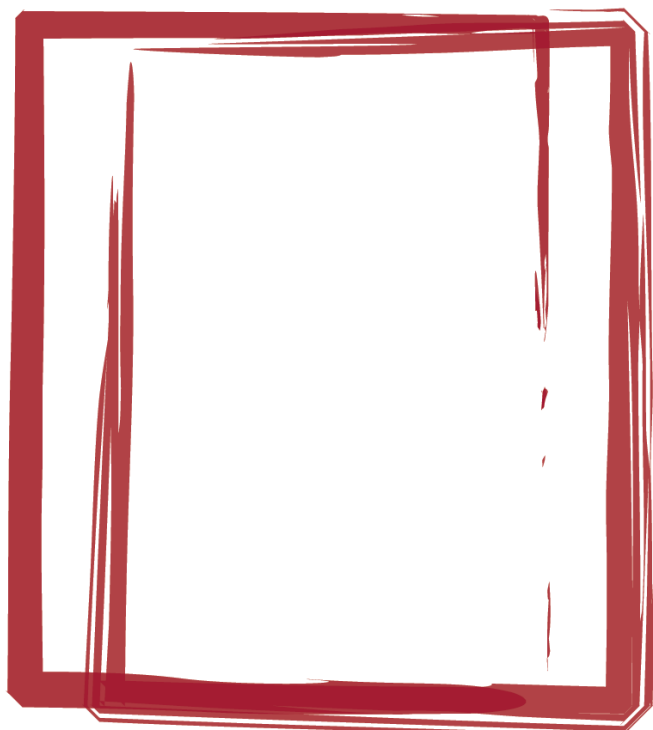


JOSÉ BLEGER

PSICOIGIENE E PSICOLOGIA ISTITUZIONALE

*Psicoanalisi applicata agli individui,
ai gruppi e alle istituzioni*



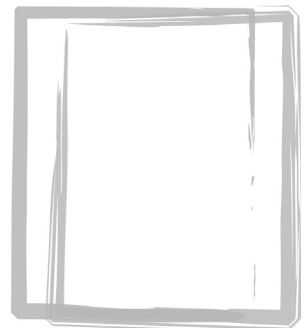
edizioni la meridiana

*p r e m e s s e . . .
per il cambiamento sociale*

José Bleger

PSICOIGIENE E PSICOLOGIA ISTITUZIONALE

**Psicoanalisi applicata agli individui,
ai gruppi e alle istituzioni**



Indice

Presentazione di Aurelia Galletti	7
Introduzione alla seconda edizione italiana	15
<i>di Paola Scalari</i>	
PARTE I – Gruppi operativi	
Introduzione alla prima edizione italiana (1989)	30
<i>di Maria Elena Petrilli</i>	
1. Psicoigiene e psicologia istituzionale	45
2. Gruppi e istituzioni	157
PARTE II – La relazione clinica	
Introduzione alla prima edizione italiana (1989)	211
<i>di Mauro Rossetti</i>	
3. Il colloquio psicologico	219
4. Criteri di diagnosi	249
5. Schizofrenia, autismo e simbiosi. Impostazione psicoanalitica..	261
6. Conversione isterica e ipocondria	269
7. Perversioni <i>di José Bleger, Natalio Cvik, Beatriz Grunfeld</i>	283
8. Criteri di cura e obiettivi della psicoanalisi	297
APPENDICE	
Biografia di José Bleger <i>di Leopoldo Bleger</i>	321
Elenco cronologico delle opere pubblicate in questa raccolta	329
Bibliografia	331

Presentazione

L'INCONTRO TRA LA PSICOSOCIOANALISI ITALIANA E IL PENSIERO E L'OPERA DI JOSÉ BLEGER

È con grande orgoglio che l'Associazione Ariele Psicoterapia (Associazione Italiana di Psicoterapia Psicosocioanalitica), su proposta della dott.ssa Maria Elena Petrilli e col consenso del dott. Leopoldo Bleger, si è assunta il compito di promuovere la riedizione del testo di José Bleger *Psicoigiene e Psicologia istituzionale*, già pubblicato in Italia nel 1989 dalla Libreria Editrice Lauretana.

L'opera di Bleger ha accompagnato la formazione dei nostri soci da quando, nel 1983¹, Luigi Pagliarani "ha scoperto" l'importanza del lavoro teorico e clinico di Bleger, leggendo in francese *Simbiosi e ambiguità*, riedito ora in italiano da Armando, e "Psicoanalisi dell'inquadramento psicoanalitico" apparso allora sull'International Journal e che ora è contenuto sia in *Simbiosi e ambiguità* sia nel testo di Genovese *Setting* di Cortina.

In quegli anni Pagliarani – che ha lavorato con Fornari alla fondazione del Gruppo Anti-H e dell'Istituto di Polemologia – ha introdotto in Italia e tradotto *Lavoro, creatività e giustizia sociale* di Elliot Jaques ed è fortemente interessato alla ricerca di Bion sui gruppi e sul trattamento delle psicosi. La socioanalisi inglese che gli consente di coniugare le due grandi passioni della sua vita, la psicoanalisi e l'interesse per la *polis*, lo conduce all'elaborazione di una mappa applicativa di quella che successivamente, e grazie anche all'apporto teorico di Bleger, verrà definita psicosocio-analisi. Questa mappa schematizzata nella cosiddetta "Finestra psicosocioanalitica" definisce quattro aree d'intervento dello psicosocioanalista, quella della terapia individuale, della terapia di gruppo, della consulenza al ruolo e dell'intervento nelle istituzioni e nella *polis*: le prime due aree come dominio principale della psicoanalisi e le ultime due della socioanalisi.

