

Il ruolo dell'analisi istituzionale nell'affrontare l'ambiguità e la violenza nelle relazioni di cura.

Adelaide Baldo
www.secondorizzonte.it

Vorrei fornire alcuni spunti per una riflessione sul tema della violenza nelle relazioni di cura all'interno di contesti istituzionali. E' un argomento delicato che si presta forse anche a equivoci.

Mi riferisco al fatto che, credo, sia facile, mettendo in campo queste due parole -“violenza” e “istituzione”- andare con la mente agli episodi di abuso conclamato che ogni tanto compaiono anche nelle cronache giornalistiche: penso a fatti che coinvolgono ospedali o case di riposo dove accadono episodi di quella che viene chiamata “malasanità”, ma penso anche ad episodi in altri contesti (penso alle carceri o ai presidi di polizia dove vengono fatti i primi interrogatori in caso di fermo).

In tutti questi casi si parla di abusi da parte di singole persone o gruppi di persone che vengono in qualche modo enucleati, per così dire, dall'istituzione nel suo insieme e alle quali viene poi contestato il fatto come espressione di un comportamento individualmente sbagliato, irrituale, violento. In tutti questi casi il sentimento diffuso è che quegli episodi esprimano una deviazione grave o tragica da quella che è confermata come buona procedura di base.

Si potrebbe a lungo discutere di questi aspetti, che indubbiamente esprimono un livello conclamato di violenza, ma non è di questo che voglio parlare.

Non vorrei, infatti, parlare di episodi di *malpractice* o di abusi di ruolo ascrivibili a responsabilità individuali. Non certo per sottovalutazione di questi episodi, ma perché vorrei piuttosto riallacciarmi al concetto di “violenza originaria” come elemento imprescindibile delle relazioni.

Trasferendo questo concetto nel campo delle istituzioni, vorrei capire se è la natura stessa dell'istituzione a introdurre con sé aree dove si può annidare un'intrinseca violenza.

Ne nasce una domanda alla quale non è detto che si riesca a dare una risposta né immediata, né facile, né soddisfacente. La domanda è: la violenza si esprime solo nei fatti gravi che assumono una rilevanza penale, o è piuttosto una componente delle relazioni istituite?

Per provare a dare risposta è necessario partire dalla constatazione che l'organizzazione istituzionale in sé ha a che vedere con l'incontro e l'organizzazione di diversità, di disparità, di gerarchie, di differenti livelli di potere. Questo fa parte del mandato di ogni istituzione: trovare un livello organizzativo nel quale l'istituzione riesca a dare risposta ai bisogni che è chiamata a prendere in considerazione, attraverso un sistema articolato di ruoli, mansioni, ritualità. Un sistema complesso.

Da qualche tempo la parola “complessità” è entrata a far parte del nostro dizionario: in effetti, è un termine che aiuta, con l'immediatezza di quelle parole che portano con sé significati logici ma anche evocativi, a visualizzare i termini della questione.

Nell'ambito che qui voglio prendere in considerazione, la questione è che le istituzioni non sono solamente l'apparato normativo e procedurale che esprimono, ma sono una grande operazione culturale per organizzare i significati psichici, anche inconsci, che il loro specifico compito smuove e mette in fibrillazione.

Vi è un grande filone del pensiero filosofico che si occupa d'istituzioni, anzi, possiamo dire che il pensiero occidentale si regge, in buona misura, proprio sulle riflessioni sul significato e senso intrinseco delle istituzioni, da Machiavelli a Keynes, da Platone a Schopenhauer, tanto per citare solo alcuni di coloro che se ne sono occupati. La psicoanalisi ha ulteriormente contribuito alla costruzione di un pensiero sulle istituzioni, introducendo concetti e ipotesi che, per l'obiettivo che oggi qui ci proponiamo, ci sono di grande aiuto.

La peculiarità dell'approccio psicoanalitico alle istituzioni è aver individuato il collegamento tra le funzioni dell'*Io* e le funzioni delle istituzioni.

Secondo quest'approccio le istituzioni non sono solo luoghi di organizzazione del lavoro, ma luoghi di organizzazione dei grandi temi psichici che ciascuno di noi ha incontrato nel suo processo di strutturazione del sé, e che continuiamo a incontrare negli infiniti modi con cui la realtà li fa risuonare e riattualizzare.

Il testo che ha dato avvio a questo filone di ricerca e pensiero è *“Il disagio della civiltà”* scritto da Freud nel 1929. E' stato un testo fondamentale che si collega a quel filone di ricerca teorica che, con *“Totem e tabù”* del 1912-13 e *“Psicologia delle masse e analisi dell'io”* del 1921, ha gettato le basi per le ricerche successive condotte dagli psicoanalisti che più specificamente si sono occupati di istituzioni e che sono, per citare quelli più noti e che maggiormente hanno scritto in proposito, Bion, Blèger, Fornari, Pagliarani, Kaës, Neri, Correale.

