sviluppo di persone, gruppi sociali, culture e organizzazioni.

Cura e sviluppo sono, a mio modo di vedere, le due grandi direttrici del lavoro psicoanalitico. Due modi di rappresentare, metodologicamente e tecnicamente, l'operato dello psicoanalista. Cercherò di analizzare i motivi di una contrapposizione che implica conseguenze di grande rilievo per la professione di psicoanalista. La principale preoccupazione di molti psicoanalisti appartenenti all'International Psychoanalytical Association¹, quale si evince dai numerosissimi documenti pubblicati in varie occasioni e in particolare dai documenti programmatici presentati dai candidati alle elezioni dei vertici societari, internazionali e dei singoli paesi – segnatamente dell'Italia – sembra essere quella di preservare il mantenimento e il consolidamento della specificità della nostra competenza e degli aspetti sostanziali della nostra identità psicoanalitica (Rossi, 2020). Invito a riflettere sulla questione del preservare l'identità psicoanalitica: un problema che non sembra rappresentare la preoccupazione più rilevante per molte professioni; è difficile ipotizzare che un tema di rilievo per professionisti quali i medici, gli ingegneri, gli architetti, i farmacisti, gli insegnanti, gli archeologi o i biologi sia quello volto a mantenere la propria identità. Il tema dell'identità si pone urgentemente, ce lo suggerisce la teoria sociologica sull'argomento, qualora l'identità stessa sia minacciata da dimensioni del contesto, simbolizzate come nemiche. Quali possono essere i “nemici” che attentano all'identità dello psicoanalista? Una risposta a questo interrogativo può rivestire un grande interesse, se si intendono cogliere i problemi che attraversano la professione psicoanalitica, nel nostro tempo.

Psicoanalisi quale cura delle nevrosi

Lungo tutta la sua opera, Sigmund Freud fonda la psicoanalisi quale cura delle nevrosi. Certamente il suo contributo teorico alla comprensione della vita mentale esula, spesso, dalla ricerca e dalla pratica della cura – basti pensare alle sue opere “sociali” o al suo contributo allo sviluppo di una teoria antropologica circa i modelli culturali del genere umano – ma la preoccupazione fondamentale dello scopritore della psicoanalisi rimane, sistematicamente, quella di fare ricerca sulla dinamica psichica a partire dai dati rilevati nell'ambito dell'unica sua pratica professionale, la cura dei nevrotici.

Vediamo come è definita la nevrosi, nel volume di Laplanche e Pontalis (1967/2000):

Affezione psicogena i cui sintomi sono l'espressione simbolica di un conflitto psichico, che ha le sue radici nella storia infantile del soggetto e costituisce un compromesso tra il desiderio e la difesa.

L'estensione del termine di nevrosi è variata nel tempo; ai nostri giorni si tende a riservarlo, quando è usato da solo, alle forme cliniche che possono essere attribuite alla nevrosi ossessiva, all'isteria e alla nevrosi fobica. La nosografia distingue tra nevrosi, psicosi, perversioni, affezioni psicosomatiche, mentre rimane discusso lo status nosografico delle cosiddette “nevrosi attuali”, “nevrosi traumatiche” e “nevrosi del carattere” (p. 333).

È importante sottolineare il termine “affezione psicogena”, volto ad indicare la scoperta su cui Freud fonda la quasi totalità del suo costrutto teorico e pragmatico: l'esistenza di disturbi psichici l'origine dei quali sia riconducibile a processi mentali di natura simbolica, fondati su un conflitto tra esigenze pulsionali e difese nei loro confronti; conflitti che affondano le loro radici nella vita infantile del soggetto nevrotico.

La nevrosi quale affezione psicogena, in altri termini, può essere curata tramite la psicoanalisi. Quella psicoanalisi capace di trasformare l'equazione eziologica di Breuer-Freud (1892-1895/2003) (il sintomo prende il posto del ricordo) – come è stata enunciata nella “Comunicazione preliminare” – nell'equazione terapeutica (il ricordo prende il posto del sintomo).

La cura delle nevrosi apre al grande tema del “cambiamento” in psicoanalisi, a quali siano i modelli tramite i quali si descrive e si analizza il cambiamento indotto dall'intervento psicoanalitico entro il malato nevrotico; quel cambiamento che sostanzierà la cura delle nevrosi.

Widlocher (1970) propone di suddividere l'evoluzione del problema concernente il cambiamento, nell'opera di Freud, in tre fasi; il modello iniziale considera la trasformazione dal sintomo alla rappresentazione, e fonda

¹ Anche chi scrive appartiene alla Società Psicoanalitica Italiana (SPI) dai primi anni Ottanta e all'IPA (International Psychoanalytical Association), la società internazionale degli psicoanalisti fondata da Sigmund Freud.

l'equazione fondamentale di Breuer-Freud, come è stata enunciata – lo ripeto – nella “Comunicazione preliminare”; un secondo modello pone l'accento sullo spostamento dell'investimento libidico, introducendo la nozione di fantasma inconscio, e sottolinea l'importanza del vertice economico; un terzo modello considera l'organizzazione tripartita dell'apparato psichico e correla il cambiamento con una modificazione strutturale della personalità.

Nonostante le trasformazioni apportate e la complessità crescente delle successive formulazioni teoriche, la nozione di cambiamento rimane sostanzialmente ancorata, nel pensiero di Freud, ai termini proposti *ab initio* con l'equazione fondamentale: essa è l'operazione elementare delle trasformazioni, quella che costituisce l'unità del cambiamento, l'oggetto della ricerca clinica. Si fonda su una sostituzione di rappresentazioni: “a quella che è mantenuta rimossa, corrisponde nel sistema preconscious-cosciente una rappresentazione che può dar origine ad un comportamento o ad un affetto il cui senso non si può comprendere che in riferimento alla rappresentazione rimossa” (Widlocher, 1970, p. 191, traduzione propria).

L'equazione fondamentale conferisce una “dignità medica” alla cura psicoanalitica, in quanto fonda la cura stessa su una diagnosi eziologica della patologia che si affronta con la psicoanalisi; la teoria psicoanalitica è in grado di spiegare le cause della nevrosi e di praticare una terapia coerente con il superamento delle cause stesse. Eziopatogenesi delle nevrosi e cura delle nevrosi si propongono come un “tutto” coerente, con modalità assimilabili alla cura medica; quella pratica medica ove la diagnosi eziopatogenetica, l'individuazione delle cause (ad esempio, lo pneumococco o *Streptococcus pneumoniae* quale batterio responsabile della polmonite negli adulti, detta anche polmonite pneumococcica), consente di agire terapeuticamente con l'antibiotico mirato per quello specifico batterio.

Il fatto che la cura psicoanalitica si proponga come “eziopatogenetica”, in modo del tutto assimilabile alla terapia medica, è un dato importante per capire quanto Freud sia affezionato all'equazione fondamentale, un vero e proprio punto fermo dell'esperienza psicoanalitica.

La situazione “fisiologica” è costituita dalla dimenticanza, operata in base all'abreazione, all'integrazione progressiva del ricordo in un più vasto insieme di associazioni di pensiero, alla cancellazione naturale dei ricordi. Il sintomo, considerato come rappresentante di un ricordo che non ha subito il normale processo di usura, definisce anche l'operazione di mutazione perseguibile con la prassi, volta a far sì che il ricordo prenda il posto del sintomo.

In questa fase del pensiero freudiano, lo ripeto, si può riscontrare una coerenza evidente tra teoria del cambiamento e teoria dell'intervento. Il ristabilirsi di un senso comporta un'abreazione dell'affetto, un'integrazione della rappresentazione in un più vasto insieme che determina, ed è importante sottolinearlo, una modificazione strutturale della mente; modificazione grazie alla quale la rimemorizzazione non ha soltanto un valore conoscitivo ma, soprattutto, di trasformazione dell'apparato psichico.

Ciò che interessa sottolineare, per quanto concerne l'eziologia e la terapia delle nevrosi, è la funzione centrale della teoria pulsionale.

Vedremo più avanti le fondamentali implicazioni della teoria pulsionale e della sua centralità nella genesi e nella cura delle nevrosi; una centralità che struttura una relazione biunivoca con la definizione stessa della prassi psicoanalitica, quale cura delle nevrosi. Se la psicoanalisi, quale prassi, si allontana dalla cura delle nevrosi rischia di perdere i suoi connotati medici rassicuranti, tali da iscrivere a pieno titolo la psicoanalisi stessa entro l'area pragmatica della medicina.

Questo vincolo non concerne la teoria psicoanalitica, evidentemente, ove già nelle opere di Freud si vuole spaziare in ambiti interpretativi della cultura e dei fondamenti del sistema sociale, dalla religione allo stato, dalle nazioni all'istituirsi delle leggi e dell'ordine sociale. Il vincolo, d'altro canto, si poneva sin dalle origini della psicoanalisi quale professione – e si pone anche ai nostri giorni – quale confine definitorio della pratica psicoanalitica. Ci si può porre, dunque, il ragionevole interrogativo circa il senso attuale del definire la pratica psicoanalitica quale cura delle nevrosi; quelle nevrosi che ipotizzano, per la loro eziologia, la teoria pulsionale quale condizione irrinunciabile.

È proprio vero che lo psicoanalista, oggi, lavora esclusivamente per la cura – restando alla definizione di Laplanche e Pontalis prima riportata – delle nevrosi ossessive e delle nevrosi fobiche, alle quali è riconducibile anche la psicopatologia isterica?

Possiamo affermare sin d'ora che la domanda rivolta allo psicoanalista nel suo studio privato, o la fenomenologia della quale lo psicoanalista si occupa nel suo lavoro istituzionale – entro i Centri di Salute Mentale, entro i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, entro i Centri Diurni, le Comunità Terapeutiche o Riabilitative, nella scuola o nell'assistenza domiciliare alle famiglie, nei Centri Antiviolenza nei confronti delle donne, nella miriade di servizi che il nostro sistema sociale prevede e dove operano anche gli psicoanalisti – non ha nulla a che vedere con la cura delle nevrosi.

Già, ma allora perché l'istituzione psicoanalitica si muove come se la psicoanalisi sia, ancora e sempre, "cura delle nevrosi", come se l'equazione fondamentale di Breuer-Freud possa ancora fondare la pratica psicoanalitica, come se la teoria pulsionale – che ancora a se stessa la credibilità dell'equazione fondamentale – sia, per molti psicoanalisti, indiscutibilmente valida?

Credo che una risposta a questo interrogativo vada cercata entro i due pilastri sui quali si fonda la pratica psicoanalitica: il setting e l'interpretazione.

Ricordando, peraltro, che difesa della psicoanalisi quale cura delle nevrosi e identità della psicoanalisi – alla quale ho fatto cenno in precedenza – tendono a coincidere. Si può sin d'ora comprendere, *sic stantibus rebus*, perché sia così importante, per l'istituzione psicoanalitica, il tema dell'identità. Come si vedeva, l'identità di una struttura sociale viene messa in discussione da "nemici" interni o esterni alla struttura stessa. È l'esistenza del "nemico" che allarma circa il tema dell'identità. Un'identità che, se riferita ad un'organizzazione sociale, tende a confondersi con l'illusione di continuare ad essere identica a sé stessa, nell'illusione di opporsi ad ogni possibile cambiamento. Se l'identità dell'istituzione psicoanalitica si fonda sull'assunto che l'unica espressione della pratica psicoanalitica è la cura delle nevrosi, così come postulata nelle sue linee fondamentali in Studi sull'isteria (Breuer & Freud, 1982-1895/2003), allora si può comprendere come – esplicitamente o implicitamente – ci si senta minacciati nella propria identità e si chieda – ad esempio a chi intende assumere cariche dirigenziali nelle società psicoanalitiche – una sorta di giuramento di fedeltà agli assunti della psicoanalisi ai quali si ritiene pericoloso rinunciare. Assunti che trovano modo di estrinsecarsi, di manifestarsi entro i due pilastri che reggono – come s'è detto – la pratica psicoanalitica: setting e interpretazione.

Obiettivo di questo lavoro è quello di evidenziare le contraddizioni, le differenze e le ambiguità con le quali, entro le diverse concezioni della psicoanalisi, ci si confronta con i due "atti psicoanalitici" dell'istituzione del setting e dell'interpretare.

Vale la pena ricordare che, nell'ambito della teorizzazione psicoanalitica, dalle opere di Freud in avanti, si sono succedute molteplici proposte teoriche, proponendo diversità e contraddittorietà nei modelli, negli assunti di base, nel senso attribuito agli elementi centrali della teorizzazione. Basti pensare alle diverse ipotesi circa la funzione e il ruolo dell'ansia, nei vari momenti della ricerca freudiana, o al mutare della stessa teoria pulsionale con la controversa comparsa dell'istinto di morte. Alla molteplicità delle variazioni teoriche, d'altro canto, non è corrisposta una variazione altrettanto numerosa dei fondamenti pragmatici. Ritengo che la teoria psicoanalitica proposta da Freud, e successivamente elaborata dal movimento psicoanalitico, abbia avuto due grandi aree di sviluppo: l'area improntata alla teoria pulsionale, nelle sue innumerevoli varianti che, comunque, fondano il loro intento nell'individuare la genesi dei disturbi psichici – sia pur variamente denominati – e il loro fondamento nelle vicende infantili del "malato"; l'area che ho denominata "semeiotica", volta a sviluppare i modelli mentali inconsci quale processo di simbolizzazione emozionale, atti a costruire i vissuti dei singoli, ma soprattutto i vissuti collusivi che caratterizzano le relazioni tra persone, le organizzazioni sociali, i gruppi familiari, le culture nella loro accezione più ampia. Ritengo che queste due aree di sviluppo non riguardino solo la componente teorica della psicoanalisi ma, soprattutto, la pratica psicoanalitica: l'ambito pragmatico entro il quale la funzione psicoanalitica può sollecitare una domanda e avere un senso nell'elaborare la domanda stessa; l'ambito concernente gli obiettivi perseguiti con la pratica psicoanalitica, i modi concreti con i quali si "fa psicoanalisi", quindi il setting e l'interpretazione.