A questo punto Pagliarani legge Bleger, felice, come sempre gli



accadeva in questi incontri, di scoprire in lui un'assoluta coincidenza d'interessi professionali, teorici e politici e, per suo tramite, il pensiero di Bleger si integra in modo assolutamente determinante nella psicosocioanalisi italiana promuovendo, nella nostra Associazione, il desiderio di studiare Bleger e gli autori argentini. In seguito a questi studi scompare dentro Ariele la divisione tra psicoanalisi e socioanalisi e viene adottato il termine unificante di psicosocioanalisi come l'insieme delle diverse ottiche che formano un unico cannocchiale col quale guardare al campo più esteso dell'intervento clinico. È così che il pensiero di Bleger ha "ibridato" (termine caro a Pagliarani) lo sviluppo del pensiero e della ricerca nella nostra Associazione attraverso l'integrazione e la ricontestualizzazione di tante idee.

Abbiamo fatto nostri numerosi concetti che in questo libro sono affrontati da Bleger con tanta acutezza e chiarezza, ma qui evidenzierò solo quelli che, dal mio punto di vista, maggiormente hanno inciso sul nostro modo di lavorare e d'intendere la professione dello psicologo clinico (un'esegesi più puntuale e completa della prima parte di questo testo che affronta queste tematiche, è quella fatta dalla dott.ssa Petrilli).

Il primo riguarda l'estensione degli ambiti d'interesse della psicologia, dallo "studio di parti astratte e considerate separatamente dell'essere umano (attenzione, memoria, discernimento, ecc.)", fino al campo istituzionale e comunitario.

Dice infatti Bleger che, nella storia della psicologia, l'allargamento degli ambiti d'interesse del lavoro clinico, dalla psicologia individuale a quella di comunità, ha comportato "un'estensione dei modelli della psicologia individuale a tutti gli altri ambiti". Ma, osserva l'autore, gli ambiti diversi non sono isomorfi e nella pratica poi è necessario adattare i modelli e integrarli con le teorie e le discipline proprie dello studio di quell'ambito e con gli strumenti d'intervento a esso più adeguati. Questo processo costringe a una revisione continua dei modelli teorici di riferimento sia in avanti (estensione dei modelli riferiti a ambiti più ristretti verso quelli più ampi), sia all'indietro perché ad ogni ampliamento di contesto siamo costretti a rivedere le teorie di riferimento del contesto più ristretto, quelle da cui eravamo partiti, e quindi a rivedere lo studio degli individui alla luce delle teorie di gruppo, quelle dei gruppi alla luce della psicologia istituzionale e le istituzioni alla luce della psicologia di comunità.



In questo senso, dice Bleger, “è possibile studiare la psicologia del gruppo (ambito sociodinamico) secondo un modello della psicologia individuale, allo stesso modo in cui si può studiare l’individuo (ambito psicosociale) in base a un modello della psicologia sociale”.

Ambiti d’intervento e modelli utilizzati per affrontarli non coincidono ed è nostro compito, quando intendiamo affrontare un caso, qualunque esso sia (individuale, di gruppo o istituzionale), capire bene qual è il punto di vista da cui intendiamo guardarlo, in quali contesti s’inserisce, quali sono i modelli più adeguati per il compito che ci siamo prefissati e come ci collochiamo noi psicologi clinici rispetto all’uno e rispetto agli altri. Questa per noi è la caratteristica fondamentale di un intervento psicosocioanalitico profondamente ispirato alla psicoanalisi operativa. Questo è l’esito e il punto di partenza di una ricerca continua che è necessario portare avanti ora più che mai, date le prospettive della nostra professione e le esigenze della società in cui viviamo, e questo ci dice quanto sia ancora attuale il pensiero di Bleger. Una volta adottata questa lente, o meglio questo cannocchiale, non possiamo non vedere quello che esso ci presenta.

La dialettica tra teoria e prassi, che abbiamo visto esemplificata in modo così importante nel rapporto tra campi d’intervento e modelli teorici, è l’altro grande fondamento blegeriano che ci obbliga a mettere sempre alla prova la teoria nella prassi che a sua volta corregge la teoria, pena la perdita (e questo può avvenire anche a carico di un’istituzione come quella psicoanalitica) di quel “senso di realtà” su cui basiamo le nostre diagnosi di salute e di malattia.

Da quanto detto risulta chiaro come, per Bleger, il nostro sia essenzialmente un lavoro di ricerca non solo nell’ambito della terapia con i pazienti, siano essi individui, gruppi, istituzioni o comunità, ma anche nella direzione della teoria stessa che in questa ricerca, di volta in volta, utilizziamo.

Se seguiamo questo percorso esso ci porta inevitabilmente verso un tipo di conoscenza all’interno della quale “l’etica coincide con la tecnica” nel senso che “l’etica fa parte dell’inquadramento del compito” e le scelte relative al lavoro dello psicologo clinico non possono non fare i conti con l’interesse della *polis*.