Il pensiero psicoanalitico in merito alle istituzioni ha, per così dire, riscritto la loro stessa definizione, mettendo in luce come i gruppi istituiti si comportino come un grande e complesso apparato psichico nel quale possiamo ritrovare linee di sviluppo, intoppi evolutivi, ansie, angosce, fantasie inconse, né più né meno che nella psiche individuale.

Pensare alle istituzioni come a un grande apparato psichico richiede un certo livello di prudenza, poiché è facile cadere in una concezione un poco “mistica” delle dinamiche che lì accadono; si rischia di immaginare che accadano cose incomprensibili sulle quali noi non abbiamo alcuna possibilità di intervento.

Al contrario, quando la psicoanalisi ha ipotizzato che si potessero pensare le istituzioni come grandi apparati psichici, ha anche aperto la strada alla loro analizzabilità. Infatti, si è aperto un filone d'intervento istituzionale psicosocioanalitico per cui un consulente formato all'analisi istituzionale svolge, nei confronti dell'istituzione, il lavoro che lo psicoanalista svolge con il singolo paziente. In entrambi i casi, l'obiettivo è quello di fornire strumenti di comprensione del proprio funzionamento facendo emergere l'inconscio ed allargando lo spazio della coscienza e della conoscenza di sé.

Questo è il passaggio davvero importante, poiché significa che non c'è nulla di casuale o incomprensibile nella vita delle istituzioni. Significa anche che la vita delle istituzioni non segue solo le leggi basate sulla successione causa/effetto, come voleva una certa cultura positivista attenta esclusivamente ai processi riconducibili a modelli matematici.

La psicoanalisi non ha negato il valore degli eventi spiegabili in termini puramente economici; ha, se mai, allargato la visuale d'insieme individuando nelle istituzioni uno “psichismo” che segue le stesse vie già individuate e sistematizzate per quanto riguarda la psiche individuale.

Questo modo di approcciarsi alle istituzioni significa che anche concetti quali edipo, gelosia, invidia, distruttività, lutto, non sono etichette da dare a reperti archeologici, depositati in chissà quali aree remote della psiche individuale, ma sono strutture attorno alle quali si organizzano anche temi di rilevanza collettiva.

In altri termini, la psicoanalisi ha messo in luce come le istituzioni entrino a far parte di quel grande lavoro di *ricerca di senso*, che è, in effetti, il lavoro della psiche e, in ultima analisi, il senso della vita. Un continuo lavoro per dare nome e pensabilità al mondo pulsionale all'interno di un sistema di significati che permetta l'incontro, la relazione, la progettualità condivisa e che ha a che vedere con la ricerca di quel punto di equilibrio tra mondo pulsionale ed esame di realtà che contraddistingue l'Io maturo.

Viste in questo senso le istituzioni sono, dunque, una necessità psichica del gruppo umano, uno degli strumenti che la psiche ha a disposizione per realizzare il suo lavoro, assieme al sogno, l'arte, la parola, la cultura.

Le istituzioni rappresentano un modo con cui organizzare la complessità della realtà: sono un apparato di pensiero, prima ancora che organizzativo, che fa da contenitore della mente attraverso le sue norme, le sue leggi, le sue convinzioni, le sue abitudini.

Sono il luogo dove si costruisce un sistema di codici semantici ed etici che contribuisce sia a orientare lo psichismo individuale che vi confluisce, sia a dare rappresentazione a ciò che, in quel momento, si agita sulla scena dell'inconscio del gruppo.

Nella vita delle istituzioni, fatta di abitudini e regole, di fantasie e certezze, si deposita la ricerca di un equilibrio che si vorrebbe fosse stabile in modo definitivo. In realtà questo equilibrio assomiglia molto di più a quello instabile di certe sculture di Calder, perennemente esposte alle variazioni dell'ambiente che le obbliga a continui aggiustamenti del baricentro. Proprio come accade nella psiche individuale che, continuamente, mette in atto meccanismi di adattamento e di difesa.

Se nella psiche individuale è, forse, più facile individuare gli aspetti rigidamente difensivi o quelli felicemente adattivi, nello "psichismo istituzionale" è più difficile individuare questi due estremi, e questo perché la fantasia ricorrente è che le istituzioni forniscano elementi di stabilità granitica, e si fatica a pensarle come organismi viventi, portatori di emozioni, anch'esse alle prese con il duro lavoro di organizzazione di angosce e ansie.