Il setting

In accordo con la gran parte degli autori di psicoanalisi, è possibile definire il setting come quell'insieme di condizioni "reali" che rendono possibile il lavoro interpretativo psicoanalitico.

Come vedremo, si tratta di una definizione riduttiva, in quanto non tiene conto della dinamica relazionale tramite la quale si arriva a stabilire le condizioni del lavoro psicoanalitico. Questa omissione, d'altro canto, si propone come strettamente connessa alla storia della professione psicoanalitica, alla tendenza degli psicoanalisti – o degli storici della psicoanalisi – a considerare il setting come qualcosa di "dato", trascurando la fase istitutiva del setting e la dinamica di potere che tale fase istitutiva comporta.

Riporto le considerazioni iniziali sull'argomento, espresse in un volume che ritengo fondamentale, ancora oggi, per un approfondimento del tema in questione:

A un primo sguardo, dunque, sembra di poter definire il setting esclusivamente in riferimento al patto concreto stipulato da paziente e analista. Il setting non sarebbe che l'insieme delle condizioni contrattuali chiaramente concordate, che saranno rispettate per tutta la durata dell'analisi. Il termine, tuttavia, non si riferisce in modo

specifico all'aspetto contrattuale, ma piuttosto alle condizioni *fattuali*² della situazione terapeutica (gli orari, la durata delle sedute, il denaro, la posizione sul lettino, e così via). Queste condizioni dovrebbero, in quanto elementi della situazione analitica "ideale", essere perfettamente uniformi per tutta la durata del trattamento. Noi sappiamo però che le cose non sono mai così semplici. Di fatto l'uniformità del setting, sia da un caso a un altro, sia lungo una singola analisi, è più un'aspirazione che una realtà, o almeno non è una realtà talmente scontata e invariabile da potersene, per così dire, dimenticare. D'altra parte, nella misura in cui si cerca di analizzare ogni singola deviazione dal setting prestabilito, si fa di esso una sorta di *regola*³ analitica. La maggior parte degli autori la ritiene indispensabile per permettere il fluire delle libere associazioni da parte del paziente. C'è qui una contraddizione: da un lato ci si propone di lasciare al paziente la massima libertà per favorire i suoi giochi associativi, dall'altro lo si confina in un ambito rigidamente prestabilito e si interpreta (fondamentalmente come qualcosa di deviante) ogni deviazione che egli tenta di introdurre. Eppure, a dispetto di questa contraddizione, l'analista sa che un setting chiaro e stabile gli è necessario. Non è possibile, però, che tale necessità nasca solo dalla comodità o da ragioni di ordine pratico. Visto solo come l'insieme di condizioni contrattuali, il setting non rivela tutta la sua importanza nel processo analitico. Esso è anche un fondamentale quadro di riferimento sul piano cognitivo. Se l'analista vede fallire i suoi sforzi di interpretare l'"*agire*"⁴ del paziente su elementi del setting, non gli resta altra scelta che interrompere l'analisi, proprio perché l'attività cognitiva che caratterizza l'analisi stessa non è più possibile (Codignola, 1977, pp. 68-69).

Patto, condizioni fattuali, contraddizione tra libertà e vincolo, accettazione, trasgressione, attività cognitiva, agiti del paziente, interruzione dell'analisi. Nelle parole ora citate, appare in tutta evidenza come il setting sia sovrapponibile alle condizioni di rapporto che caratterizzano una visita medica. Lo psicoanalista, come il medico internista che si appresta a "visitare" il paziente, detta le condizioni che consentono la sua prassi. Con il setting, dunque, si chiede al paziente, che si appresta al percorso psicoanalitico, di sottostare⁵ alle regole dettate dallo psicoanalista, una delle quali prevede che il paziente dica tutto quello che gli viene alla mente, associ "liberamente" nel corso della seduta psicoanalitica. Come è possibile che il paziente accetti queste condizioni, al contempo autoritarie e contraddittorie?

Una risposta la si può trovare in un passo dell'importante capitolo 7 dell'Interpretazione dei sogni (Freud, 1899/2003), citato anche da Codignola, ove Freud parla di "rappresentazioni finalizzate" del trattamento e della persona dell'analista. Vediamolo:

Quando raccomando a un paziente di abbandonare ogni riflessione e di riferirmi qualunque cosa gli venga poi in mente, tengo saldo il presupposto che *egli non può abbandonare le rappresentazioni finalizzate del trattamento e mi considero autorizzato a dedurre che le cose apparentemente più innocenti e arbitrarie che mi racconta sono di fatto connesse con il suo stato di malattia*⁶. Un'altra rappresentazione finalizzata, di cui il paziente non sospetta affatto, è quella della mia persona. La valutazione complessiva, nonché la dimostrazione esauriente, delle due tesi esplicative spetta dunque alla descrizione della tecnica psicoanalitica come metodo terapeutico (p. 485).

Vediamo cosa dice Codignola (1977), a proposito di questo passo dell'Interpretazione dei sogni:

In un'opera come quella freudiana una sola frase non è certo determinante. Ma questa contiene un'indicazione che Freud osservò, mi sembra, in tutta la sua ricerca. È la strada tracciata dalle "rappresentazioni finalizzate" quella che lo porta alla scoperta della traslazione. È come se egli costruisse qui lo sfondo sul quale la figura simbolica diviene visibile, o se si preferisce, come se egli precisasse qual è il referente del simbolo nella psicoanalisi. Quelle che Freud chiama "rappresentazioni finalizzate" sono cose sottratte all'ambito puramente simbolico, in quanto hanno il ruolo logico di elementi fattuali, non interpretabili ma posti come tali, nell'interpretazione del sogno così come in quella di ogni altro fenomeno (p. 90).

Quanto afferma Codignola vale soprattutto per la rappresentazione finalizzata della persona dell'analista, meno per quella concernente lo stato di malattia del paziente. La rappresentazione finalizzata dello stato di malattia

² Il corsivo è mio.

³ Il corsivo è mio.

⁴ Il corsivo è mio.

⁵ Codignola parla del setting come di un patto, di un contratto stipulato tra paziente e analista. Ma lo psicoanalista è tenuto, in coerenza con la sua appartenenza societaria, a rispettare le regole societarie sul setting. Quindi, l'analista non è libero di condurre una contrattazione con il paziente; nella maggior parte dei casi, il patto psicoanalitico si traduce in una comunicazione delle condizioni di lavoro da parte dell'analista e nell'accettazione di tali regole da parte del paziente, quale unica scelta per poter "fare analisi" con quello psicoanalista.

⁶ Il corsivo è mio.

è coerente con il motivo per cui il paziente si reca dal medico psicoanalista; anche per la psicoanalisi si ipotizza quanto succede in medicina ove ogni persona, consapevole dei sintomi, dei segni che rintraccia nel suo corpo e che pensa di poter riferire a possibili stati di malattia, si rivolge al medico. Come afferma Canguilhem (1966/1988) è la persona che fa esistere il medico; quest'ultimo, poi, farà esistere la malattia e potrà intervenire – con la sua competenza diagnostica, prognostica e terapeutica – sulla malattia stessa.

Freud, e dopo di lui un'intera schiera di psicoanalisti, utilizza le rappresentazioni finalizzate dello stato di malattia quale fondamento per legittimare il proprio intervento assimilato alla prassi medica, per porre le condizioni necessarie alla psicoanalisi quale cura delle nevrosi.

Lo psicoanalista Wolfgang Loch, citato da Codignola, in un breve lavoro dedicato all'esame dei ruoli dello psicoanalista e all'esercizio del potere nella situazione analitica, coglie una sorta di paradosso al proposito: lo psicoanalista, infatti, si propone di istituire una comunicazione più libera rispetto al potere; ma, allo stesso tempo, mette in atto un processo – istituyente la prassi – in cui lo psicoanalista stesso ha il ruolo di un *legislatore* e di un *pedagogo*, di un insegnante. Dice Codignola al proposito: “La ricerca della libertà è dunque perseguita in una situazione essenzialmente non libera” (Codignola, 1977, p. 73).

A ben vedere, non c'è alcuna contraddizione nell'operare dell'analista quale legislatore e quale pedagogo, se l'identità dell'analista stesso è identificata con quella del medico che interviene per diagnosticare e curare una malattia. Nessun medico, nell'esercizio della sua funzione, è preoccupato per la “libertà” del paziente; ricordo, al proposito, il vecchio e saggio detto che, spesso, i nostri maestri ripetevano a noi studenti di medicina: “Il medico pietoso fa la piaga purulenta”.

Anzi, il medico può operare solo se il paziente assume un comportamento di totale dipendenza da lui e dai suoi ordini; ordini impartiti per rendere possibili le iniziative diagnostiche o terapeutiche del caso o, se si vuole, per il suo bene.

In psicoanalisi, l'apparente contraddizione sembra consistere nel fatto che uno degli “ordini” impartiti dall'analista prevede che il paziente dica qualunque cosa gli venga alla mente. Freud, d'altro canto, sa che questo non è possibile e afferma – giustamente – che il paziente non può abbandonare le rappresentazioni finalizzate del trattamento. Freud, in altri termini, sa che il paziente può accettare la dipendenza dall'analista solo in quanto preoccupato per la sua malattia, e con la speranza di un'efficacia della cura che può ricevere in proposito.

Una dipendenza, quindi, fondata sulla fiducia nei confronti del medico; quella fiducia che consente di rispondere positivamente all'ingiunzione medica del classico “si spogli” o, nel caso della psicoanalisi, all'ingiunzione psicoanalitica del classico “dica tutto quello che le viene alla mente”.

La funzione di “legislatore”, per dirla con Loch (1974), è propria dello psicoanalista come lo è per ogni medico, nel suo rapporto con il paziente. Nessun medico si pone il problema di analizzare quali siano le dinamiche simbolico-affettive con le quali il paziente simbolizza la sua relazione con lui, quando chiede il suo intervento. Il vissuto d'essere malato giustifica la domanda d'intervento del paziente, nei confronti del medico, e “obbliga” il medico ad intervenire professionalmente. L'anamnesi, vale a dire il primo atto diagnostico del medico, implica domande – al paziente – sul suo stato di salute o di malattia, nel passato personale o familiare e nel presente; non comporta alcun interrogativo sui processi simbolici con i quali il paziente si rappresenta la figura del medico stesso.

Al pari del medico, lo psicoanalista – identificato con la figura del medico – non si porrà problemi sui motivi che hanno condotto il “paziente”, sin dall'inizio definito come tale, a chiedere l'intervento dell'analista. Il paziente che “soffre” di un forte dolore al precordio richiede l'intervento medico senza dover dare ragione della sua richiesta, senza che gli venga proposto di analizzare il significato simbolico, emozionale, della sua domanda al medico; il “paziente” che “soffre” di nevrosi (psicogena) richiede l'intervento dello psicoanalista, senza dover dare un senso alla sua domanda.

Più volte, nel passato, ho parlato dei pericoli – nel caso dello psicologo clinico o nel caso dello psicoanalista – di assumere, acriticamente, il “modello medico” a modello identificatorio per la professione. Forse, ora, risulterà più chiaro il senso di tale affermazione. L'assunzione del “modello medico”, in psicoanalisi, significa ridurre la prassi psicoanalitica a cura delle nevrosi. O, peggio, a una prassi che opera “come se” si trattasse di una cura delle nevrosi. Un modello professionale “come se”, quindi fondato su una falsità, pur di potersi arrogare il diritto al potere di un legislatore e di un pedagogo; pur di fondare il proprio intervento professionale sulla stessa legittimazione sociale attribuita al medico. Il costo di questa finzione è altissimo.

Perché una finzione? La problematica di chi si rivolge allo psicoanalista è mutata profondamente, con il passare degli anni, con il diffondersi di una conoscenza sempre più approfondita e competente delle teorie che fondano la psicoanalisi, con la maggiore consapevolezza che gran parte dei problemi “psichici” non sono addebitabili al contesto, alle condizioni di vita delle persone, ma piuttosto al modo con cui viviamo la nostra esperienza

esistenziale, ai vissuti tramite i quali noi costruiamo le componenti emozionali del contesto stesso. È sempre più diffusa la convinzione che le nostre emozioni non sono indotte dalla “realtà dei fatti” ma, piuttosto, che i cosiddetti fatti⁷ sono l’esito della nostra costruzione simbolica e delle emozioni che la sostanziano. Convinzione spesso contraddetta dal senso comune; convinzione che, comunque, almeno in chi ha qualche strumento per emanciparsi dal conformismo del senso comune, porta a guardare alle proprie emozioni quale problema, non quale esito ineluttabile della relazione con il contesto.

La domanda che avvia le persone dallo psicoanalista, come dicevo, è profondamente mutata. Tempo fa proposi un interrogativo apparentemente ingenuo, ai limiti dell’ovvietà; era formulato in questo modo: “perché una persona va dallo psicoanalista?”. Le due possibili risposte che allora suggerivo, erano profondamente diverse; l’una suonava del tipo: “perché sta male”; l’altra asseriva: “perché esiste lo psicoanalista”. Spero sia chiara la differenza profonda tra una psicoanalisi che opera *come se*, convinta che, chi si rivolge allo psicoanalista, lo fa perché è malato; o l’altra psicoanalisi, volta ad esplorare la dinamica emozionale “agita” dalla persona, sin dal suo interpellare lo psicoanalista per un suo problema.