È un percorso a tappe che parte dalla cura della sofferenza mentale, passa per la riabilitazione, per la prevenzione, e approda alla



promozione della salute. Quest'ultima ha come sua base d'azione la qualità della vita di una comunità e implica perciò una scelta che è politica nel senso più alto del termine.

Nella difficoltà di tracciare una netta linea divisoria tra salute e malattia mentale e nella difficoltà da parte delle istituzioni a svolgere un compito di prevenzione di cui è sempre più chiara la necessità ma per cui spesso mancano gli strumenti per tradurla in azioni efficaci, lo psicologo clinico, attento ai processi istituzionali e in grado di leggere le dinamiche dell'istituzione, può diventare il promotore e il responsabile di progetti di prevenzione, attraverso una valutazione degli snodi istituzionali nei quali spesso, soprattutto i giovani colleghi, si trovano a dover operare. Non è un compito facile.

La psicoanalisi operativa che si applica al lavoro psicoanalitico con le istituzioni spesso viene vista dagli psicologi clinici come un lavoro meno qualificato e qualificante, dove la "vera clinica" (quella della psicoterapia individuale o, al massimo di gruppo) a volte non può essere utilizzata con gli assetti e con le modalità tecniche per cui il professionista si è formato.

In realtà l'applicazione e la modulazione degli strumenti psicoanalitici nei diversi assetti istituzionali, in contrasto con quel che spesso si sente affermare, richiede un bagaglio di competenze di gran lunga superiore a quello di chi lavora solo nella stanza d'analisi, senza porsi problemi di psicoigiene; necessita di un'ottica complessa capace di coniugare le conoscenze psicoanalitiche, quelle della psicologia sociale e della sociologia in generale, della ricerca e della ricerca-azione, con la conoscenza del territorio e delle politiche della salute. Il programma del Corso di Igiene Mentale, contenuto in questo libro, che Bleger redasse nel 1965 in qualità di docente ordinario per il corso di laurea in Psicologia (orientamento clinico) dell'Università di Buenos Aires, rappresenta il complesso quadro scientifico, tecnico ed epistemologico entro cui si deve muovere lo psicologo clinico delle istituzioni. Il lavoro con le istituzioni comporta la possibilità di considerarle come organismi individuali che richiedono strumenti e ottiche più complessi per approcciarsi a essi. Il rischio, in questo lavoro, è quello di essere attratti nel campo delle diverse discipline che utilizziamo, perdendo di vista il compito e venendo meno alla funzione analitica, tanto da non distinguere più il nostro intervento da quello di qualunque altro professionista che solo a



quelle discipline fa riferimento. L'ottica psicoanalitica applicata all'istituzione considerata come un organismo complesso, implica la conoscenza degli strumenti psicoanalitici e la conoscenza del funzionamento delle istituzioni dal punto di vista della loro organizzazione intesa qui non nel senso della struttura organizzativa, ma nel senso che il termine "organizzazione" ha assunto all'interno della teoria della complessità e cioè quel sistema di relazioni e funzioni che costituiscono l'identità del sistema. È all'interno dell'organizzazione che si annida la sofferenza dell'istituzione che spesso riproduce nel suo organigramma i sintomi che intende combattere e a essa si può accedere con gli strumenti psicoanalitici in grado di cogliere "l'inconscio organizzativo" e di compiere l'"analisi del *controtransfert* istituzionale"².

Se nelle istituzioni è depositata la parte psicotica degli individui che la abitano, tanto che, dice Bleger, "ogni istituzione è una parte della personalità dell'individuo e una parte tanto importante che l'identità è sempre – parzialmente o totalmente – un'identità di gruppo o istituzionale"³ questo significa che l'appartenenza alle istituzioni diviene determinante per la formazione dell'identità, che "le strutture individuali create dalle istituzioni aiutano a conservarle" e che le istituzioni "oltre ad interagire con gli individui [...] funzionano sempre (a livelli diversi) come i limiti dello schema corporeo e il nucleo fondamentale dell'identità"⁴.

In questo campo tanto complesso e affascinante, su cui – a partire da Bleger – stiamo ancora ricercando, non ci sono modelli teorici ben definiti con tecniche d'intervento codificate. Il lavoro con le istituzioni è un mestiere che, ancor più della psicoterapia individuale o di gruppo, s'impara a bottega, facendo e ricercando mentre lo si fa, meglio se non da soli ma in un ambito di confronto con altri che portano avanti lo stesso discorso.

Per questo è assolutamente imprescindibile, per chi oggi si occupa di organizzazioni, istituzioni e comunità, questo testo di Bleger che oltre a offrire una quantità incredibile, sia di chiarimenti teorici che di indicazioni relative alla tecnica dell'intervento istituzionale, offre la possibilità di orientarsi in un ambito così complesso e impervio.

Questo è un compito sul quale si devono comunque cimentare oggi i giovani psicoterapeuti e qualsiasi scuola di formazione alla



psicoterapia psicoanalitica, in particolare se si occupa di gruppi e di istituzioni come la Scuola COIRAG (Confederazione delle Organizzazioni Italiane per la Ricerca Analitica di Gruppo), dovrebbe avere questo tra i testi fondamentali su cui formare i giovani allievi. Senza questo tipo di formazione è in gioco il futuro stesso della professione psicoterapeutica, soprattutto quella di tipo psicoanalitico, dal momento che gli sviluppi della società attuale stanno creando uno iato sempre più ampio tra un malessere psichico molto diffuso in tutti gli strati della società e la possibilità di accedere a forme di terapia la cui capacità d'incidenza rischia di diventare sempre più limitata, sia per la durata e il tempo che richiedono, che per il costo e il numero di persone su cui, anche per i motivi precedenti, possono esercitare la loro influenza.