In realtà, se solo ci soffermiamo un poco a pensare, ci accorgiamo che ogni istituzione porta con sé, fin dalla sua nascita, un vettore emotivo particolare che specifica e colora il nucleo emotivo che la caratterizza. E' una sorta di corrente sotterranea che orienta la vita dell'istituzione e al quale potremmo attribuire il nome d'inconscio istituzionale. E' un nucleo emotivo che rappresenta sia il nucleo originale identitario, sia un elemento di criticità, esattamente come l'inconscio individuale è, al tempo stesso, elemento strutturante, ma anche elemento patogeno.

La patogenicità dell'inconscio non sta nella sua esistenza o nelle sue caratteristiche, ma nel non riconoscimento della sua esistenza e della sua continua attività sotterranea.

L'inconscio non riconosciuto diventa sintomo e malattia; l'inconscio riconosciuto e analizzato diventa pensiero e cultura. Questo vale per i singoli individui, ma vale anche per le istituzioni: se un'istituzione riesce ad attivare un processo di pensiero autoriflessivo, allora ne esce arricchita anche in termini di operatività ed efficacia degli interventi.

Se, al contrario, non si riconosce la parte più sotterranea dei processi organizzativi, allora è probabile che emergeranno aspetti distonici, equiparabili a sintomi, sotto forma di disagio per chi lavora nell'istituzione o disagio per chi usufruisce dei servizi dell'istituzione, oppure sotto forma di scarsa efficacia degli interventi dell'istituzione, o scarsa efficienza, o tutte le variabili che esprimono una distonia tra obiettivo e sua effettiva realizzazione.

Spesso le scelte organizzative e di prassi non tengono conto degli aspetti inconsci: vi è una cultura del fare che ha introdotto la convinzione che basti seguire i protocolli per arrivare al risultato desiderato. Molti sono convinti che per far funzionare bene un'istituzione sia sufficiente che vi siano linee guida e che chi lavora nell'istituzione le segua con precisione.

E' un pensiero paragonabile a quello che, in campo psicoterapeutico, pensa che i più svariati disagi e patologie possano essere risolti con buone indicazioni di comportamento.

Il punto di vista analitico ritiene, invece, che sia molto più efficace attivare una consapevolezza autoriflessiva che porti a conoscere i perché del disagio, a ragionare sui significati che può avere per la persona, a capire i significati delle soluzioni che si adottano per affrontarlo.

Questo modo di procedere analitico si può applicare anche alle istituzioni e aiuta a capire meglio cosa effettivamente stia accadendo in una organizzazione. Capire quali siano i meccanismi inconsci che sottendono le convinzioni e, quindi, le scelte organizzative, permette di operare trasformazioni e aggiustamenti che vanno nella direzione di migliorare l'apparato organizzativo a tutto vantaggio sia dell'utenza, sia di chi, nell'istituzione, ci lavora.

Il pensiero psicosocioanalitico ritiene, infatti, che, se vi è veramente un buon funzionamento di un'istituzione, questo si manifesti come benessere per tutti.

Dopo questo prologo sul significato delle istituzioni nell'economia della psiche individuale e collettiva, è più facile entrare nello specifico del tema e cercare di capire come la violenza s'insinua nelle relazioni istituzionali sotto forma di esercizio di potere, collusione, seduzione.

Questi temi possono essere indagati in tutte le istituzioni, ma qui saranno prese in esame solo le istituzioni di cura, circoscrivendo ancor più il campo alle istituzioni sanitarie, escludendo quindi quelle istituzioni dove la funzione di cura si mescola ad altre funzioni, come accade nella famiglia o nella scuola. Nelle istituzioni sanitarie la funzione di cura è correlata con il mantenimento o la ricostituzione di quella che è considerata salute.

Parlare di violenza nelle istituzioni di cura, significa chiedersi se le pratiche adottate vadano davvero nella direzione della cura e del benessere, o invece se portano con sé distorsioni di questi concetti. Distorsioni di cui magari non c'è consapevolezza, proprio come accade nella psiche del nevrotico che si accorge dei propri aspetti distonici solo nel momento in cui i meccanismi di difesa adottati iniziano a costare più di quanto rendono.

L'analisi istituzionale non si propone di dire cosa sia giusto e cosa sbagliato, proprio come un buon analista non si esprimerà mai in termini valutativi nei confronti dei suoi pazienti: il suo compito e la sua strategia consistono nel mettere in luce, portandoli alla consapevolezza, i significati delle scelte operative che l'istituzione mette in atto.

Il termine "significati" è qui usato secondo il modello analitico: è capire quali fantasie inconscie sottostanno ai comportamenti, da quali angosce ci si vuole difendere, quale organizzazione del pensiero è stata adottata.