Approfondirò in seguito questo tema, che ritengo di fondamentale rilevanza per la pratica psicoanalitica. Un tema fondante una prassi che il mio gruppo di ricerca ha proposto di denominare “analisi della domanda” (Carli & Paniccia, 2003).

Tornando al setting, si può comprendere l’affermazione per la quale il setting tradizionale (paziente sul lettino, analista seduto dietro, libere associazioni etc.) è la miglior condizione per il lavoro psicoanalitico volto alla cura delle nevrosi, in una determinata situazione storico-sociale. Trasformare quel setting, utile per la cura delle nevrosi e fondato sulla relazione organizzata dal potere medico sul paziente, in una situazione idealizzata, storica, capace in sé di caratterizzare in modo definitivo e insostituibile la situazione di lavoro dello psicoanalista, è un’operazione culturale pericolosa per la professione psicoanalitica e per un suo possibile sviluppo.

A che serve ribadire la necessità di una ripetizione acritica e idealizzata del setting “tradizionalmente inteso”, rendendolo necessario e, ovviamente, indiscutibile in tutte le situazioni di intervento da parte dello psicoanalista? Perché il setting, quel setting utile per la cura delle nevrosi, è diventato la “cifra” indiscussa della psicoanalisi, quale professione di cura o d’intervento, affidando al setting – così inteso – l’identità della psicoanalisi quale professione? Perché la struttura tradizionale del setting ha preso il posto, quale dimensione identitaria dello psicoanalista, di ciò che lo psicoanalista fa nella sua prassi, dell’interpretare come atto fondante quel cambiamento che la psicoanalisi persegue quale suo principale obiettivo?

Una risposta a questi interrogativi va ricercata, a mio modo di vedere, nella dinamica relazionale tra analista e persona che decide di fare un percorso psicoanalitico, quale è indotta e organizzata dal setting così inteso. Si tratta, come peraltro è stato sottolineato da Loch (1974) e da molti altri autori, di una dinamica relazionale improntata alla dipendenza del “paziente” dallo psicoanalista. La dipendenza, indotta dalla funzione di legislatore che lo psicoanalista si attribuisce, fa parte integrante del setting “imposto” dallo psicoanalista – indipendentemente dalla funzione di cura delle nevrosi che la relazione analitica vorrà perseguire o meno – e sembra costituire una componente motivazionale importante, per certi versi insostituibile, dell’identità psicoanalitica. Un’identità in molti casi smarrita dal venir meno delle certezze sulla teoria pulsionale, dalla scomparsa delle “nevrosi” – classicamente intese – dal novero dei problemi per i quali si ricorre allo psicoanalista, dalla sempre più difficile definizione degli obiettivi della cura psicoanalitica, una volta venuti meno gli obiettivi di guarigione dalla nevrosi. Di fronte al cambiamento del contesto e della domanda di analisi, gli psicoanalisti – in particolare quelli responsabili delle società psicoanalitiche – si sono rivolti al setting quale garante dell’identità psicoanalitica. Cito ancora Codignola (1977), in proposito:

Non esiste ragione per pensare che la psicoanalisi si sottragga, in quanto professione, ai vincoli sociali e storici delle altre professioni; né si può ritenere che questi vincoli siano del tutto estranei al processo psicoanalitico. La presente discussione tende a dimostrare il contrario. Pretendere che il setting attuale della psicoanalisi sia così com’è solo per ragioni metodologiche, cioè che sia in senso assoluto l’unica preconditione possibile per

⁷ Può essere utile, al proposito, la seguente distinzione terminologica: chiamiamo “eventi” gli accadimenti che avvengono nel contesto di convivenza entro il quale ciascuno di noi vive la propria esistenza; chiamiamo “fatti” l’esito della trasformazione degli eventi, a partire dalla simbolizzazione emozionale degli eventi stessi. I “fatti”, in altri termini, sono il prodotto della simbolizzazione emozionale collusiva con la quale vengono connotati emozionalmente gli eventi. Un esempio? Covid 19 è un evento che dipende dalla diffusione dell’agente patogeno virale SARS-CoV-2 all’uomo. La simbolizzazione collusiva con la quale, nelle diverse culture locali, viene rappresentato simbolicamente Covid 19 costruisce il “fatto Covid 19” stesso. Un “fatto” che può assumere connotazioni emozionali diverse, nei diversi gruppi d’appartenenza culturale: dall’angoscia per la sua pericolosità mortale alla sua negazione quale minaccia contestuale.

l'interpretazione analitica, equivale a pensare che l'analista scelga determinati ruoli e certe situazioni operative non perché di fatto, sul piano storico e sociale, vi è costretto, ma in nome di certi principi teorici. Tutto ciò si concreta, a mio parere, in un'operazione ideologica visibile nei seguenti punti:

- a) si sostiene e si tramanda una visione ideale della psicoanalisi, appoggiata dalla metapsicologia. Essa può essere usata per riprodurre l'antico isolamento e il distacco aristocratico della psicoanalisi dalle altre discipline, ma soprattutto per ignorare le condizioni reali in cui la psicoanalisi viene di fatto applicata.
- b) Questa visione impedisce di cogliere le determinanti storiche e sociali, a causa delle quali il processo analitico non può attuarsi, nella presente cultura occidentale, che a prezzo di un setting così impositivo e pedagogico. È pur vero che quelle stesse determinanti agiscono in ciascuno di noi, e ci rendono difficile immaginare un setting diverso. Ma occorre ricordare che quello che conosciamo non può avere un valore assoluto, dettato dalla scienza. Anche se si concede che esso rappresenti il modello migliore, ciò non significa altro che è l'unica forma in cui è concesso alla psicoanalisi di essere applicata, qui e oggi.

[...] Un determinato setting, si diceva, non è affatto l'elemento peculiare che distingue l'attività analitica da altre forme di lavoro psicoterapeutico. Può sembrare ovvio dire che l'analisi non è tale solo perché si svolge in quelle tipiche condizioni materiali, ma difficilmente il problema trova una concettualizzazione adeguata (pp. 78-79).

Siamo confrontati, sembra, con una vera e propria resistenza al cambiamento. Una resistenza che si arrocca attorno alla difesa ad oltranza del setting, assurdo a indicatore insostituibile e idealizzato del lavoro psicoanalitico. Come se nel rispetto del setting, in particolare nell'imposizione delle regole vincolanti il comportamento del paziente e – come vedremo – più in particolare della regola delle quattro sedute settimanali, si esaurisse la garanzia che quel lavoro psicoterapeutico sia “vera psicoanalisi”.

Psicoanalisti e psicologi in Italia: Una relazione complessa

Può essere interessante, al fine di approfondire il tema dell'identità psicoanalitica, considerare la reazione di molti psicoanalisti italiani – siamo negli anni Ottanta e Novanta del secolo scorso – all'ingresso dei laureati in psicologia nel novero delle professioni operanti nel contesto sociale. Una vicenda che andrebbe ripercorsa passo passo, per meglio addentrarci nell'agrovigliata relazione intercorsa in quegli anni tra chi gestiva i corsi di laurea o le facoltà di psicologia e gli psicoanalisti. Riassumerò brevemente alcune componenti della vicenda. I corsi di laurea in psicologia nacquero, nel 1972, a Roma e a Padova. La loro istituzione sollevò, sin dall'inizio, gravi problemi in quanto vennero varati senza una visione precisa della professione alla quale s'intendeva formare lo studente che accedeva al corso di laurea stesso. Uno sguardo al curriculum di studi di quei corsi di laurea può essere sufficiente per cogliere quanto sto affermando: a differenza dei curricula di medicina, di ingegneria, di architettura, di farmacia, vale a dire di curricula volti a preparare lo studente a professioni consolidate – ove la competenza è definita consensualmente a livello internazionale – nel curriculum della laurea in psicologia si trovava (e purtroppo si trova) una serie di discipline senza collegamento tra loro, senza quell'interconnessione e quella propedeuticità che caratterizzano un iter degli studi volto a formare professionalmente. Tutto questo succedeva perché i fondatori dei corsi di laurea in psicologia non avevano alcuna idea della psicologia quale professione, e ritenevano che una stanca ripetizione delle componenti accademiche tradizionali della psicologia potesse perseguire la competenza professionale dei futuri psicologi. Quei pochi psicologi che avevano, in quegli anni, sperimentato la professione psicologica, ad esempio nei centri di orientamento scolastico e professionale, negli ambulatori per la psicodiagnosi, nell'intervento psicosociale tramite la dinamica di gruppo e l'analisi istituzionale, nella formazione o nella selezione aziendale, non vennero intenzionalmente implicati nella progettazione e nella formazione dei futuri psicologi, entro i nuovi corsi di laurea. Gli insegnamenti “accademici tradizionali” furono affidati a docenti sino a quel momento immersi in un'esperienza accademica totalmente scissa da qualsiasi esperienza professionale⁸. I pochi insegnamenti vagamente implicanti un'attività professionale, segnatamente gli insegnamenti di tipo “clinico”, furono affidati prevalentemente – in alcuni casi esclusivamente – a psichiatri operanti nell'ambito della psicoanalisi. Persone preparate nella loro professione, ma senza alcuna formazione nell'ambito della psicologia scientifica e senza una conoscenza o un intento formativo concernenti una possibile professione psicologica; professione – lo sottolineo – in funzione della quale erano chiamate ad insegnare.

⁸ Ricordo che i primi corsi di laurea in psicologia furono istituiti, come s'è detto, presso le università di Roma e di Padova. Due sedi accademiche ove erano del tutto assenti psicologi volti a coniugare la ricerca con l'esperienza professionale psicologica; ben diversamente da sedi universitarie quali Milano, Torino o Napoli ove erano frequenti gli psicologi accademici interessati a sperimentare esperienze professionali, a sviluppare la ricerca anche nell'ambito della professione, quindi a contatto con persone e organizzazioni del contesto entro il quale l'università era situata.

Successe, grazie a questi insegnamenti clinici tenuti da psichiatri-psicoanalisti, un evento molto simile alla profezia che si autoavvera: gli psicoanalisti insegnavano “psicoanalisi”, presentando teorie spesso avulse da ogni possibile interazione con le teorie psicologiche e con la professione di psicologo. Al contempo, gli stessi docenti si resero conto che, la loro, era l’unica proposta professionale offerta agli studenti dei corsi di laurea in psicologia, così strutturati; si diffuse rapidamente la convinzione che i laureati in psicologia volessero fare, senza una preparazione adeguata, gli psicoanalisti; l’intera comunità culturale del paese insorse, grazie anche ad indegne campagne di stampa, contro questa invasione di campo: psicologi “selvaggi” volevano autoproclamarsi psicoanalisti, mettendo a rischio il già precario equilibrio psichico di chi si rivolgeva allo psicoanalista. Psicoanalisti “ufficiali” continuarono ad insegnare nei corsi di laurea e poi nelle facoltà di psicologia; al contempo, le strutture psicoanalitiche – alle quali tali docenti appartenevano – scatenarono una vera e propria guerra contro gli psicologi. L’accusa metteva alla gogna, additava alla pubblica disapprovazione giovani psicologi poco acculturati e preparati malamente in corsi di laurea di quattro o cinque anni, che volevano accedere a una professione elitaria o, come dice Codignola, aristocratica: una professione, quella di psicoanalista, che richiedeva una laurea di sei anni in medicina e chirurgia, spesso una specializzazione universitaria di quattro o cinque anni; infine l’accesso alla società psicoanalitica in qualità di allievo e la formazione in psicoanalisi; quest’ultima comportava lunghi trattamenti personali in analisi didattica, la frequenza di molteplici seminari teorici tenuti presso la società psicoanalitica da psicoanalisti didatti, il provarsi come psicoanalista con il trattamento di più casi in supervisione – della durata di qualche anno – e, da ultimo, un esame di ammissione alla società; un iter formativo non precisato nella sua durata, mediamente non più breve di sei-otto anni.

Le contraddizioni concernenti il mancato orientamento professionalizzante dei corsi di laurea in psicologia, vennero rapidamente al pettine. La domanda di formazione professionale, da parte dei giovani laureati in psicologia, si concentrava nell’ambito della psicoterapia: era l’unica esperienza di lavoro della quale sentivano parlare dai loro docenti, senza peraltro alcun apprendimento professionalizzante nell’ambito. Si trattava, infatti, di insegnamenti esclusivamente “teorici” per necessità, visto il numero esorbitante degli iscritti a psicologia e l’assenza desolante di una qualsiasi struttura interna alle facoltà ove sperimentare, sotto il profilo clinico, una qualche prassi professionale.

La risposta alla domanda dei laureati in psicologia, di quei laureati senza professione e al contempo motivati soltanto alla pratica clinica, fu quella di istituire le scuole private di specializzazione “almeno” quadriennali in psicoterapia, riconosciute dallo stato. Contemporaneamente, si istituì l’elenco degli psicoterapisti: medici o psicologi, iscritti ai rispettivi albi professionali, abilitati ad esercitare la professione psicoterapeutica.