La seconda parte del testo, alla luce anche di tutti gli ampliamenti teorici della prima, obbliga a un approfondimento e a un "reinquadramento" del lavoro clinico nei diversi momenti che lo caratterizzano. Bleger analizza alcuni aspetti fondamentali del colloquio psicologico, dalla definizione dei suoi obiettivi all'analisi di tutte le componenti in gioco evidenziandone l'interdipendenza all'interno di un quadro complesso di cui l'autore sottolinea il carattere di "campo". La necessità di "inquadrare" sempre l'azione psicoterapeutica e l'interrogarsi sugli obiettivi di tale azione aiuta a darsi dei confini entro cui muoversi e degli strumenti utili per i fini che ci si prefigge.

Nei "criteri di diagnosi" l'autore pone una serie d'interrogativi (perché si fa una diagnosi, per quale tipo di terapia, con quali obiettivi) che aiutano a definire il compito della diagnosi stessa; mette in guardia sia contro il pericolo di "considerare la malattia come una cosa e descriverla come se avesse delle proprietà", sia contro chi afferma che la diagnosi non è necessaria. Egli ritiene infatti necessario elaborare "diagnosi funzionali impostate in termini di parametri ed indicatori" in grado di fornire quadri articolati di quanto emerso dal colloquio, alla cui analisi e studio Bleger dice può essere necessario dedicare molto tempo.

Nei capitoli successivi in cui entra nel merito di alcune patologie come la schizofrenia, l'autismo e la simbiosi, la conversione isterica, l'ipocondria e le perversioni, Bleger esplicita – attraverso l'esame e il confronto con altri autori sulle problematiche trat-



tate – il suo riferimento di fondo sullo sviluppo psichico.

Egli infatti, ritiene che l'individuo venga alla luce in una situazione d'indifferenziazione tra sè e il resto del mondo, tra interno ed esterno e il suo sviluppo altro non è che una progressiva differenziazione, mai interamente raggiunta, nella quale si passa da una posizione glischrocarica (del nucleo agglutinato), alla posizione schizoparanoide a quella depressiva. Perché ci sia lo sviluppo è necessario che una parte del nucleo agglutinato venga immobilizzata e clivata (cioè ben separata) e andrà a costituire la parte psicotica della personalità (PPP) che in diversa misura è presente in tutti, pertanto anche nelle persone sane. Questa immobilizzazione e clivaggio consentiranno lo sviluppo della parte nevrotica della personalità (PNP) e la formazione dell'identità dell'individuo. Dal tipo d'immobilizzazione e di clivaggio della PPP dipenderanno le diverse vicende del nucleo agglutinato, la sua necessità o meno di un deposito simbiotico e le vicissitudini conseguenti alla perdita del depositario o alla paura di tale perdita che stanno alla base di tutte le patologie precedentemente elencate. L'introduzione di concetti nuovi e la nuova terminologia per indicarli creano ulteriori difficoltà rispetto al fatto di applicare la psicoanalisi al trattamento delle psicosi.

L'introduzione alla seconda parte del dott. Rossetti viene in aiuto al lettore e lo guida alla comprensione del quadro teorico di riferimento dell'autore di cui colpisce il rigore nel cercare di collegare teoria e prassi e soprattutto nella ricerca di una chiarezza linguistica che è sempre il risultato di un grande lavoro della mente volto a distinguere e a differenziare per rendere quanto più chiaro possibile il suo pensiero.

Nell'ultimo capitolo "Criteri di cura e obiettivi della psicoanalisi", ancora una volta, Bleger opera una chiarificazione sull'uso del linguaggio per definire, distinguendo, cosa intende per "cura", per "guarigione", per risultati terapeutici e risultati analitici, con riferimento alla distinzione di Jones, per arrivare di nuovo a ribadire l'importanza del contesto e la particolarità di ogni intervento psicoterapeutico tanto da dire che quello che per qualcuno è il punto di partenza, può essere il punto di arrivo per un altro e soprattutto sottolineando come il percorso terapeutico sia un percorso di apprendimento dall'esperienza e cioè di cambiamento.

A differenza di altri, infatti Bleger è contrario a considerare la



psicoterapia come un'arte, ma la considera piuttosto un lavoro rigoroso di tipo scientifico, continuamente soggetto a verifica e come tale controllabile e soprattutto trasmissibile.