Abbiamo deciso di limitarci a collusione, seduzione, pratica del potere perché sono gli aspetti che con maggiore frequenza s'incontrano nelle relazioni istituite, tra le quali fanno parte quelle del rapporto tra curante e singolo paziente, ma anche quelle tra istituzioni e coloro che alle istituzioni si rivolgono. In una prospettiva analitica tutti e tre questi fattori devono essere considerati non in termini moralistici, ma come indicatori di quali sono le caratteristiche della relazione. In questo caso della relazione terapeutica.

Per entrare nello specifico dobbiamo innanzi tutto individuare le tre principali caratteristiche delle istituzioni sanitarie: esse sono il luogo dell'asimmetria, il luogo della precarietà temporale e,

infine, costruiscono la loro identità attorno al modo con cui definiscono i concetti di malattia e sintomo.

Per quanto riguarda l'asimmetria essa è dichiarata nella loro stessa ragion d'essere ed esplicitata dal sistema organizzativo: le istituzioni sanitarie si reggono sul fatto che c'è qualcuno che esprime un bisogno e qualcuno che sa rispondere a quel bisogno, o pensa di saperlo fare. Questi ultimi sono riconosciuti come autorità e chi a loro si rivolge lo fa nella consapevolezza di questa differenza di ruoli.

Le istituzioni sanitarie, inoltre, incarnano quella che chiamerei una "intrinseca precarietà temporale": i pazienti si rivolgono all'istituzione con la richiesta, asimmetrica, di essere aiutati, ma restano a farne parte solo finché perdura la necessità di mantenere la posizione asimmetrica; una volta finito il trattamento, ne escono. L'istituzione di cura, quindi, deve fare i conti col fatto che la sua identità deriva dall'esistenza di qualcuno che ha bisogno di lei, e che questo qualcuno instaurerà un legame solo per il tempo necessario a soddisfare il bisogno.

Credo venga spontanea l'analogia con le relazioni primarie, dove madre e padre assumono su di sé la responsabilità della cura e del modo di strutturarne le norme, consapevoli che le cure genitoriali hanno come esito l'uscita del figlio dallo spazio della dipendenza, con conseguente trasformazione dei ruoli e dei legami. Tali relazioni assumono su di sé anche il potere che ne deriva e che si può esprimere in modo molto differente a seconda come la cultura di appartenenza organizza le tematiche psichiche che ruotano attorno alla relazione primaria: dipendenza, gelosia, alleanze, appartenenza, esclusione.

Anche la relazione di cura può essere impostata in modi molto differenti a seconda di come la cultura di riferimento la interpreta.

Forse sono passati i tempi in cui i medici si rivolgevano ai pazienti dando loro del tu, per sottolineare con questo una condizione dispari in cui il potere "patriarcale" era decisamente da una parte, mentre dall'altra esisteva solo la possibilità di subire passivamente le decisioni prese da altri. Tuttavia il tema del potere non è tramontato, per la semplice ragione che, sempre, nelle relazioni esso compare e bisogna capire in che modo affrontarlo. Si esprime solo in modi che cambiano col cambiare dei contesti e della cultura.

Per quanto riguarda l'ultimo punto, i concetti di malattia e sintomo sono anch'essi evoluti nel tempo. Attualmente, sotto la spinta di una cultura tecnologica, la malattia è sentita come il venir meno di un funzionamento perfetto, come l'imbizzarrirsi di un sistema che perde all'improvviso la sua omeostasi. L'intervento medico, quindi, deve mirare a ricostruire l'omeostasi perduta, deve essere un intervento normalizzante.

L'attenzione ai sintomi è diventata la peculiarità dell'odierna sanità, tant'è che fioriscono anche servizi costruiti attorno ad un sintomo. Questo vale sia per la medicina che si occupa del corpo, sia per quella che si occupa della psiche. Anzi, soprattutto in quest'ultimo caso, la nascita di servizi specifici è percepita come segno di grande efficienza e funzionalità della struttura sanitaria.

Se però ci muoviamo in una prospettiva di analisi istituzionale dobbiamo farci questa domanda: questo modo di procedere, che magari dà anche ottimi risultati, a quali fantasie e angosce inconse risponde? Qualcuno potrebbe obiettare che è una domanda oziosa, perché l'importante è che le cose funzionino. Il problema sta proprio qui: a quale tipo di efficienza ed efficacia si riferisce questo modo di procedere centrato sul sintomo?

Qui vorrei fare un passo indietro e considerare la terminologia con la quale oggi si indicano le persone che, in presenza di un loro bisogno, si rivolgono alle strutture sanitarie: si è

passati da “ammalato” ad “assistito” a “paziente” e, ultimamente, cioè da quando alla sanità è stata data una impronta aziendale, a “utente”. I termini sono, dunque, evoluti nel tempo, sottolineando, di volta in volta, ciò che la cultura prevalente pensava in merito alla malattia e al modo di affrontarla.