I primi anni Novanta furono caratterizzati dal fiorire improvviso e convulso di innumerevoli “scuole” di psicoterapia, ove accorsero in gran numero i laureati in psicologia. Nel frattempo, prese forma l’ordine professionale degli psicologi e, fatto più rilevante, l’elenco dei laureati (medici e psicologi) abilitati alla psicoterapia. Ci fu una vera e propria corsa per ottenere l’appartenenza all’elenco degli psicoterapisti; a questa corsa furono costretti anche gli psicoanalisti “ufficiali”, da sempre attenti a differenziare la psicoanalisi dalla psicoterapia, nelle sue varie declinazioni metodologiche. La regolamentazione nazionale della psicoterapia, conseguente all’istituzione delle facoltà di psicologia, convinse anche le società psicoanalitiche a chiedere il riconoscimento delle loro scuole di formazione e la psicoanalisi divenne una delle aree formative alla psicoterapia per laureati in psicologia e in medicina.

Come preservare l’identità psicoanalitica, entro l’area frastagliata e per certi versi improvvisata delle psicoterapie? Il setting, e il rigore con il quale s’intese preservare la componente sacrificale del setting stesso, divennero le componenti centrali dell’identità psicoanalitica. Rigore che venne identificato con la componente più problematica delle condizioni “fattuali” caratterizzanti il lavoro psicoanalitico: il numero delle sedute settimanali. Rigore, peraltro, riservato prevalentemente o unicamente a chi intendeva diventare psicoanalista: l’analisi didattica del candidato psicoanalista doveva prevedere – prescrittivamente – quattro sedute settimanali e i trattamenti psicoanalitici in supervisione, che precedevano l’ammissione alla società psicoanalitica, dovevano essere condotti – obbligatoriamente – con quattro sedute settimanali. La selettività, implicita in queste condizioni del setting, divenne ben presto evidente; nella confusione delle proposte formative alla psicoterapia, contribuì ad incrementare l’attrattiva della formazione psicoanalitica stessa agli occhi dei laureati in psicologia, in assenza di altri criteri utili per valutare l’interesse dell’offerta formativa.

Setting psicoanalitico e cambiamento

Propongo di rileggere, attentamente, quanto afferma Freud negli ultimi paragrafi di *Vie della terapia psicoanalitica*⁹ (1918/2003):

Proviamo ora a formulare l'ipotesi che mediante una qualche forma di organizzazione si riesca ad accrescere il numero di noi psicoanalisti tanto che esso possa bastare a prendere in trattamento una più vasta sezione della collettività umana. D'altra parte, è possibile prevedere che un giorno o l'altro la coscienza della società si desti e rammenti agli uomini che il povero ha il diritto all'assistenza psicologica né più né meno come ha diritto già ora all'intervento chirurgico che gli salverà la vita; e che le nevrosi minacciano la salute pubblica non meno della tubercolosi e, al pari di questa, non possono essere lasciate all'impotente sollecitudine dei singoli. Saranno allora create delle case di cura o degli ambulatori dove lavoreranno un certo numero di medici con preparazione psicoanalitica, che si serviranno dell'analisi per restituire capacità di resistenza e di lavoro a uomini che altrimenti si darebbero all'alcool, a donne che minacciano di crollare sotto il peso delle privazioni, a bambini che hanno di fronte a sé un'unica alternativa: l'inselvaticamento o la nevrosi. Questi trattamenti saranno gratuiti. Potrà passare molto tempo prima che lo Stato si renda conto di questi suoi doveri e del loro carattere di urgenza. Le condizioni presenti possono allontanare ancora di più questo momento; è probabile che l'avvio a queste istituzioni sarà dato dalla beneficenza privata. Ma è un traguardo a cui prima o poi si dovrà arrivare. Dovremo allora affrontare il compito di adattare la nostra tecnica alle nuove condizioni che si saranno create. Non dubito che l'esattezza delle nostre ipotesi psicologiche potrà convincere anche coloro che non hanno una cultura specifica, ma dovremo cercare di dare alle nostre concezioni teoriche un'espressione il più possibile semplice e tangibile. Probabilmente dovremo constatare che il povero è disposto a rinunciare alla sua nevrosi ancor meno del ricco, poiché la vita difficile che lo aspetta non lo attrae affatto, mentre l'infermità gli offre una ragione in più per pretendere un aiuto da parte della società. Forse in molti casi potremo raggiungere un risultato positivo solo se riusciremo a combinare l'assistenza psichica con l'appoggio materiale, alla maniera dell'imperatore Giuseppe. È anche molto probabile che l'applicazione su vasta scala della nostra terapia ci obbligherà a legare in larga misura il puro oro dell'analisi con il bronzo della suggestione diretta; anche l'influsso ipnotico potrebbe riacquistare una sua funzione, com'è accaduto nel trattamento delle nevrosi di guerra. Ma quale che sia la forma che assumerà questa psicoterapia per il popolo, quali che siano gli elementi che la costituiranno, è sicuro che le sue componenti più efficaci e significative resteranno quelle mutuata dalla psicoanalisi rigorosa e aliena da ogni partito preso (pp. 27-28).

Freud scrive queste pagine nell'estate del 1918: sta terminando la grande guerra, con i suoi milioni di morti e le sue distruzioni, con il collasso dell'economia europea, impegnata nelle ingentissime spese di guerra, con l'epidemia di influenza "spagnola" che fece più di 50 milioni di morti in tutto il mondo. Un periodo storico molto difficile, quando la povertà s'abatteva sulle popolazioni dei paesi belligeranti, ma più in generale su quelle di tutto il mondo occidentale.

Sembra importante ricordare due cose, in particolare: Freud, contrariamente alle deformazioni tendenziose dell'ormai celebre frase, paragona "il puro oro dell'analisi con il bronzo della suggestione diretta", non con il bronzo della psicoterapia, come surrettiziamente è stato detto più volte. Freud confronta l'analisi con l'ipnosi, da lui praticata all'inizio dei suoi tentativi di cura delle nevrosi e poi abbandonata per intraprendere la strada psicoanalitica; la relazione dell'analista con il paziente si intende porre al polo opposto del rapporto direttivo, ove il terapeuta induce la suggestione ipnotica nel paziente.

La psicoanalisi "rigorosa", evocata nell'ultimo rigo dello scritto, non ha nulla a che fare con il setting. Freud dice chiaramente: "il nostro compito terapeutico è definito da due contenuti: dobbiamo rendere cosciente il rimosso e dobbiamo scoprire le resistenze" (p. 22).

Aggiunge a questi, un terzo contenuto che denominerei, con Freud, principio di astinenza: "Nella misura del possibile, la cura analitica dev'essere effettuata in stato di privazione, di astinenza" (p. 22).

Ma, poco dopo, Freud aggiunge un passo che trovo di grande interesse per il problema del setting e della sua idealizzazione (1918/2003):

Dicendo che durante il trattamento va mantenuto uno stato di privazione, non penso di aver detto tutto riguardo a ciò che il medico dovrebbe sperabilmente fare. Come ricorderete, un altro orientamento dell'attività analitica è già stato oggetto di una controversia tra noi e la scuola svizzera. *Noi ci siamo decisamente rifiutati di fare del malato che si mette nelle nostre mani in cerca di aiuto una nostra proprietà privata, di decidere del suo destino, di*

⁹ Cito dall'Avvertenza editoriale dell'OSF: "È questa la relazione che col titolo *Wege der psychoanalytischen Therapie* Freud ha pronunciato il 28 settembre 1918 al quinto Congresso internazionale di psicoanalisi tenutosi a Budapest, alla vigilia del crollo degli Imperi centrali" (Freud, 1918/2003, p.17). Si ricorda anche che Freud, in questa occasione e contrariamente alle sue abitudini, lesse la sua relazione, scritta durante l'estate. Il curatore ricorda che in quel periodo storico, specie in Ungheria ove il Congresso si teneva, era fortemente sentito il problema di un'estensione della terapia analitica a più ampi strati della popolazione.

*imporgli i nostri ideali e, con l'orgoglio del creatore, di plasmarlo a nostra immagine e somiglianza per far piacere a noi stessi*¹⁰. Ancor oggi tengo fermo questo rifiuto, e ritengo che questa sia l'occasione nella quale noi medici dobbiamo dar prova di quella discrezione che altrove abbiamo dovuto metter da parte; dall'esperienza ho appreso inoltre che un'attività nei confronti del paziente spinta così innanzi non è affatto necessaria ai fini della terapia. Ho infatti potuto aiutare, senza bisogno di turbarle nella loro individualità, persone con cui non avevo in comune nulla, né la razza, né l'educazione, né la posizione sociale, né la concezione del mondo (pp. 24-25).

Freud sembra parlare esplicitamente delle conseguenze emozionali di un'imposizione autoritaria: l'identificazione con l'aggressore. Quando lo psicoanalista trasforma il setting – impropriamente – nella ripetizione di condizioni autoritarie, volte a difesa della propria identità, più che adottate per aiutare il paziente, si istituisce una relazione perversa ove l'aiuto all'altro è sostituito dal “far piacere a noi stessi”. L'avidità che attraversa il possesso dell'altro, tramite l'imposizione di piegarsi a condizioni obsolete ma indiscutibili, sembra la motivazione dominante e inconfessabile di un setting ridotto alle condizioni materiali del lavoro, in particolare il numero settimanale delle sedute.

Freud stesso suggerisce, nella citazione più sopra riportata, come la psicoanalisi possa trovare applicazione entro contesti, situazioni storiche, condizioni socioeconomiche diverse da quelle che hanno fatto da sfondo alla ricerca psicoanalitica del suo fondatore e che hanno poi caratterizzato la prassi psicoanalitica per molti, molti anni.

La fissità del setting, lo ripeto, ha avuto un duplice scopo: sancire il potere “legislativo” dell'analista, conferendogli il compito di dettare le regole del gioco ed esaurendo in questa relazione di potere la funzione psicoanalitica e la sua immagine sociale. Ma, anche, assimilare l'atto della terapia psicoanalitica alla cura medica, esentando quindi lo psicoanalista dall'analizzare le dinamiche simboliche tramite le quali, la persona che chiede di fare analisi, agisce il senso della sua domanda. *In primis*, evidentemente, il senso della domanda di diventare psicoanalista.

Freud allude, nel passo ora riportato, a problemi che nulla hanno a che fare con la nevrosi, quali l'alcoolismo, la depressione, l'emarginazione sociale, la delinquenza, i conflitti familiari, l'avidità, la diffidenza, la demotivazione al lavoro. Potrei continuare a lungo, tenendo presente che le dinamiche culturali entro le quali noi viviamo sono cambiate, non sono più quelle degli anni che segnarono la fine del primo conflitto mondiale. Se la psicoanalisi è identificata col setting tradizionalmente inteso, la prassi dello psicoanalista sembra voler continuare, identica a sé stessa, a dispetto dei profondi cambiamenti del contesto. Quando la psicoanalisi è attenta ai problemi di chi si rivolge allo psicoanalista, allora il setting può assumere forme adatte alle nuove condizioni di lavoro, può tener conto della domanda e del senso che la domanda assume per la relazione psicoanalitica. Codignola ricordava le mutazioni necessarie del setting, nel caso della psicoanalisi delle psicosi o della psicoanalisi infantile. Freud parla di una psicoanalisi per le persone povere, indigenti, e prefigura una sorta di Centro di Salute Mentale *ante litteram*. Il lavoro psicologico con la marginalità sociale, l'intervento di accompagnamento dei disabili entro l'esperienza scolastica, la domanda terapeutica da parte di forme sempre più diffuse di perversione agita o mascherata, la frequenza sempre maggiore di domande psicoanalitiche da parte di persone depresse, queste e altre sono le problematiche che lo psicoanalista si trova ad affrontare. In particolare, noi psicoanalisti ci troviamo a dare una adeguata risposta terapeutica a problemi, i più frequenti al giorno d'oggi, evocati dall'emozionalità agita, nelle forme le più diverse e spesso le più pericolose per chi abitualmente “agisce”, invece di pensare alle proprie emozioni; e per chi si trova ad interagire, ad avere a che fare con gli agiti non pensati. Si tratta di situazioni ben diverse dalla nevrosi psicogena e dalla sua cura, fondata sull'equazione fondamentale di Breuer-Freud. Situazioni che, potrei dire finalmente, aprono al tema di “cosa fa lo psicoanalista nella cura”, sapendo che il setting, comunque si organizza, è funzionale alla prassi terapeutica dello psicoanalista.

L'interpretazione

Ricorro ancora a Laplanche e Pontalis (1967/2007), per una definizione di cosa s'intende per interpretazione in psicoanalisi:

a – Esplicitazione, mediante l'indagine analitica, del senso latente nei discorsi e nelle condotte di un soggetto. L'interpretazione mette in luce le modalità del conflitto difensivo ed è rivolta in ultima analisi al desiderio che viene formulato in ogni produzione dell'inconscio.

¹⁰ Il corsivo è mio.

b – Nella cura, comunicazione fatta al soggetto e tendente a farlo accedere a questo senso latente, secondo regole imposte dalla direzione e dall'evoluzione della cura (pp. 238-239).

Come si può vedere, considerando la doppia definizione data da Laplanche e Pontalis, l'interpretazione può essere intesa quale ermeneutica generale, ove discorsi, racconto dei sogni, associazioni e comportamento del paziente posseggono un "senso latente", nascosto dalle dinamiche difensive ed espressivo del desiderio rimosso o mascherato. L'interpretazione, d'altro canto, può essere vista quale intervento clinico dello psicoanalista, volto a far sì che il paziente possa accedere al senso latente di quanto emerge nella relazione analitica.