A questi principi si è ispirata l'associazione Ariele Psicoterapia cercando di applicare il pensiero di Bleger nel proprio training all'interno della scuola di psicoterapia della COIRAG (Confederazione delle Organizzazioni Italiane per la Ricerca Analitica sui Gruppi). Il gruppo operativo nella scuola, con gli specializzandi, è stato lo strumento fondamentale per la rielaborazione della parte emotiva che ogni informazione suscita. Questa continua a essere la lente con cui guardiamo e analizziamo i casi che gli allievi portano in supervisione perché riteniamo con Bleger che la conoscenza del campo in cui ci muoviamo, le domande circa gli obiettivi e il compito che, col nostro intervento ci proponiamo, le calibrazioni dei mezzi e degli strumenti ai bisogni dei pazienti individuali, gruppali e istituzionali, e agli obiettivi che insieme a loro si perseguono, insieme alla manutenzione delle teorie e delle tecniche cui facciamo riferimento, siano il compito imprescindibile per ogni psicoanalista che operi nei campi della psicoanalisi operativa o, come diciamo noi, per ogni psicosocioanalista.

*aprile 2011
Aurelia Galletti,
presidente dell'Associazione Ariele Psicoterapia Brescia*

NOTE

1. Pagliarani parla di questo incontro con Bleger in una nota del saggio "Metempsicotico il gruppo?", 1983.
2. Bortoloso, 1993.
3. Bleger, 2010.
4. *Ibidem*.



1.1

LO PSICOLOGO CLINICO E L'IGIENE MENTALE

La creazione della Facoltà di Psicologia in diverse università del Paese e il fatto di contare già su un certo numero di laureati, numero che andrà progressivamente aumentando, pongono problemi di varia natura. Uno di questi riguarda il ruolo dello psicologo nel campo della salute pubblica e, più particolarmente, dell'igiene mentale.

A una corretta collocazione – operata fin dall'inizio – degli psicologi clinici come professionisti nella società e nel contesto attuale, è subordinata in gran parte la possibilità di evitare in seguito problemi molto gravi. Per chiarire meglio quello che voglio dire, citerò sommariamente come esempio ciò che avviene oggi nel campo della medicina.

Sappiamo che la medicina ideale sarebbe quella i cui professionisti dedicassero i loro sforzi alla salute pubblica, cioè agissero nell'ambito di un'organizzazione che incanalasse e dirigesse gli sforzi collettivi verso la tutela, la promozione e il recupero della salute. Tuttavia, il medico professionista, è preparato a esercitare e di fatto esercita in forma individuale una medicina fondamentalmente assistenziale. Così, in pratica, fra gli altri mali del sistema vi è anche questo: noi speriamo che la gente si ammali per curarla, anziché evitare la malattia e promuovere un livello migliore di salute. Modificare tale stato di cose è diventato, ora come ora, estremamente difficile, come sempre avviene quando si devono introdurre cambiamenti radicali; a questo si aggiunge il fatto che nel medico stesso permane, tuttora in misura accentuata, una dicotomia o dissociazione fra salute pubblica e medicina assistenziale, e che proprio i medici mostrano una notevole resistenza al cambiamento e a un'organizzazione più razionale della medicina. È anche vero che questo cambiamento non dipende unicamente dalla volontà dei medici, ma per raggiungere tale fine non possiamo nemmeno fare affidamento su di essi, né sulla piena coscienza del problema e delle sue soluzioni. Bisogna tenere conto che attualmente sono le condizioni sociali ed economiche a rendere più agevole – per il professionista – la pratica della medicina privata, assistenziale e individualistica. È assai probabile, tuttavia, che questo stato di cose cambi molto rapida-



mente nel nostro Paese, o che tale mutamento sia forse già in atto.

I campi d'intervento dello psicologo clinico sono vari, ma se questi è interessato per lo più ai problemi psicologici della salute, deve cercare la sua corretta collocazione nel campo finora mal definito dell'igiene mentale, e nella misura in cui lo farà tale campo si andrà delineando in modo più netto. Voglio chiarire e sottolineare che, a mio giudizio, *lo psicologo clinico, che abbia una preparazione sufficiente in tal senso, deve essere pienamente abilitato a svolgere un'attività psicoterapeutica, perché – fra le altre ragioni – è attualmente il professionista meglio preparato, sotto l'aspetto tecnico e scientifico, per assolvere questo compito.*

Ma al tempo stesso credo che si dovrà considerare la Facoltà di Psicologia un fallimento dal punto di vista sociale se gli psicologi si limiteranno, nella maggior parte dei casi, alla psicoterapia individuale. La funzione sociale dello psicologo non deve essere essenzialmente quella di praticare la terapia, bensì di occuparsi della salute pubblica e, nell'ambito di questa, dell'igiene mentale. Lo psicologo deve intervenire attivamente in tutti gli aspetti e le questioni riguardanti la psicoigiene e non aspettare che la gente si ammali per poter intervenire.

È questo il problema a cui ho fatto cenno all'inizio, e la sua corretta impostazione deve essere affrontata tempestivamente. Queste sono verità che teoricamente non vengono poste in dubbio, ma che ancora non trovano un'applicazione pratica nella misura necessaria.

1.1.1 Igiene mentale e psicoigiene

Una volta accettata la premessa che ho posto precedentemente restano numerosi problemi di fondo da impostare e risolvere.

Quando si vuole insegnare igiene mentale, quello che si fa di solito è, semplicemente, insegnare psicologia e psicopatologia; ne sono prova i testi più correnti d'igiene mentale che, in sintesi, non sono altro che trattati abbreviati di psicologia dell'età evolutiva, psicopatologia e psichiatria. Il primo problema che ci poniamo è, dunque, quello del contenuto della materia che dobbiamo trattare in questo seminario. Se ci atteniamo alle indicazioni fornite dalle pubblicazioni di uso corrente sulla materia, ci



troviamo a dover ripetere nozioni che lo psicologo ha già acquisito durante il corso, cosa che ci lascia ovviamente molto insoddisfatti, benché non consideriamo mai la ripetizione veramente tale, ma piuttosto come un'applicazione e un approfondimento. Tuttavia conoscere la psicologia e la psicopatologia non equivale ancora a conoscere l'igiene mentale, anche se quest'ultima presuppone la conoscenza delle prime due.