Apparentemente la parola utente è neutra, ma se la consideriamo con maggiore attenzione ci chiediamo: utente di cosa? E' una parola che suggerisce una relazione basata sulla prestazione d'opera: da una parte c'è qualcuno che chiede di avere qualcosa, dall'altra qualcuno che dà questa cosa. Appiattisce la relazione terapeutica togliendola da quella che dovrebbe essere la sua connotazione principale, cioè l'analisi attenta del bisogno, fatta in modo condiviso, senza pregiudizi né dalla parte del curante né da quella del paziente.

Al contrario, introduce l'idea che vi sia un'operazione commerciale in cui, a fronte della richiesta di un prodotto, vi deve essere qualcuno in grado di fornirlo. Pone l'accento sul risultato contraddicendo anche quella che dovrebbe essere la caratteristica principale della professione sanitaria, che non è garantire risultati, ma promettere di prendersi cura di una persona con il massimo impegno personale e professionale, “in scienza e coscienza”.

D'altra parte se la cultura prevalente mette il sintomo al centro della prassi sanitaria, è inevitabile che tutti gli interventi ruotino attorno all'eliminazione del sintomo: un modo di procedere che bene rappresenta la trasformazione delle strutture sanitarie in apparati aziendali.

In questa cultura aziendale viene messo l'accento, anche attraverso la pubblicità fatta alle strutture, sulla presenza di tecnologie e tecniche che risolvono i sintomi e le malattie.

La domanda che l'analisi istituzionale si pone è se questo modo di procedere vada a vantaggio dei pazienti (utenti) e anche di chi lavora nell'istituzione. Il dubbio è legittimo poiché porre l'accento sul sintomo e sulla prestazione d'opera a esso connessa, esprime una concezione scissa della malattia. Si vuole far rientrare il sintomo nell'angusto spazio di ciò che appare, anziché vederlo come segnale di una complessità che sta esprimendo col sintomo le sue trasformazioni e i suoi possibili bisogni.

Le competenze semeiotiche, fondamentali nella pratica clinica, sembrano a loro volta deformate e trasformate, nel loro profondo significato di osservazione e conoscenza, da una cultura del fare e dell'agire che finisce per affidarsi più alla tecnica che all'ascolto. Questo vale sia per la medicina sia per la psichiatria. Vi è quasi un affanno ideologico a voler far rientrare ciò che si vede in categorie precostituite e a impostare diagnosi e cura secondo linee corrette, ma spesso astratte.

Sembra che la dilatazione delle conoscenze e delle competenze abbia introdotto il tema della complessità in modo altamente ansiogeno. Si sente il bisogno di difendersi da tale complessità che sfugge, e il meccanismo di difesa più elementare è la negazione di ciò che spaventa: concentrarsi sul sintomo altro non è che la negazione della complessità somato-psichica nella quale il sintomo è collocato e i cui contorni non sono così facili da individuare.

Questo modo di procedere riguarda l'istituzione, chi ci lavora e chi si rivolge ad essa. E' in questo spazio di confluenza dell'ansia per la complessità che può nascere la collusione, la quale ha sicuramente dei vantaggi che ora vedremo.

Concentrarsi sul sintomo è, per l'istituzione e i curanti, un modo per non sentirsi in balia di una realtà troppo complessa nella quale ci si potrebbe anche perdere; è un modo per pensare di poter tenere sotto controllo la realtà.

Per il paziente è un modo per semplificare l'interpretazione di ciò che sta accadendo: in questo modo la malattia, che si esprime con i sintomi, è fatta derivare da qualcosa di esterno, che sfugge

alla propria responsabilità; pur provocando danni e dolore, non dipende da sé, quindi la si può tenere fuori dallo spazio mentale; è solo un fatto tecnico che riguarda una parte.

La malattia è sempre una ferita al narcisismo: destabilizza la propria identità poiché altera i contorni fisici e psichici con i quali una persona si connota a se stessa e agli altri. Se la si affronta in questa prospettiva richiede una elaborazione mentale che può essere lenta e difficile. Essa porta ad attraversare le proprie fragilità, le proprie aree depressive, la ferita alla propria onnipotenza.

Concentrarsi sul sintomo può, al contrario, diventare un modo per illudersi di non essere intaccati nella propria identità. Infatti, in questo modo, si evita di penetrare i fantasmi depressivi che potrebbero emergere anche dal passato. Colloca, almeno in un primo momento, in una dimensione di rassicurante non responsabilità. Quindi è un modo di procedere che può risultare gradito a molti pazienti e ai loro familiari.