L'interpretazione mutativa, proposta da James Strachey nel lontano 1934, resta ancora un caposaldo nel dare un costrutto all'efficacia dell'interpretazione psicoanalitica e alla sua capacità di evocare un cambiamento nel paziente. La nozione di "interpretazione mutativa" non è mai stata messa in discussione entro la letteratura psicoanalitica, ed è ancora oggi accettata quale spiegazione del cambiamento. Vediamo cosa dice Strachey (1934/1974) al proposito:

Darò innanzitutto un cenno schematico di ciò che intendo per interpretazione mutativa, e prenderò come esempio l'interpretazione di un impulso ostile. In virtù del suo potere (strettamente limitato) di Super-io ausiliario, l'analista permette a una certa piccola quantità di energia dell'Es del paziente (nel nostro esempio, nella forma di impulso aggressivo) di diventare cosciente. Poiché l'analista è anche, per la natura delle cose, l'oggetto degli impulsi dell'Es del paziente, la quantità di essi che ha ora accesso alla coscienza sarà consapevolmente diretta verso l'analista. Questo è il punto critico. Se tutto va bene, l'Io del paziente diventerà consapevole del contrasto fra il carattere aggressivo dei suoi sentimenti e la reale natura dell'analista, che non si comporta come gli oggetti arcaici «buoni» o «cattivi» del paziente. Il paziente, cioè, diventerà consapevole di una distinzione fra l'oggetto arcaico della sua fantasia e l'oggetto esterno reale. L'interpretazione sarà diventata di tipo mutativo (pp. 19-20).

Come afferma Codignola (1977), in sintesi, con l'interpretazione mutativa il paziente è messo in grado di raggiungere un'*acquisizione cognitiva*, riesce a distinguere fra oggetto della fantasia e oggetto "reale", nella misura in cui l'oggetto reale è rappresentato dall'analista.

Ma, come afferma lo psicoanalista Leon Levy (1963), perché il paziente sia consapevole del "carattere ostile, aggressivo" dei suoi sentimenti, è necessario che l'analista abbia precedentemente selezionato un "dato" (gesto, materiale linguistico, comportamento) del paziente e lo abbia tradotto, assegnandolo a una classe di eventi presente nel sistema categoriale dello psicoanalista stesso; nel caso, la categoria "ostilità". Si tratta della fase semantica dell'interpretazione, importante in quanto strettamente connessa al repertorio – presente nella mente dello psicoanalista – dei modelli di analisi dei dati ai quali ricondurre quanto viene rilevato nel corso della relazione analitica.

Nel modello di Strachey, dunque, non si tratta di un carattere aggressivo in sé, la cui vera natura è rivelata dall'interpretazione, ma di *una definizione di sentimenti aggressivi come classe di eventi, all'interno della classificazione di chi interpreta*¹¹.

Nella *fase proposizionale* dell'interpretazione, secondo Levy, gli elementi raccolti e trattati nella fase semantica, sono usati per costruire formulazioni e ipotesi più significative e generalizzabili, all'interno della teoria alla quale l'interprete si riferisce (1963).

Questa distinzione è particolarmente importante, in quanto riconduce l'interpretazione psicoanalitica al repertorio categoriale dell'analista.

Lo psicoanalista, nell'esplicitare il senso latente del materiale analitico, è fortemente condizionato dall'assetto categoriale costruito nel corso della sua personale elaborazione concettuale della teoria psicoanalitica. Di fronte, ad esempio, ad un comportamento del paziente semanticamente traducibile entro la categoria "dipendenza", i modelli di riferimento dell'analista possono guardare all'individuo (il paziente mette in atto comportamenti di dipendenza, quindi è *dipendente*) o alla relazione analitica (la relazione analitica induce comportamenti di dipendenza del paziente nei confronti dall'analista, quindi *la categoria "dipendenza" è riferita alla relazione* e non al singolo individuo). Nel secondo caso, evidentemente, è importante considerare la fase di costruzione del setting quale modalità relazionale che istituisce la relazione di dipendenza – controdipendenza entro la coppia psicoanalitica.

L'interpretazione mutativa, in altri termini, consiste nel facilitare un'*acquisizione cognitiva*, nell'interlocutore del processo analitico, circa il senso emozionale di quanto viene agito o manifestato a livello verbale nell'interazione stessa. Senso emozionale che può concernere l'altro, ad esempio la relazione – tutta interna al

¹¹ Il corsivo è mio.

paziente – tra Es, Io e Super-io se si utilizza la proposta freudiana circa la struttura tripartita della mente; ma anche il senso emozionale di quanto avviene entro la relazione analitica, se si utilizzano categorie di analisi riferite alla relazione stessa.

Sembra importante sottolineare che l'interpretazione comporta l'uso dei modelli, delle categorie con le quali lo psicoanalista analizza quanto avviene nella relazione analitica; l'istituzione del setting, di contro, implica – per lo psicoanalista – l'adesione a una prescrizione normativa, oppure l'adattamento delle condizioni del lavoro analitico alla domanda posta da chi chiede di fare esperienza analitica. Si può, così, comprendere come sia più “semplice”, per molti psicoanalisti, parlare, discutere, discettare o interrogare i colleghi sul setting, in particolare sul numero delle sedute settimanali imposte, proposte, contrattate con il paziente; ben più complesso è, invece, un confronto sui modelli che reggono la funzione interpretativa, nel corso del lavoro analitico.

Setting e interpretazione, d'altro canto, sono gli strumenti che lo psicoanalista utilizza per mettere in atto l'intervento psicoanalitico in funzione della domanda che gli viene rivolta, quindi in funzione della problematica che lo psicoanalista è chiamato a trattare con il suo lavoro. Ricordando che l'intervento psicoanalitico non è una “tecnica” ripetitiva, da applicare meccanicamente qualunque sia l'interlocutore che la voglia sperimentare, con l'unica preoccupazione di seguire le regole prescritte al fine di fare, davvero, psicoanalisi. La psicoanalisi non ha senso “in sé”, ma solo quale processo volto a trattare i problemi di chi ci chiede un aiuto, in funzione dei problemi stessi. Questa osservazione può sembrare superflua, ai limiti dell'ovvio; purtroppo, di contro, è importante perché sovente dimenticata, se si tiene conto che per molti psicoanalisti, specialmente quelli con funzione didattica e quindi dedicati all'analisi degli allievi in training, la cura psicoanalitica sembra ridotta all'applicazione “rigorosa” di regole procedurali.

Fare “come se” il problema che viene trattato con la cura psicoanalitica sia – per definizione – la nevrosi, sembra riduttivo e, al contempo, falso. Solo con l'adesione, esplicita o implicita, alla teoria pulsionale si può trasformare il lavoro analitico nella prescrizione del setting “tradizionale” – vale a dire nel setting proposto e utilizzati da Freud; si può considerare l'interpretazione quale procedura volta a rendere consapevole il paziente circa l'origine interna di rappresentazioni e impulsi arcaici, collegabili alle sue esperienze infantili e, al contempo, segnalare la loro incongruità nei confronti del rapporto reale con lo psicoanalista.

Spostiamo la nostra ottica psicoanalitica dalla teoria pulsionale alla teoria semeiotica: guardiamo alla simbolizzazione emozionale del contesto, quella simbolizzazione che caratterizza l'esperienza di tutti noi nel “sostituire la realtà esterna con quella interna”, una caratteristica importante del modo di essere inconscio della mente. Pensiamo che l'adattamento, quell'adattamento che costruiamo nella nostra esperienza relazionale, abbia a che vedere con processi collusivi – simbolizzazioni emozionali del contesto, comuni a chi quel contesto condivide – che regolano l'equilibrio emozionale delle relazioni sociali.

Nel caso della teoria pulsionale, la “fisiologia mentale” è la dimenticanza, operata in base alla abreazione, all'integrazione progressiva del ricordo in un più vasto insieme di associazioni di pensiero, alla cancellazione naturale dei ricordi. Il sintomo, considerato come rappresentante di un ricordo che non ha subito il normale processo di usura, definisce anche l'operazione di mutazione perseguibile con la prassi psicoanalitica, volta a far sì che il ricordo prenda il posto del sintomo.

Nel caso della teoria semeiotica, integrata con la teoria dei processi collusivi, la “fisiologia emozionale” è data dall'integrazione dei singoli entro dinamiche collusive che reggono l'interazione, nell'ambito dei contesti di convivenza. In questo secondo caso, quindi, i problemi sorgono quando le simbolizzazioni emozionali collusive vanno incontro a cambiamenti culturali e, quindi, a possibili processi di fallimento collusivo: cambia, ad esempio, il sistema di potere entro il contesto; processi di autonomizzazione rendono obsoleti i legami di dipendenza acritica nei confronti di chi si pensa dotato di autorità; interessi produttivi motivano all'abbandono di atteggiamenti adempitivi nell'esperienza di studio o di lavoro; l'affermarsi della speculazione finanziaria cambia radicalmente i sistemi d'appartenenza alle organizzazioni sociali, e rende obsoleto l'impegno produttivo in chi vi lavora.

Potrei continuare a lungo nel delineare le problematiche contestuali che possono portare, oggi, le singole persone dallo psicoanalista. Il fallimento della collusione evoca processi inconsci che, per manifestarsi, utilizzano dinamiche di tipo depressivo, dinamiche di depersonalizzazione e di disorientamento identitario, aggressività incontrollabile, perdita dell'autostima, tendenza ad isolarsi e ad allontanarsi dalle proprie relazioni sociali, prevalenza di fantasie d'avidità e di possesso che condizionano i rapporti affettivi, bisogno di apparire, di raggiungere quel successo sociale al quale si è disposti a sacrificare i propri legami familiari o amicali, agiti autodistruttivi incontrollabili che comportano assunzione di droghe, alcool, frequentazione compulsiva di incontri sessuali promiscui, attentati alla propria carriera professionale, associazione con gruppi trasgressivi o delinquenti.

Questo, per quanto concerne il fallimento collusivo vissuto da singole persone entro le loro relazioni contestuali. La domanda allo psicoanalista, d'altro canto, concerne anche – e in alcune contingenze, soprattutto – le organizzazioni sociali. Pensiamo alla scuola e al fallimento collusivo di riforme importanti che volevano realizzare l'inserimento e l'integrazione dei ragazzi con disagio, entro le classi normali (Carli, 2018); pensiamo alla cultura locale della convivenza nei quartieri urbani ove è alto il tasso di presenze di famiglie extracomunitarie; al conflitto tra competenza e corruzione nella pubblica amministrazione del nostro paese o alla difficile compresenza di organizzazioni volte alla produzione di beni e servizi e della criminalità organizzata; pensiamo ai problemi posti dal conflitto tra motivazione e atteggiamenti volti al controllo nella dinamica familiare; pensiamo al difficile rapporto tra famiglie e psicologi, nell'assistenza domiciliare che dovrebbe essere d'aiuto al rapporto tra genitori e figli, ma che spesso è inficiata dal mandato sociale – perverso – di verificare, controllare l'adeguatezza genitoriale di chi si dovrebbe aiutare.

Se gli psicoanalisti si chiudono nell'illusione di poter continuare una prassi definita dal potere violento, volto a dettare le leggi della relazione analitica e di poter utilizzare il setting a questo scopo, vedranno restringere il loro orizzonte professionale alla pressoché unica domanda di chi intende accedere alla professione psicoanalitica, agli psicologi che si propongono come allievi in training. Clienti "disposti a tutto", pur di far parte di un gruppo simbolizzato quale privilegiato, nell'ambito delle psicoterapie. Un privilegio, d'altro canto, che per realizzarsi comporta l'accettazione passiva e acritica delle condizioni sacrificali imposte dalle regole del setting. La clausola delle "quattro sedute", infatti, è paradossalmente riservata quasi esclusivamente a chi chiede di far parte delle società psicoanalitiche. La stragrande maggioranza degli psicoanalisti, poi, lavora con meno sedute settimanali; in specifiche ricerche sul tema è emerso che la media delle sedute psicoanalitiche settimanali, nella pratica psicoanalitica, è di due in alcuni paesi, di una seduta settimanale in molti altri. L'ossessione concernente questo aspetto del setting, solo questo aspetto del setting, ci aiuta a comprendere il profondo disorientamento della psicoanalisi per quanto concerne gli obiettivi dell'intervento e la problematica che, con la psicoanalisi, si intende e si riesce a trattare.

Gli obiettivi della cura psicoanalitica e l'analisi della domanda

In Costruzioni nell'analisi (1937/2003) Freud dice:

L'intento del lavoro analitico è notoriamente quello di far sì che il paziente rinunci alle rimozioni – nel più ampio senso inteso – che risalgono al suo antico sviluppo e le sostituisca con reazioni tali da poter corrispondere ad uno *stato di maturità psichica*¹² (pp. 540-541).

L'interpretazione dell'analista rimane, con il lavoro di costruzione, l'elemento fondamentale perché ciò avvenga.

Lo "stato di maturità psichica" della citazione freudiana, è chiamato da Strachey "comportamento più realistico" e l'autore dell'interpretazione mutativa ricorda che, grazie al cambiamento prodotto dall'analisi, il paziente può disporre di un Io che possiede "un contatto con la realtà relativamente non deformato".

Questo può essere considerato il fine ultimo del lavoro psicoanalitico: una ristrutturazione della mente che consenta un più libero investimento pulsionale sugli oggetti nuovi del campo percettivo, siano essi interni che esterni, evitando la ripetitività mortificante della condizione nevrotica.

Già, ma la maturità psichica si propone come "valore", e sembra aver poco a che fare con la guarigione dalla nevrosi. Quest'ultima, come già ho detto, comporta che il dimenticare abbia il suo corso e che quelle rappresentazioni mentali fissate – dalla nevrosi – nel sintomo possano essere, appunto, dimenticate entro una concezione omeostatica della mente. La competenza a dimenticare, d'altro canto, non sembra corrispondere allo stato di maturità psichica; quest'ultima, di contro, implica l'adesione a specifici valori e l'assunzione di comportamenti "maturi", ove il giudizio sullo stato di maturità sembra avere a che fare più con l'imposizione di ideali e il plasmare il paziente a nostra immagine e somiglianza, esecrato dallo stesso Freud in *Vie della terapia psicoanalitica* (1918/2003) in precedenza citato, che con il processo di guarigione.