In tal senso, ritengo che ciò che realmente si deve fare in un seminario d'igiene mentale sia studiare la *gestione* delle conoscenze, delle attività, delle tecniche e delle risorse psicologiche che già sono state acquisite, per affrontare gli aspetti psicologici della salute e della malattia come fenomeni sociali collettivi. Dobbiamo considerare la funzione sociale della professione dello psicologo e prendere coscienza, in questo modo, del posto che essa occupa nell'ambito della salute pubblica e della società. Desidero provocare un cambiamento nell'attuale atteggiamento dello studente, così come in quello dello psicologo professionista, spostando il loro interesse fondamentale dal campo della malattia e della terapia a quello della salute della comunità. Desidero evitare che gli psicologi prendano come modello per l'esercizio della loro professione l'attuale organizzazione della medicina, nell'errata convinzione che questa possa essere l'organizzazione ideale o necessaria.

L'estesa bibliografia che esiste sull'argomento non chiarisce sufficientemente tale prospettiva, che riteniamo l'unica corretta. Condividiamo in pieno l'opinione di Silvadon e Duchene, per i quali la maggior parte delle pubblicazioni sull'igiene mentale è irritante e deludente.

1.1.2 Obiettivi dell'igiene mentale

Uno dei primi obiettivi che l'igiene mentale, storicamente, si è posta figura fra i propositi del movimento che promosse il libro di C.W. Beers, pubblicato nel 1908: *fare qualcosa per il malato mentale*, nel senso di modificare l'assistenza psichiatrica, facendo in modo che sia praticata in condizioni più umane (migliori ospedali e miglior trattamento) e rendendo possibile pertanto un maggior numero di guarigioni.

Una seconda tappa storica di capitale importanza è quella in cui



ci si pone essenzialmente come obiettivo, oltre al proposito precedente, *la diagnosi precoce* delle malattie mentali, che rende possibile non soltanto una percentuale più elevata di guarigioni, ma anche una diminuzione delle sofferenze e una riduzione del tempo di ricovero necessario, al punto che questo diventi, in taluni casi, superfluo. Ciò implica che, una volta soddisfatte le minime necessità fondamentali di posti letto, si tenda a una migliore utilizzazione di questi ultimi in base a un criterio funzionale e dinamico del ricovero, mediante la diagnosi precoce, fase in cui il ricovero può essere evitato o ridotto nella durata. Questo rimane tuttora per noi un obiettivo di primaria importanza tenuto conto del livello in cui viene praticata l'assistenza psichiatrica nel nostro Paese. In generale, infatti, la diagnosi viene fatta ancora molto in ritardo e la malattia mentale è diagnosticata in una fase corrispondente a quella di cachessia e di metastasi nel caso di una diagnosi di cancro. Nell'evitare questo atteggiamento lo psicologo clinico può collaborare in maniera determinante, ma la responsabilità del problema ricade prevalentemente sullo psichiatra.

Un terzo obiettivo, che si è andato delineando in modo sempre più chiaro e netto, non riguarda più unicamente la possibilità di una diagnosi precoce, ma essenzialmente *la profilassi* o prevenzione delle malattie mentali, mediante un'azione esercitata prima della loro comparsa e che consenta, quindi, di evitarle.

Una volta raggiunti, in una certa misura, gli obiettivi precedenti, appare indispensabile nell'igiene mentale prendere in considerazione *la riabilitazione*, sia del paziente guarito che deve reinserirsi nella vita attiva, sia del paziente curato nel quale tuttavia permangono carenze o strascichi, che di quello, infine, per cui la medicina curativa non ha potuto far nulla.

L'obiettivo dell'igiene mentale – storicamente più recente – non concerne più soltanto la malattia e la sua profilassi, ma anche *la promozione di un maggior equilibrio*, di un migliore livello di salute nella popolazione. Quel che conta dunque non è solamente l'assenza di malattie, ma lo sviluppo pieno degli individui e dell'intera comunità.

Igiene mentale concentra così la sua attenzione *non più sulla malattia, ma sulla salute* e, in tal modo, *sulla vita quotidiana* degli esseri umani.

E questo è per noi di importanza e d'interesse capitali.



Questi cinque obiettivi dell'igiene mentale non si succedono cronologicamente e in maniera rigorosa per quanto riguarda la loro applicazione, né si escludono, e i limiti fra l'uno e l'altro non sono ben definiti. La terapia, ad esempio, apporta benefici diretti alla profilassi, dato che curare un soggetto può significare che egli non peserà, patologicamente, sui suoi figli e, d'altra parte, un'azione di profilassi comporta necessariamente un miglioramento del livello di salute nella comunità. Inoltre, è altrettanto vero che le conoscenze necessarie per esercitare un'azione di profilassi, di riabilitazione e di promozione della salute provengono, per buona parte, dal campo della patologia e della psicoterapia. La profilassi, come possibilità concreta, approda molto tardi al campo della psichiatria in quanto, per praticarla è indispensabile conoscere la causa di una malattia, il che, sotto un profilo scientifico rigoroso, appare tuttora come una prospettiva del futuro. In tal modo, la profilassi specifica – che consiste nel combattere la causa di una data malattia per evitare che insorga – appare possibile, oggi come oggi, soltanto in rarissimi casi (di paralisi generale progressiva, ad esempio). La nostra arma preventiva più potente per ora non ha, quindi, un carattere specifico. Essa infatti riguarda la tutela della salute e perciò la promozione di migliori condizioni di vita.