S'instaura così una alleanza "perversa", una collusione, quasi un tacito accordo a non penetrare lo spazio del significato più profondo di quello che sta accadendo, soprattutto quando la malattia serve a mantenere equilibri funzionali ad un sistema che non vuole cambiare.

Tutto ruota attorno al sintomo e ci si preoccupa di monitorare la sua scomparsa, tant'è che anche le valutazioni sull'efficienza di un servizio sono basate sulle statistiche dei casi di remissione dei sintomi. Viene perciò data molta enfasi alle cure farmacologiche e alle prescrizioni comportamentali. Non a caso i servizi che si occupano di un sintomo, anche quando vi è la presenza dello psicologo, si muovono sul piano della rieducazione comportamentale. All'interno di questo modo di procedere, i tecnici assumono il ruolo di "coloro che fanno" e che, quindi, "insegnano".

Un ruolo di potere, riconosciuto dai pazienti che si affidano ai tecnici in virtù di un loro sapere e con la fantasia che questo loro sapere si tradurrà in consigli, prescrizioni e atti ai quali i pazienti si sottomettono nella fiduciosa convinzione che si arriverà al risultato desiderato.

Si crea inizialmente un clima di euforia, di speranza e di autentica convinzione, da una parte e dall'altra, che l'obiettivo sarà raggiunto, che il sintomo scomparirà. Un clima paragonabile a quello che caratterizza la fase di "fondazione del gruppo", in cui l'attesa, quasi messianica, di qualcosa di nuovo e buono, si mescola con la disponibilità a far circolare sentimenti di tenerezza, amore, propensione ad affidarsi totalmente e ad aderire totalmente e acriticamente alle proposte.

Il rischio di seduzione è altissimo: chi detiene il potere della proposta può manipolare la scelta di chi non può fare altro che affidarsi a chi gli sta promettendo la soluzione al suo bisogno. E' una seduzione inconscia che si muove sul registro narcisistico della relazione dove paziente, singolo curante, istituzione, sono sinceramente coinvolti nel desiderio di ricevere gratificazione e andare sorridenti verso un *happy end*.

Poi le cose si complicano perché non è detto che vadano proprio come si desiderava. Nonostante le buone prescrizioni, il sintomo perdura. Come spiegarlo? La frustrazione che ne deriva è intollerabile. La collusione attorno all'onnipotenza è messa in crisi.

E' a questo punto che l'aspetto negativo della collusione emerge nella sua violenza e la dolcezza della seduzione si trasforma in rabbia. Il registro della relazione cambia: se prima era connotato da una collusione attorno all'onnipotenza, ora si fanno strada sentimenti depressivi. Il senso di colpa entra nella scena relazionale e assume forme differenti a seconda dei ruoli giocati nella relazione.

Dal punto di vista del curante in forma proiettiva e persecutoria: la colpa è del malato utente che non collabora, che non segue le prescrizioni, che non vuole guarire.

Dal punto di vista del malato in forma paranoide: la colpa è del medico che non ha fatto tutto quello che avrebbe potuto fare.

Vorrei qui esaminare gli aspetti violenti di questi due modi di procedere.

Sono passati i tempi in cui si riteneva che la malattia fosse una punizione divina, tuttavia la subdola convinzione che malattia e colpa siano in qualche modo connesse è ancora molto presente nella nostra cultura. Può essere la colpa di non collaborare abbastanza per garantirsi la guarigione. Può essere, in modo ancor più violento, la convinzione che la malattia sia insorta per una cattiva indole della persona o dei suoi familiari.

Al proposito vorrei ricordare come anche il pensiero psicologico e psicoanalitico sia spesso usato in forma distorta. Credo che a tutti si capitato di sentir dire, o magari anche di dire, che una certa persona non poteva che ammalarsi “con una madre così”; oppure che quella tal persona si è ammalata perché “non ama abbastanza la vita”.

Affermazioni di questo tipo hanno un fondamento, ma purtroppo sono spesso utilizzate in maniera scissa: anziché esprimere la consapevolezza, dolorosa, ma carica di comprensione ed empatia, che la complessità della vita è tale da correlare tra loro anche fenomeni molto differenti, finiscono per diventare semplificazioni aride e prepotenti. Che, inoltre, tendono, in questo modo, a giustificare eventuali insuccessi terapeutici.

Per quanto riguarda l'altro versante, quello paranoide, vorrei ricordare come stiano aumentando a dismisura le richieste di risarcimento da parte di pazienti per danni per lo più presunti. E' la conseguenza dell'interpretazione scissa, onnipotente e mercificata dell'atto sanitario. E' inevitabile che, se circola l'idea che la prestazione sanitaria deve essere la soddisfazione di una richiesta di guarigione, ogni fattore che si discosta da quel risultato è percepito come una mancanza colpevole del sanitario o dell'istituzione.