¹² Il corsivo è mio.

Il tema è di grande interesse non solo quale approfondimento concernente il fine e l'obiettivo¹³ del lavoro psicoanalitico, ma anche per il legame stretto che la definizione di fini e obiettivi della psicoanalisi riveste per l'identità dello psicoanalista e per l'immagine di sé che lo psicoanalista propone al contesto, agli "altri"; un'immagine che appare strettamente correlata con la funzione assegnata al proprio lavoro psicoanalitico.

L'acquisizione cognitiva realizzata dal paziente, della quale parla Strachey, è fondata sulla comparazione tra le proprie rappresentazioni mentali, organizzate dagli impulsi dell'Es ed elaborate nei confronti dell'analista, e la figura di quest'ultimo quale si propone nella realtà della relazione di cura; tale acquisizione cognitiva ha a che vedere – come afferma lo stesso Strachey – con la capacità acquisita dal paziente di distinguere tra gli oggetti della propria fantasia e gli oggetti reali; in particolare, con la distinzione tra l'analista, quale oggetto della propria fantasia, e l'analista reale. Tutto questo, d'altro canto, non ha a che fare con il fine della maturità psichica. Ma, a ben vedere, non ha a che fare nemmeno con la teoria pulsionale e con la teoria tripartita della mente. Quando lo psicoanalista fonda il suo lavoro sulla teoria semeiotica, quando l'analisi concerne le simbolizzazioni emozionali che costruiscono la realtà, a partire dalle caratteristiche del modo di essere inconscio della mente, l'obiettivo dell'analisi è lo stesso di quello esplicitato da Strachey: confrontare le proprie simbolizzazioni emozionali con il rimando che viene dalla realtà e riuscire a "pensare" emozioni, quelle emozioni che altrimenti verrebbero agite nel proprio processo di adattamento. L'agito emozionale, d'altro canto, è presente anche nella teoria che Strachey richiama per l'interpretazione mutativa, nella misura in cui la distinzione tra fantasia e realtà rende obsoleta la "spinta" ad agire.

Potremmo discutere sulla funzione di "Super-io ausiliario" evocata da Strachey; si tratta, a mio parere, di una funzione che lo psicoanalista riveste in quanto "altro", al quale il paziente si è rivolto per chiedere un aiuto rispetto al problema che sta vivendo. Questa funzione può essere rinforzata, nel paziente, quando lo psicoanalista assume il ruolo del medico che cura, entro quell'asimmetria che fonda la relazione medico-paziente. Oppure, può essere conquistata per altra via: quella di analizzare la domanda che ha portato il paziente dallo psicoanalista. L'analisi della domanda è, di fatto, psicoanalisi delle simbolizzazioni emozionali con le quali, la persona che chiede di fare analisi, investe lo psicoanalista riproducendo nella relazione con lui quelle dinamiche fantasmatiche che stanno alla base del fallimento collusivo problematico. Questo investimento fantasmatico dello psicoanalista può assumere forme e dinamiche differenti, via via che il processo analitico procede. Obiettivo della psicoanalisi, in quest'ottica, è quello di aiutare la persona a procedere nella competenza a pensare le emozioni agite entro la relazione con l'analista, facilitando uno sviluppo della capacità di dare senso a quanto il modo d'essere inconscio della mente produce nella relazione.

Dare senso, d'altro canto, comporta una riduzione pensata di quella polisemia che caratterizza la produzione mentale inconscia. Matte Blanco (1975/1981) parlava di insiemi infiniti, per definire un modo d'essere della mente funzionante secondo i principi di generalizzazione e di simmetria. Analizzare le simbolizzazioni affettive prodotte dalla mente inconscia, significa "estrarre" alcune dimensioni di senso entro la polisemia disorientante e, per questo, motivante all'agito quale evacuazione dell'emozionalità ridondante, insita nella polisemia stessa.

Si tratta, spero sia chiaro, di un obiettivo metodologico, non del perseguimento di uno stato idealizzato valoriale, quale esito terminale della cura psicoanalitica. Questa competenza a "pensare emozioni" si può sviluppare proprio grazie all'interpretazione, volta a dare senso alle simbolizzazioni portate dalla persona in analisi, raccontate nel resoconto della propria esperienza, presenti nei sogni – l'analisi dei quali è di grande rilievo – agite nella relazione con l'analista o nell'ambito di esperienze al di fuori del setting analitico. Queste ultime pongono i maggiori problemi per gli obiettivi d'analisi.

Torniamo per un attimo alla definizione di nevrosi, come è scritta in Laplanche e Pontalis (1967/2007), si parla di un conflitto psichico che ha le sue radici nella storia infantile del soggetto.

Si tratta di un problema di non poco conto, nella storia della psicoanalisi. Stralcio un passo, tra i molti simili, dal libro di Greenberg e Mitchell (1983/1986): "La causa delle psicopatologie, secondo Kohut, è la mancanza cronica di empatia, attribuibile ad una patologia caratteriale dei genitori, che insidia il sano sviluppo del sé del bambino" (p. 351).

Per molti psicoanalisti la psicopatologia ha origine nell'infanzia, più frequentemente nella prima infanzia. Un'origine che, il più delle volte, è attribuita alla psicopatologia dei genitori. Il caso più eclatante, al riguardo,

¹³ Ricordo una possibile definizione di questi due termini, quale proposi anni fa: s'intende per fine di un'organizzazione o di un intervento "lo stato della realtà socialmente desiderabile"; l'obiettivo, di contro, può essere inteso come "il risultato più probabile di un intervento scientificamente fondato". Il fine, in sintesi, appare quale dichiarazione d'intenti o prefigurazione desiderabile di un aspetto della realtà; l'obiettivo è definito dall'intervento effettuato nei confronti della realtà, è volto al suo cambiamento; l'obiettivo, dunque, è quanto si persegue operativamente con la prassi.

è quello fondante la teoria dell'attaccamento ove la psicopatologia si trasmette, transgenerazionalmente, dalla madre con stile di attaccamento insicuro – generato dalla relazione con la propria madre – al figlio o alla figlia. Quest'ultima diverrà, a sua volta, agente psicopatogeno entro la catena che, ineluttabilmente, condanna alla trasmissione – per via materna – della psicopatologia concernente gli stili d'attaccamento.

Ancora una volta possiamo chiederci per quali motivi gli psicoanalisti sembrano ossessionati dalla psicopatologia, da una psicopatologia “incurabile” come nel caso degli stili di attaccamento problematici, e comunque da una psicopatologia che ha più a che vedere con la psichiatria, con i servizi di salute mentale o con quelli psichiatrici di diagnosi e cura, che con la psicoanalisi. Freud ha iniziato la sua scoperta psicoanalitica proponendo eziologia, patogenesi e cura delle nevrosi psicogene, ma ha poi ipotizzato e proposto interventi psicoanalitici per vasti strati della popolazione indigente, persone affette da problemi di disadattamento al proprio contesto; si veda in proposito quanto ricordato nella citazione di Vie della terapia psicoanalitica (1918/2003). Tra eziologia della nevrosi e scoperta del modo di essere inconscio della mente, quale oggetto d'intervento psicoanalitico, possiamo delineare una contraddizione insanabile. La teoria delle pulsioni ha ben poco a che vedere con la scoperta dell'inconscio.

Vediamo ora un passo dell'ultimo capitolo del lavoro di Greenberg e Mitchell (1983/1986) appena citato; un passo, a mio modo di vedere, molto importante per quanto sto affermando:

Nonostante le loro differenze, tutte le teorie contemporanee [della psicoanalisi] affrontano uno stesso problema: come trattare, nella pratica clinica, *l'importantissima questione delle relazioni con gli altri*¹⁴. Trovare il ruolo delle relazioni oggettuali nell'ambito della teoria psicoanalitica è stato un problema concettuale essenziale di tutta la storia della psicoanalisi, poiché nella teoria pulsionale originaria di Freud la scarica di energie psichiche ricopriva il fondamentale ruolo costitutivo; alle relazioni con gli altri veniva assegnato un ruolo che non era né centrale né molto evidente. Ogni teoria psicoanalitica di una qualche rilevanza deve affrontare questo problema.

Due sono state le principali strategie per tentare di riconciliare il primato clinico delle relazioni oggettuali con il primato teorico delle pulsioni. La strategia dell'*accomodamento* ha cercato di estendere l'originario modello pulsionale, attribuendo maggiore importanza al ruolo delle prime relazioni con gli altri, mantenendo alle pulsioni il loro fondamentale carattere motivazionale. La *strategia dell'alternativa radicale* invece pone le *relazioni con gli altri*¹⁵ al centro della teoria, costruendo un modello che fa derivare le motivazioni tutte, inclusi gli impulsi sessuali e aggressivi, dalle vicende legate alla ricerca e al mantenimento delle relazioni. In questo modello i concetti pulsionali sono completamente trascurati (pp. 375-376).

Per gli studiosi delle teorie psicoanalitiche ora citati, le relazioni oggettuali – identificate come relazioni con gli altri – hanno oggi un'importanza insostituibile nella pratica psicoanalitica. Quello che manca, nella teoria delle relazioni oggettuali, è una comprensione psicoanalitica del contesto entro il quale, necessariamente e inevitabilmente, si situano le relazioni con gli altri.

La relazione tra individuo e contesto è il luogo relazionale ove esplorare le relazioni oggettuali. Un contesto costruito tramite il modo di essere inconscio della mente – in particolare tramite l'importante caratteristica dell'inconscio che prevede la sostituzione della realtà esterna con quella interna – tramite le simbolizzazioni affettive che consentono di simbolizzare emozionalmente ogni aspetto della realtà, connotando emozionalmente la relazione con tutti gli elementi o gli eventi che s'incontrano nella propria esperienza di convivenza. La teoria della collusione (Carli & Panizza, 1981), proposta quasi quarant'anni fa dal mio gruppo di ricerca e sviluppata tramite il lavoro psicoanalitico clinico, l'intervento psicosociale e la ricerca nell'ambito delle “culture locali”, propone un modello psicoanalitico che fa riferimento non solo al rapporto del singolo individuo con gli altri, ma alla relazione sociale – nelle sue differenti declinazioni – descritta e analizzata nelle sue determinanti inconse.

Vorrei essere chiaro in proposito. Se guardiamo ai problemi posti allo psicoanalista con la richiesta d'analisi, tali problemi si possono concettualmente considerare in due modi molto diversi. Si possono situare nel “mondo interno” del paziente: un riferimento esplicito al solo mondo interno lo si può trovare nell'utilizzazione della concezione tripartita della mente, ove i problemi del paziente sono tradotti in relazioni problematiche tra Es, Io e Super-io. Al polo opposto, possiamo pensare che tale problematica venga generata dalla simbolizzazione emozionale delle relazioni familiari, organizzative, amicali, lavorative, sessuali, politiche, ideologiche, scientifiche, culturali che la persona agisce o racconta nella relazione d'analisi, riproducendone la dinamica emozionale entro la relazione con lo psicoanalista.

Si è visto – seguendo, ad esempio, la proposta di Leon Levy circa la “fase proposizionale” dell'interpretazione

¹⁴ Il corsivo è mio.

¹⁵ Il corsivo è mio.

analitica – che l’atto interpretativo, in psicoanalisi, è fondato sull’uso di modelli atti a tradurre le produzioni del modo inconscio della mente in categorie di senso, condivisibili entro l’adattamento sociale. Il lavoro psicoanalitico, quindi, non è identificato dalle “quattro sedute”, quanto dal repertorio modellistico di cui dispone il singolo psicoanalista e dalla sua competenza ad utilizzarlo nell’ambito interpretativo. Modelli e interpretazioni sono gli strumenti utili ad aiutare le persone in analisi, dando un senso pensato ai loro problemi; quei problemi, lo ripeto ancora una volta, che la persona agisce tramite la domanda di psicoanalisi.

Potremmo dire che il fine, non l’obiettivo, della psicoanalisi sia quello di facilitare l’integrazione entro i sistemi di convivenza. Un fine condiviso con molte altre iniziative operanti nel sistema sociale. Ciò che rende specifico l’intervento psicoanalitico, d’altro canto, è il suo obiettivo. Un obiettivo che possiamo definire, in estrema sintesi, come sostituzione dell’agito emozionale con la competenza a pensare emozioni. Una sostituzione che comporta una maggior consapevolezza di sé e del proprio modo di simbolizzare la realtà; alla reazione agita nei confronti dell’“altro”, così come lo abbiamo costruito con le nostre simbolizzazioni – scambiando poi le connotazioni costruite per dimensioni reali – possiamo vivere l’alternativa di un pensiero sulle nostre simbolizzazioni; un pensiero che ci aiuti a conoscere il modo con cui costruiamo il nostro contesto emozionale. Questo è reso possibile grazie a due componenti strutturali del lavoro psicoanalitico: la *sospensione degli agiti emozionali*, grazie alla quale viene resa possibile l’*attivazione del processo interpretativo* circa gli agiti stessi. Interessante notare che, nel setting tradizionale, l’istituzione del setting e gli agiti collusivi – tra analista e paziente – che tale istituzione comporta, non sono interpretabili, per definizione.