Nemmeno la scelta dell'obiettivo da raggiungere in un determinato momento può essere un fatto meccanico perché, se è vero che dobbiamo tendere all'ultimo dei fini elencati – la promozione della salute – è altrettanto vero che in diverse comunità i problemi, con la loro specifica urgenza, possono richiedere di dare attenzione, in uno specifico momento, all'aspetto assistenziale o a quello preventivo. Dobbiamo stabilire, se non proprio una scala, almeno dei criteri di priorità per decidere riguardo all'urgenza dei problemi e alle possibilità d'intervenire su di essi e sulle loro diverse implicazioni. E questa decisione è un problema non soltanto teorico, ma eminentemente pratico, benché sorretto dalla teoria utilizzata in maniera flessibile e duttile, così come deve essere utilizzata ogni teoria.

Lo psicologo clinico deve essere inserito in ogni équipe che si occupi della salute pubblica, in ogni programma d'igiene mentale, nei quali ha delle funzioni specifiche da svolgere, quelle relative alla psicoigiene.



1.2.2 Obiettivi dell'istituzione e obiettivi dello psicologo

Ogni istituzione ha i suoi obiettivi specifici e la sua propria organizzazione, mediante la quale tende a soddisfare tali obiettivi. Lo psicologo o gli psicologi devono avere una perfetta conoscenza sia degli uni (fini e mezzi), che dell'altra come punto di partenza per decidere il proprio inserimento in qualità di professionisti nell'istituzione.

Ogni istituzione ha i suoi obiettivi espliciti e impliciti, cioè, in altre parole, dei contenuti manifesti e dei contenuti latenti. Questi devono essere valutati indipendentemente dagli effetti collaterali che possono prodursi in un'istituzione. La creazione di un'industria, ad esempio, ha come scopo manifesto la produzione di una determinata merce o materia prima, ma il suo contenuto latente può essere il proposito di popolare una regione per ragioni politiche o militari; diverso è il caso in cui la creazione di tale industria abbia come effetto collaterale l'insediamento stabile e l'aumento della popolazione nelle zone vicine. Anche se è vero che l'effetto collaterale può trasformarsi in seguito in contenuto latente, fintanto che ciò non avviene la sua portata è del tutto diversa. Può capitare che coesistono contenuti latenti e contenuti manifesti che si controbilancino e arrivino addirittura a entrare in antitesi; come può succedere che il contenuto latente abbia maggior forza di quello esplicito. Così, per fare un esempio molto semplice, nel reparto di un ospedale il motivo della consultazione, che era in quel caso la disorganizzazione cronica e l'omissione di assistenza ai malati, celava in realtà una situazione conflittuale di questo tipo. Il problema consisteva in parte nel fatto che l'équipe di specialisti, interamente composta da persone molto giovani, aveva innanzitutto obiettivi o propositi di apprendimento, che erano stati totalmente frustrati. Lo psicologo deve sapere che il motivo di una consultazione non è mai il vero problema, ma un sintomo di esso.

Se è vero che è di grande utilità per lo psicologo conoscere gli obiettivi espliciti e impliciti di un'istituzione per definire e portare a termine il suo compito professionale, è altrettanto vero che gli obiettivi latenti o impliciti a volte appaiono unicamente come conseguenza dello studio diagnostico compiuto dallo psicologo stesso.

Oltre a esaminare questi obiettivi, la loro dinamica e le loro con-



sequenze, si devono valutare anche le finalità che l'istituzione persegue quando richiede la collaborazione professionale di uno psicologo, e a questo proposito sono rilevanti tanto gli obiettivi apertamente espressi quanto quelli che rimangono latenti nelle fantasie dell'istituzione, che possono essere d'altronde del tutto inconsci. Un servizio ospedaliero richiede l'assistenza di uno psicologo, ma la sua attività s'inceppa completamente e in modo permanente; l'esame della situazione rivela che ciò che principalmente interessa all'istituzione è ostentare un'organizzazione progressista e scientifica di fronte ai servizi ospedalieri rivali, ma l'attività dello psicologo è in realtà temuta.

Questi fatti non invalidano né ostacolano la funzione dello psicologo, ma è proprio in circostanze del genere che è necessario intervenire. Lo psicologo deve sapere che la sua presenza all'interno di un'istituzione provoca ansie di diverso tipo e grado, e che il controllo delle resistenze, delle contraddizioni e delle ambiguità *fa parte necessariamente del suo compito*. Deve tenere presente, inoltre, che incontrerà simili resistenze anche in quella parte o in quel settore dell'istituzione che promuove o incoraggia la sua assunzione o il suo inserimento. Quando lo psicologo si trova di fronte a gruppi opposti, uno che lo accetta e un altro che lo respinge, deve sapere che fanno parte entrambi di una visione schizoide e non deve parteggiare per nessuno dei due.