Non sto parlando di fatti sporadici, ma purtroppo di una pratica molto diffusa, tant'è che vi sono addirittura associazioni di avvocati che si offrono di esaminare le cartelle cliniche alla ricerca di eventuali mancanze che possano far richiedere un risarcimento.

Forse l'ambito psichiatrico è ancora abbastanza esente da questi fatti, perché la malattia psichiatrica è ancora vissuta come un evento troppo sfuggente, ma se prevarrà sempre più la convinzione che anch'essa è riconducibile a precise e misurabili relazioni di causa/effetto, su cui poter agire in modo “chirurgico”, temo che anche in quest'ambito si farà strada una mentalità risarcitoria agita nel modo aggressivo e irrealistico come già ora si vede in alcuni settori medici.

L'enfasi sul sintomo come difesa dall'angoscia si esprime anche in una pratica assai diffusa di comunicazione in cui si vuole tranquillizzare il paziente presentando i possibili interventi nel loro aspetto ottimistico, senza dare la giusta importanza agli aspetti che riguardano possibili insuccessi o effetti collaterali. Vi è una cultura dell'ottimismo che negli ultimi anni ha avuto molto successo.

L'ottimismo è proposto come l'unico modo di affrontare la malattia, tant'è che si sono moltiplicate tecniche di approccio che esprimono il bisogno di esorcizzare gli aspetti depressivi che ogni malattia porta con sé (clown terapia, terapia del sorriso, tecniche di rinforzo dell'autostima, ecc.). Va benissimo l'approccio ottimistico, se questo significa rinforzare la capacità di elaborazione dei propri sentimenti in merito alla malattia, rendendo possibile la trasformazione della persona e del gruppo familiare. Spesso però l'ottimismo è declinato sul versante dell'onnipotenza: io voglio sconfiggere la malattia, io posso farlo.

E' una modalità apprezzata dal mondo medico perché collude col bisogno dei medici di non sentire la profonda frustrazione e il dolore di fronte ai limiti della scienza medica.

L'ottimismo a tutti i costi diventa funzionale a mantenere in piedi le difese maniacali di cui l'istituzione sanitaria nel suo insieme, coinvolgendo sanitari e pazienti, ha bisogno per non sentire

l'angoscia per un proprio possibile fallimento. Non a caso si usa un linguaggio militare: combattere il male, sconfiggere il male, avere la meglio sul male. Proprio come le truppe d'assalto vanno rinforzate con artifici di ogni genere per infondere la certezza della vittoria, anche quando è evidente che la vittoria non ci sarà, così il malato è rinforzato nel suo bellicoso ottimismo. Può essere una strategia vincente, purché non sia l'unico modello proponibile.

Il malato ha diritto al dolore, alla depressione, ha diritto di darsi il tempo necessario per elaborare quella che viene percepita come una perdita di una parte di sé. Il paziente che non aderisce all'ottimismo istituzionale viene solitamente bollato come non collaborante. L'aspetto più crudele è la diffusa convinzione che per guarire bisogna essere ottimisti, volere la guarigione, darsi da fare per guarire, come se la morte o il non totale successo della terapia fossero colpa del paziente che non ha attivato le giuste strategie, che non ha aderito ai meccanismi di difesa dell'istituzione.

Anche chi lavora nell'istituzione ha diritto a potersi confrontare con la propria frustrazione, con il dolore nel verificare che l'onnipotenza è una pericolosa illusione.

Purtroppo quello che accade è la collusione tra una cultura medica sempre più tecnicista e una cultura istituzionale sempre più orientata al profitto e all'immagine di marketing.

Viene così persa la cultura della cura come pensiero condiviso in cui curante e paziente, già dal momento della diagnosi, si trovano a costruire un'alleanza terapeutica. Questo può accadere quando è possibile esprimere una cultura della cura alla persona, non quando si devono raggiungere risultati a tutti i costi.

L'alleanza terapeutica presuppone un *timing* per costruire una conoscenza reciproca, per collocare la diagnosi e le successive indicazioni terapeutiche all'interno della storia del paziente. Significa aiutarlo a integrare la sua patologia in un significato personale che lo porti a porsi aspettative realistiche anche riguardo al decorso della cura. Significa instaurare una relazione nella quale non c'è spazio per illusioni o promesse magiche, nella consapevolezza che ogni atto medico ha suoi limiti.