Leggiamo un passo di Codignola (1917) in proposito:

[...] una volta stabilite le condizioni ottimali per l’analisi, questa si svilupperà trattando queste condizioni come né più né meno che dati di fatto fissi e irrilevanti ai fini del processo. Essi potranno rientrarvi, ma solo nel momento in cui emergerà un significato diverso, attribuito loro, per esempio, dai conflitti del paziente; e allora non si discuteranno certo le condizioni stesse – appunto, dati fissi e irrilevanti – ma lo spostamento del loro significato. L’ambito del setting è, in questa visione delle cose, solo il supporto per l’attività interpretativa, cioè per l’analisi; non è che ciò che la rende praticamente possibile; e con ciò il setting ha esaurito qualsiasi sua possibile funzione (p. 86).

Mettiamo ora in relazione quanto si diceva a proposito della finalità psicoanalitica di promuovere, facilitare e ripristinare la “relazione con gli altri”, con la concezione del setting ora ricordata.

È evidente che quando lo psicoanalista impone il setting “classico” (il modello Eitingon, per intenderci), agisce imponendo al paziente le condizioni di lavoro che, a sua volta, subisce passivamente dalla società psicoanalitica d’appartenenza, con le sue regole (Carli, 2020). Questa funzione di “legislatore” che impone le regole, non può essere analizzata ma condiziona fortemente la relazione analitica. Da quel momento in poi, lo psicoanalista che ha imposto le condizioni del setting è “costretto” a considerare, modellisticamente, tutto ciò che succede nell’analisi quale prodotto del mondo interno del paziente; solamente ed esclusivamente quale prodotto del mondo interno di chi fa analisi con lui. L’assenza di un’analisi della domanda, quindi, rende impossibile ogni considerazione circa la relazione analitica e quanto viene simbolizzato nella relazione stessa. La relazione analitica è “ingessata” nell’agito reciproco dell’istituzione del setting, e l’attenzione analitica sarà necessariamente limitata alle manifestazioni del mondo interno del paziente e alla loro decifrazione.

L’applicazione meccanica e adempitiva del setting, lo ripeto, istituisce una relazione analitica del tutto assimilata a quella tra medico e paziente, nell’ambito delle strutture sanitarie: un medico che tratta la domanda d’analisi quale dichiarazione di “malattia”, e istituisce un rapporto con il paziente “malato” alla stregua di un ginecologo, di un cardiologo o di un chirurgo. Stabilito il setting, imposte le condizioni di lavoro ritenute quali elementi irrinunciabili, capaci di qualificare il “medico” come psicoanalista, la psicoanalisi non può che intraprendere la strada indicata dalla teoria pulsionale: associare per “ricordare”, e mettere il ricordo al posto del sintomo. Con il rischio che tutto questo diventi una sorta di recita falsa, visto che le domande d’analisi non concernono quasi più sintomatologie nevrotiche, e visto che l’esperienza analitica può durare anni, in profondo contrasto con i pochi mesi del trattamento delle nevrosi, fondato sull’equazione fondamentale.

Alternativa all’istituzione d’autorità del setting “tradizionale”, ho da tempo proposto, con il mio gruppo di ricerca, l’analisi della domanda. Fondata sull’ipotesi che chi chiede di fare un’esperienza psicoanalitica non sia “malato” di una qualche psicopatologia, ma porti in analisi quei problemi che gli rendono difficile – in qualche modo – l’esperienza di rapporto con il contesto; problemi che vengono agiti nella relazione di domanda rivolta allo psicoanalista.

Problemi che, usualmente, vengono agiti altrove, entro le relazioni che la persona intrattiene nella sua esperienza sociale, familiare, lavorativa, amicale, associativa, amorosa o altro. Problemi che, per qualche motivo, la persona stessa ritiene di poter affrontare con l’esperienza analitica.

Si pensi, ad esempio, al penoso vissuto per il quale sembra impossibile continuare a istituire una relazione di controllo nei confronti degli altri; un controllo nei confronti dell'“altro”, al quale si era usi e che contribuiva ad un correlato vissuto di onnipotenza; un controllo, d'altro canto, che per qualche motivo contestuale appare, ora, non più percorribile. Una impossibilità di controllare l'altro che può essere dovuta al mutare delle condizioni relazionali, entro i più differenti contesti: un genitore, ad esempio, sente di non poter più controllare – in tutte le sue esperienze, i suoi pensieri, le sue relazioni – il figlio che si fa adulto, il figlio che sperimenta la propria autonomia, si chiude nella riservatezza dei suoi sentimenti, esplora nuove esperienze, impossibili da condividere con i genitori. Il nostro genitore, quindi, può trasformare il fallimento della relazione con il figlio, fondata sino a quel momento sul controllo, in un vissuto d'impotenza insopportabile; un vissuto che può assumere le sembianze di una perdita depressiva o di una reazione rabbiosa e aggressiva. Importante sottolineare che non tutti i genitori che vivono queste esperienze di fallimento della collusione, fondata sul controllo della relazione con il figlio, chiedono di fare analisi. La risposta al fallimento collusivo può essere la più diversa, e assumere un assetto adattivo non problematico in alcuni casi, o fortemente disturbante in altri. Si pensi alla “neoemozione” che abbiamo proposto di denominare preoccupazione (Carli & Paniccia, 2003). Si tratta di un processo di simbolizzazione emozionale angosciato, perché costellato di previsioni catastrofiche nei confronti dell'oggetto della propria preoccupazione; una neoemozione, l'essere preoccupati, che può caratterizzare la vita affettiva, di una persona o di un gruppo sociale, quando viene meno il controllo entro una relazione familiare o entro una relazione organizzativa. Sempre più spesso le persone “preoccupate”, traducendo il loro essere preoccupati in ansietà incontrollabile o in sintomi psicosomatici, in iniziative compulsive o in emozionalità depressiva; chiedono aiuto ai servizi di salute mentale o allo psicoanalista, rientrando in quella sintomatologia denominata “disturbi emotivi comuni”. Quanto dicevo sul fallimento di una relazione collusiva fondata sul controllo è, se si vuole, la diagnosi psicodinamica di una sintomatologia apparentemente espressa quale disturbo emozionale.

Il fallimento di una relazione fondata sul controllo, d'altro canto, non ha nulla a che fare con la psicopatologia basata sulla teoria pulsionale, sul controllo pulsionale, da situarsi originariamente nel corso della vita infantile della persona.

Si tratta, di contro, di una problematica che origina entro le relazioni e che si esprime tramite una sintomatologia relazionale.

Nella relazione di domanda rivolta allo psicoanalista, il genitore preoccupato può simbolizzare l'analista stesso quale adulto che può comprendere le ragioni del proprio essere preoccupato; un adulto con il quale condividere collusivamente le proteste per quanto può accadere al figlio che si sottrae al controllo benevolo del genitore; un analista che può condividere e giustificare l'attesa angosciata delle possibili sciagure alle quali andrà sicuramente incontro il figlio, non più oggetto del controllo rassicurante; spesso la relazione analitica si trasforma in uno spazio in cui parlare diffusamente, compulsivamente del figlio che “si è perso”, che il genitore vive come irrisconoscete, nella sua ricerca dissennata d'autonomia; la protesta può estendersi ai giovani d'oggi, alla cultura del “laissez faire” così pericolosa per le sue conseguenze imprevedibili e via di questo passo. Analizzare la domanda, quindi, significa utilizzare l'esplicito tentativo di controllare l'analista, quale spunto per una comprensione del senso rivestito dalla propensione compulsiva a controllare, per la persona stessa. Tutto questo può essere fatto iniziando con dei colloqui vis à vis, per poi passare al lettino e alle libere associazioni, quando si valuterà l'utilità del nuovo assetto per un lavoro volto a pensare alle emozioni problematiche, non quale imposizione volta al controllo del paziente, in collusione con il controllo che il paziente vuol esercitare sull'analista.

Se ci si sposta dalla dinamica pulsionale, con la sua realizzazione contrastata dalle norme sociali interiorizzate, alla dinamica delle relazioni sociali e delle simbolizzazioni emozionali con le quali ciascuno di noi le costruisce, la fenomenologia della domanda d'analisi propone una molteplicità di problemi di grande interesse e di complessa articolazione interpretativa. Il lavoro interpretativo, e non il setting, diventa la componente qualificante della psicoanalisi. Ricordando che interpretare significa utilizzare modelli e categorie di lettura della fenomenologia relazionale tra persona e analista, quale riedizione delle problematiche che la persona vive nelle sue relazioni contestuali; problematiche contestuali che, è utile ricordarlo, sono il motivo per cui la persona stessa si è rivolta allo psicoanalista.

L'azione interpretativa

Può essere utile una riflessione su alcuni dati concernenti la psicoterapia psicoanalitica, nel nostro paese.

Gli psicologi, in Italia, sono circa 130.000 (centotrentamila) e gli iscritti all'elenco degli psicoterapisti più di

60.000. A questi psicoterapisti va aggiunto un numero imprecisato di medici con l'abilitazione alla psicoterapia, che stimo attorno ai 20.000. La metà dei medici e degli psicologi abilitati alla psicoterapia, pratica una psicoterapia ad orientamento psicoanalitico, quindi circa 40.000 sono gli "psicoanalisti" in Italia.

Si tratta, evidentemente, di valutazioni numeriche approssimative, ma utili per dare un'idea dello sviluppo enorme di un'area, quella della psicoterapia e – in particolare – della psicoterapia psicoanalitica che – negli anni Sessanta e Settanta – prima dell'avvento dei laureati in psicologia, contava solo poche centinaia di specialisti nell'area.

È del tutto fuorviante ipotizzare che un numero così elevato di psicoanalisti possa curare persone nevrotiche, affette da ossessività, fobia e poco altro.

Gli psicologi, in particolare, anche i laureati che hanno conseguito un diploma di specializzazione quadriennale in psicoterapia, lavorano per la maggior parte entro le istituzioni pubbliche che si occupano – sempre più diffusamente – di marginalità sociale, in tutte le sue manifestazioni problematiche. Marginalità sociale che vede una forte presenza di malati mentali, quelli dimessi dagli ospedali psichiatrici chiusi grazie alla legge 180 e i nuovi ingressi nella malattia presi in carico dai Dipartimenti di Salute Mentale delle differenti ASL. Marginalità sociale, inoltre, popolata da famiglie – il più spesso economicamente e culturalmente disagiate – ove sono presenti persone affette da disagio psichico di vario grado e di differente natura, minori con difficoltà scolastiche le più diverse, alcoolismo, violenza nei confronti della donna, uso di droga da parte di qualche membro della famiglia, prostituzione, delinquenza adulta o minorile, problemi nella gestione della funzione genitoriale, conflitti entro la coppia o conflitti intergenerazionali, difficoltà di adattamento sociale dell'intero nucleo familiare o di qualche suo membro.

Certamente, gran parte dei nostri psicoanalisti si aspetta di poter lavorare nel proprio studio, trattando psicoanaliticamente persone che chiedono l'analisi per i motivi più diversi – ai quali ho fatto cenno pagine addietro in questo contributo – e potendo contare su rapporti professionali con appartenenti a classi socioeconomico-culturali medie o elevate.

Interessante rilevare che i servizi erogati dalle istituzioni regionali o locali, i servizi di salute mentale, i centri antiviolenza, i Servizi per l'Integrazione e il Sostegno ai Minori in Famiglia, i servizi per l'assistenza al disagio minorile a scuola, i servizi di aiuto-compiti, quelli per tossicodipendenti, le comunità terapeutiche o riabilitative, sono solo in parte gestiti direttamente dalle istituzioni preposte; in gran parte, l'utenza viene data in outsourcing a cooperative sociali che utilizzano gli psicologi e gli psicoterapisti quale "manovalanza a basso costo", per l'intervento entro l'utenza designata.

Questa umiliante consuetudine retributiva, ha fatto sì che il lavoro in questo ambito venisse squalificato al rango di "lavoretti" provvisori e precari; lavoretti, peraltro, entro i quali moltissimi psicologi e psicoanalisti permangono per lunghi anni, confinati entro un ghetto professionale scoraggiante e demotivante.

Sembra importante una riflessione in proposito. Una riflessione che parta non tanto dal "metodo" di cura utilizzato in psicoanalisi, quanto dalla rilevanza sociale, culturale e "politica" della problematica trattata. La marginalità sociale alla quale ho fatto cenno nel delineare i servizi che – nel bene o nel male – se ne occupano, rappresenta un'area importante, fondamentale della convivenza. Un'area che nel passato, anche recente, si voleva emarginata, esclusa dal sistema sociale "normale" – conformista e perbenista – contenuta entro istituzioni ad hoc, volte a separare la normalità dalla marginalità. Il pensiero corre alle scuole speciali, alle classi differenziali, agli ospedali psichiatrici.

Negli anni '70, in Italia, l'esclusione di molta marginalità sociale si è tramutata nel suo opposto, grazie all'istituzione di strutture volte all'integrazione della diversità: integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro, nel sistema sociale più in generale.

I "lavoretti" dei quali stiamo parlando, sono spesso funzionali alla promozione, alla tutela e alla verifica dei processi di integrazione.

Ricordo le parole avveniristiche di Freud, prima citate, scritte in *Vie della terapia psicoanalitica* (1918/2003): "Proviamo ora a formulare l'ipotesi che mediante una qualche forma di organizzazione si riesca ad accrescere il numero di noi psicoanalisti tanto che esso possa bastare a prendere in trattamento una più vasta sezione della collettività umana" (pp. 27-28).

Ci siamo. Gli psicoanalisti italiani sono in un numero elevato a sufficienza per prendere in trattamento una più vasta sezione della collettività umana, quella marginalità sociale che Freud definiva come la popolazione in povertà.

Il tema, peraltro, concerne non tanto la scarsa retribuzione e la scarsissima valorizzazione professionale di chi se ne occupa; il tema riguarda quel "prendere in trattamento" che, allo stato attuale delle cose non è possibile tramite il setting "tradizionale", utile per la cura delle nevrosi. Il trattamento psicoanalitico, nel caso della marginalità di cui stiamo parlando, deve prendere altre strade. In particolare, non concerne le singole persone

quanto le relazioni entro le quali si manifesta la problematica da “trattare”. Non è possibile “mettere sul lettino” la marginalità di cui stiamo parlando, i giovani con diagnosi di disagio scolastico nella loro relazione con la classe, le famiglie problematiche, i gruppi sociali devianti. Non è possibile utilizzare il setting tradizionale, in quanto le persone appartenenti alla marginalità disagiata non accetterebbero l’imposizione del setting, o se si vuole, la funzione di uno psicoanalista che si comporta quale legislatore. Se quest’ultima rappresenta la *conditio sine qua non* per chiamare psicoanalisi il lavoro di chi interviene, allora gran parte del lavoro di cui sto parlando esula dalla psicoanalisi; quest’ultima rischia di ridursi alla cura di qualche disturbo ossessivo o fobico, presente in qualche persona della borghesia medio – alta, capace di sostenere la spesa per l’analisi e culturalmente adatto a subire, a tale scopo, le regole del setting. Forse, la scoperta psicoanalitica, con il suo interesse culturale, psicologico e operativo, non merita questa ghetizzazione.

Guardiamo, è solo un esempio, ai Servizi per l’Integrazione e il Sostegno ai Minori in Famiglia, dei quali si è fatto cenno poco fa. Traggo da un lavoro recentemente pubblicato (Amicosante et al., 2020) la definizione del servizio in questione, quale si trova nella “Carta dei servizi socio-sanitari” del Municipio VII e della Asl Roma 2 (2018):

Il servizio SISMIFF è un servizio di sostegno educativo domiciliare offerto alle famiglie con figli minori di età e si configura come un sistema di interventi a carattere sociale, mirati al supporto della genitorialità e alla tutela del benessere materiale e relazionale della persona di minore età, finalizzato al miglioramento delle condizioni di vita dell’intero nucleo familiare, così da consentire la permanenza del minore nel suo ambiente di origine e prevenire forme di istituzionalizzazione (p. 9).

Sottolineo l’ambiguità di questa definizione: “sistema di interventi a carattere sociale” non qualifica le competenze atte a mettere in atto gli interventi stessi; “tutela del benessere materiale e relazionale del minore” configura interventi segnati da forte discontinuità negli obiettivi e nel metodo. Si tratta, infine, di un servizio volto a fornire sostegno educativo domiciliare a famiglie con minori, senza fare alcun cenno – e questo è gravissimo – alla possibile committenza delle famiglie circa una presenza intrusiva (domiciliare) di operatori i più disparati, volta a erogare un servizio non precisato nella sua metodologia, quindi nei suoi obiettivi. Nella definizione in analisi, in sintesi, è pienamente presente la cultura di chi pensa di doversi “occupare” della marginalità prescrivendo il servizio, indipendentemente dall’assenso o meno di chi dovrebbe fruirne. Cosa che gli stessi estensori della definizione riterrebbero irrealizzabile, perché impossibile da prescrivere, se le famiglie fruitrici appartenessero a una classe sociale diversa dalla marginalità: ad esempio la famiglia di un primario medico ospedaliero, quella di una preside di liceo, di un parlamentare della repubblica e via dicendo.

L’ambiguità con cui si definisce il servizio, d’altro canto, ha una conseguenza; benessere materiale e relazionale, miglioramento delle condizioni di vita del nucleo familiare sono dimensioni vaghe, non riconducibili ad aspetti controllabili del comportamento, non soggette ad un apprezzamento da parte di chi eroga il servizio. C’è, di contro, una dimensione che i servizi sociali pensano di poter controllare e verificare nella sua efficacia, ed è la genitorialità. Una dimensione che, grazie alla diffusa credenza circa la possibilità di misurarne i “valori”, consente anche un intervento “correttivo” da parte dei servizi sociali: l’allontanamento del minore quando i genitori appaiono dotati di insufficiente genitorialità. La genitorialità è menzionata, nella definizione più sopra riportata, per sottolineare come il servizio abbia quale fine quello di facilitare la permanenza del minore in famiglia. Ma la genitorialità si propone, anche, quale unica dimensione misurabile e al contempo quale unica dimensione sanzionabile nella sua insufficienza. Di qui la sistematica perversione delle finalità concrete del servizio, che nei fatti diventa, spessissimo, un’occasione per verificare la competenza genitoriale presente nelle famiglie oggetto d’intervento da parte del servizio. Sottolineo l’aspetto perverso che può assumere un servizio pensato per dare aiuto e supporto a famiglie disagiate; un servizio, d’altro canto, dove l’aiuto non prevede una committenza delle famiglie che si pensa di aiutare. L’assenza di una committenza e l’appiglio della genitorialità contribuiscono a trasformare il servizio stesso in un’occasione di controllo nei confronti delle famiglie e della loro competenza genitoriale.

Le famiglie disagiate, “costrette” ad accettare gli operatori del servizio in questione, li vivono quali controllori pericolosi, dai quali aspettarsi possibili denunce di scarsa “genitorialità”; vissuti giustificati da casi ove, grazie al servizio e ai suoi operatori, alcuni minori sono stati allontanati dai genitori con insufficiente genitorialità e portati in casa-famiglia.

Lo psicologo psicoanalista che assume il ruolo di operatore del Servizio per l’Integrazione e il Sostegno ai Minori in Famiglia, si trova confrontato con un dilemma di grande rilievo: accettare il mandato perverso di agire quale controllore della genitorialità, vanificando il suo ruolo volto a un intervento di sostegno al minore e alla relazione familiare, o rendere possibile il suo ruolo di sostegno. Quest’ultima possibilità ha un’unica via

di realizzazione per lo psicoanalista: costruire una committenza familiare al sostegno, motivando un pensiero circa il sospetto, realistico, di un'intrusione controllante con cui è vissuto dai genitori e, molto spesso, dagli stessi minori. Cambiare una relazione fondata sul sospetto e trasformarla in una relazione che sia espressione di una domanda per l'intervento di sostegno al minore e alla famiglia: si tratta di un obiettivo realizzabile solo grazie alla prassi psicoanalitica. Una prassi, d'altro canto, difficile da ricondurre alla sola interpretazione, visto che il sospetto ha basi fondate sull'esperienza reale della famiglia stessa.

L'operatore psicoanalista può agire un aiuto alla famiglia; può, ad esempio, cucinare per loro quando la madre è impossibilitata a farlo; può dare, alla donna della famiglia assistita, il proprio numero di telefono personale, rendendosi disponibile nel caso di situazioni d'urgenza; può implicare il minore in giochi coinvolgenti per stabilire con lui una relazione fiduciosa e divertente. Sto parlando di una strategia d'intervento psicoanalitico che, anni fa, proposi di chiamare "azione interpretativa" (Carli & Paniccia, 2003).

Ho ricordato in un paragrafo precedente la raccomandazione di Freud circa l'astinenza, nel rapporto analitico. Sottolineo l'importanza, per l'analista, di evitare "agiti" problematici e pericolosi nel corso del proprio lavoro. L'azione interpretativa, d'altro canto, non è un "agito", non invero un'emozione che l'analista non riesce a pensare e che è spinto ad agire, nella relazione con l'altro. Nulla di tutto questo. L'azione interpretativa si rende necessaria per istituire una relazione di fiducia, di stima, al posto della relazione fondata sulla diffidenza. Quando la diffidenza ha fondati motivi, quando la persona, il gruppo familiare o il gruppo sociale basano la diffidenza su esperienze reali del passato anche recente, per l'analista non è possibile proporre un'esperienza d'interpretazione mutativa: la sua funzione, il suo ruolo entro il servizio, possono essere stati assunti da altri operatori realmente minaccianti, nel loro mettere in atto dinamiche di intrusività indebita e di controllo. La diffidenza, in altri termini, non è riconducibile alla sola fantasmatica del gruppo familiare, non giustificata dall'esperienza di realtà. Anzi, appare giustificata proprio dall'esperienza fatta con altri operatori, nella realtà del servizio. Lo psicoanalista, quindi, può mettere in atto alcuni aspetti del setting quali prove agite della sua diversità, quali testimonianze del suo affetto per la famiglia presso la quale sta lavorando. L'azione interpretativa, quindi, consente di ripristinare quella fiducia nell'utente-famiglia, che consentirà poi di stabilire una relazione entro la quale sarà possibile l'intervento interpretativo. L'azione interpretativa, in sintesi, consiste nell'azione dell'analista volta a definire il setting; un'azione che assume anche una funzione interpretativa, volta a riorganizzare l'emozionalità dell'"altro" nei confronti dell'analista. Solo in seguito all'azione interpretativa, sarà possibile un lavoro fondato sull'interpretazione vera e propria.

Questo aiuta a capire che l'istituzione del setting, troppo spesso considerata quale azione volta solamente – se vogliamo, innocentemente – ad invertere le condizioni per il lavoro psicoanalitico, ha sempre una valenza interpretativa, in quanto condiziona l'assetto emozionale con il quale verrà rappresentato l'analista. Quando l'istituzione del setting si configura, esplicitamente o implicitamente, quale atto volto ad istituire la dipendenza del paziente dall'analista, l'analisi assumerà necessariamente le connotazioni di una relazione medico-paziente.

L'analisi della domanda o l'azione interpretativa sono, nell'ottica che sto proponendo, le due alternative all'istituzione autoritaria del setting, quale è usualmente messa in atto nel modello tradizionale di psicoanalisi.

Bibliografia

- Amicosante, E., Barbizzi, L., Bernardini, G., Bianco, M., Pantani, G., Ranieri, S., ... Spiropulos, S. (2020). Esplorazione del mandato dei servizi SISMIF e costruzione di committenza [The psychoanalytic psychosocial intervention in a home-based service for minors during Covid-19]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 21-32. Retrieved from www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni
- Breuer, J., & Freud, S. (2003). *Studi sull'isteria* [Studies on hysteria]. In C. L. Musatti (Ed. & Trans.), *OSF* (Vol. 1, pp. 161-439). Torino: Bollati Boringhieri (Original work published 1892-1895).
- Canguilhem, G. (1988). *Il normale e il patologico* [The Normal and the Pathological] (M. Porro, Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1966).
- Carli, R. (2018). Rileggere la nozione di perversione [Read again the notion of perversion]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 56-63. Retrieved from www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni
- Carli, R. (2020). *Vedere, leggere pensare emozioni: Pagine di psicoanalisi* [Seeing, reading, thinking emotions: Psychoanalysis pages]. Milano: Franco Angeli.

- Carli, R., & Paniccia, R.M. (1981). *Psicosociologia delle organizzazioni e delle istituzioni* [Psychosociology of organizations and institutions]. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccia R.M. (2003). *Analisi della domanda: Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica* [Analysis of the demand: Theory and technique of intervention in clinical psychology]. Bologna: Il Mulino.
- Carta dei servizi socio-sanitari rivolti all'Infanzia e all'Adolescenza [Charter of social and health services aimed at Children and Adolescents]. (2018). Retrieved from ASL Roma2 website: https://www.aslroma2.it/attachments/article/521/Carta_Infanzia_Distretto_7.pdf
- Codignola, E. (1977). *Il vero e il falso: Saggio sulla struttura logica dell'interpretazione psicoanalitica*. [The truth and the false: An essay on logic structure of psychoanalytical interpretation]. Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (2003). *L'interpretazione dei sogni* [The interpretation of dreams]. In C.L. Musatti (Ed. & Trans.), *OSF* (Vol. 8, pp. 1-615). Torino: Bollati Boringhieri (Original work published 1899).
- Freud, S. (2003). *Vie della terapia psicoanalitica* [Pathways of psychoanalytic therapy]. In C.L. Musatti (Ed. & Trans.), *OSF* (Vol. 9, pp. 15-28). Torino: Bollati Boringhieri (Original work published 1918).
- Freud, S. (2003). *Costruzioni nell'analisi* [Construction in Analysis]. In C.L. Musatti (Ed. & Trans.), *OSF* (Vol. 11, pp. 537-552). Torino: Bollati Boringhieri (Original work published 1937).
- Greenberg, J.R., & Mitchell, S.A. (1986). *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica* [Object Relations in Psychoanalytic Theory] (C. Mattioli, Trans.). Bologna: Il Mulino (Original work published 1983).
- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (2007). *Enciclopedia della psicoanalisi* [The encyclopedia of psychoanalysis]. (L. Mecacci, C. Puca & G. Fuà, Eds. & Trans.). Bari: Laterza (Original work published 1967).
- Levy, L. (1963). *Psychological Interpretation*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Loch, W. (1974). Der Analytiker als Gesetzgeber und Lehrer [The analyst as legislator and teacher]. *Psyche*, 28 (5), 431-46.
- Matte Blanco, I. (1981). *L'inconscio come insiemi infiniti: Saggio sulla bi-logica* [The Unconscious as Infinite Sets: An Essay in Bi-Logic]. (P. Bria, Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1975).
- Rossi, N. (2020). *Linee programmatiche Vicepresidenza* [Vice-presidency policy guidelines]. Retrieved from <https://www.grupporuggieropresidente.it/programmi/vicepresidenza>
- Strachey, J. (1974). La natura dell'azione terapeutica della psicoanalisi [The nature of the therapeutic action in psychoanalysis]. *Rivista di Psicoanalisi*, 20, 92-126 (Original work published 1934).
- Widlocher, D. (1970). *Freud et le problème du changement* [Freud and the problem of change]. Paris: PUF.