In questo modo verrebbe anche ridato valore al concetto di responsabilità individuale che l'attuale cultura tecnicista tende a mettere ai margini. Si parla di responsabilità individuale solo quando vengono commessi macroscopici errori, oppure quando, come dicevo prima, si pretende un risarcimento per un atto che non risponde esattamente alle aspettative, pur essendo stato compiuto nella massima correttezza. Il valore etico e relazionale della responsabilità individuale sembra offuscato dalla convinzione che l'applicazione precisa dei protocolli sollevi da qualsiasi responsabilità.

Potremmo leggere questa convinzione come il comparire sulla scena relazionale di un pensiero ossessivo. Sappiamo che gli ossessivi si difendono dalla relazione attraverso le ritualità e coazioni a ripetere che contraddistinguono il loro pensiero e il loro comportamento. E' un modo per cercare di tenere sotto controllo una realtà emotiva che spaventa quando ci si accorge che bene e male, giusto e sbagliato, non possono essere tenuti fra loro separati poiché le cose sono più complesse di quanto l'ossessivo vorrebbe.

Proprio in merito alle difese basate sulla costruzione di una lettura scissa della realtà, con i buoni e i cattivi ben separati e riconoscibili, vorrei ricordare Winnicott, il quale ha avuto il coraggio di dichiarare che una relazione improntata esclusivamente all'amore, è potenzialmente confusiva e soffocante. Infatti, rimanda alla fantasia onnipotente che il terapeuta possa incarnare la madre totalmente buona, onnipotente e simbiotica, che, illusoriamente, dà amore infinito.

Al contrario, questo tipo di madre circostrive la relazione in uno spazio angusto senza possibilità di evoluzione, dove la presunta infinita bontà è al servizio del dispotico potere materno.

Il riconoscimento dei propri sentimenti aggressivi, ostili, addirittura di odio, è un passaggio molto faticoso ma necessario per arrivare a una relazione davvero terapeutica e sana.

Non a caso nel percorso di preparazione del futuro psicoterapeuta l'analisi della sua struttura psichica, emotiva e di pensiero, è un passaggio fondamentale. Non è facile, infatti, rinunciare alla fantasia onnipotente e riparativa di poter salvare qualcuno, facendo appello al personale narcisismo che, impegnato in questa missione salvifica, ne esce rinforzato in maniera collusiva.

E' un'immagine pericolosa quella del curante come genitore totalmente buono, anche perché gli fa da contraltare l'immagine opposta, quella del terapeuta totalmente cattivo, persecutorio, sadico, oppure impotente e deprivante.

La realtà è che il terapeuta, non importa se di ambito psicoterapeutico o di ambito più medico in senso stretto, è una persona come tutte, con i suoi sentimenti, la sua storia, le sue parti critiche. Saper riconoscere questa "umanità" del terapeuta, permette di collocare anche il suo sapere in uno spazio di autentica relazione, dove davvero ci si interroga sui reali bisogni, sulla reale richiesta, sulle reali possibilità di intervento. Anche sui significati simbolici che ogni patologia porta con sé e che, inevitabilmente, fanno risuonare parti sensibili del singolo curante e dell'istituzione nel suo insieme.

Ne deriverebbe un clima certamente migliore per chi lavora nell'istituzione, una qualità del servizio più attenta ai bisogni dell'utenza e, probabilmente, anche le risorse economiche sarebbero meglio utilizzate. D'altra parte lo si vede anche nelle analisi individuali: alla fine di un percorso analitico la persona non solo sta meglio con se stessa, ma è più capace di buone relazioni e trova dentro di sé anche una maggiore creatività da spendere nella vita, compresa quella lavorativa.

L'analisi delle difese istituzionali, allora, non è uno strumento persecutorio per valutare l'eventuale inadeguatezza di singoli operatori, ma diventa uno strumento, al servizio degli stessi operatori, per capire quali angosce si agitano sulla scena istituzionale; se vengono affrontate con modalità mature ed evolutive o, al contrario, con modalità regressive; se le difese sono funzionali alla realizzazione del compito o no; se la cultura del gruppo istituzionale è orientata alla evoluzione critica delle proprie competenze o, al contrario, narcisisticamente ripiegata sull'evitamento della frustrazione.

La cultura analitica è una cultura della complessità: così anche l'analisi istituzionale è analisi della complessità, nella consapevolezza che la realtà è dinamica, nulla resta uguale a se stesso e noi possiamo soltanto attivare la consapevolezza di quanto accade, per trovare il miglior adattamento possibile, per trovare le risposte che in quel momento si possono trovare.

Ecco perché ho iniziato precisando che non avrei considerato collusione, seduzione ed esercizio del potere dal punto di vista della colpa, ma come indicatori di processo sul quale deve esserci sempre grande attenzione.