Un gruppo di psicologi venne assunto da un club, che offrì loro ogni possibilità di lavoro, e organizzò una cena in loro onore nella sede sociale. Gli psicologi furono licenziati "casualmente" in seguito alle elezioni per il rinnovo della commissione direttiva: il ricevimento augurale aveva fatto inconsciamente parte di una strategia elettorale⁷.

Perché un'istituzione richieda e accetti la consulenza di uno psicologo istituzionale, deve aver raggiunto un certo grado di maturità e di *insight* riguardo ai suoi problemi o alla sua situazione conflittuale, ma la funzione dello psicologo è anche quella di farle acquisire maggiore consapevolezza delle sue necessità.

Gli obiettivi dell'istituzione che abbiamo considerato presentano, dunque, due diversi aspetti: da un lato ci sono i suoi obiettivi propri (espliciti o impliciti), dall'altro i fini per i quali viene richiesta o accettata l'attività dello psicologo. Oltre a ciò si devono anche valutare gli obiettivi di quest'ultimo e *quelli della psicologia istituzionale*. Sappiamo che la finalità che si desidera rag-



giungere orienta l'azione, rientrando nell'inquadramento del compito. Quanto allo psicologo e ai suoi obiettivi particolari, questi deve decidere riguardo a:

- a. definizione degli obiettivi generali o indiretti del suo compito;
- b. accettazione o meno, da parte sua, degli obiettivi dell'istituzione e/o dei mezzi che questa utilizza per raggiungerli;
- c. diagnosi degli obiettivi particolari, immediati o specifici.

La definizione degli obiettivi indiretti o generali del compito coincide pienamente con gli obiettivi della psicologia istituzionale che lo psicologo deve avere perfettamente chiari e riguardo ai quali non deve ammettere nessun tipo di equivoco. In qualunque caso, l'obiettivo dello psicologo nel campo istituzionale è un obiettivo di psicoigiene: il conseguimento di una migliore organizzazione e di condizioni volte a promuovere la salute e il benessere di quanti fanno parte dell'istituzione.

Lo psicologo istituzionale si può definire, in questo senso, come un tecnico della relazione interpersonale, cioè come un tecnico dei vincoli umani e – in base a quanto vedremo in seguito – si può anche dire che è il tecnico dell'esplicitazione dell'implicito. Aiuta a comprendere i problemi e tutte le loro possibili variabili, ma *non è lui a decidere, a risolvere o a eseguire*. Il ruolo di assistente o consulente deve essere rigorosamente mantenuto, mentre la soluzione e l'esecuzione vanno lasciate nelle mani degli organismi propri dell'istituzione: lo psicologo non deve fungere *in nessun caso* né da amministratore, né da direttivo, né da esecutivo, e non deve neppure sovrapporsi all'istituzione come un nuovo organismo.

Lo psicologo non è lo specialista dell'alienazione o dello sfruttamento, della sottomissione o della coercizione, e neppure della disumanizzazione.

L'essere umano, la sua salute, la sua integrazione e la sua pienezza costituiscono il fine della sua attività professionale, *fine al quale non deve rinunciare in nessun caso*. La sua funzione non deve nemmeno essere confusa con quella educativa, nel senso comunemente attribuito a questo termine.

Uno psicologo fu chiamato a lavorare in un'istituzione sociale (un club) con i membri più giovani di quest'ultima (un gruppo di ragazzi di età inferiore ai dodici anni), per far sì che essi



“migliorassero il loro comportamento”: l’esame diagnostico rivelò che verso questo settore convergevano situazioni di conflitto esistenti nel corpo direttivo, per cui lo psicologo fece in modo che in quella lamentela s’individuasse un sintomo e si prendesse in considerazione la vera situazione conflittuale. Agendo altrimenti, lo psicologo avrebbe operato come agente di coercizione, come strumento degli adulti e come fattore di rafforzamento di un sintomo; egli non deve mai fungere da agente di coercizioni, neppure se utilizza mezzi psicologici. L’educazione si avvale qui, essenzialmente, dell’apprendimento (*learning*) che l’istituzione acquisisce su come vanno affrontate certe situazioni per poter avviare una riflessione su di esse come primo passo verso qualunque soluzione. Lo schema che inizialmente si offre allo psicologo come causa di un problema non è nient’altro, in generale, che un pregiudizio.

Il secondo punto, quello relativo all’accettazione da parte dello psicologo degli obiettivi dell’istituzione, pone problemi professionali ed etici di primaria importanza e di estrema gravità. In primo luogo, lo psicologo non deve in nessun caso accettare di lavorare in un’istituzione con i cui obiettivi non si trovi d’accordo o entri in conflitto, e questo sia che si tratti degli obiettivi che dei mezzi di cui dispone l’istituzione per conseguirli. In psicologia, l’etica coincide con la tecnica o, in altre parole, l’etica fa parte dell’inquadramento del compito, giacché nessun incarico può essere portato a termine correttamente se lo psicologo rifiuta l’istituzione (sia nei suoi obiettivi che nei suoi mezzi o procedimenti). Se uno psicologo, ad esempio, viene chiamato a esercitare le sue funzioni in un’istituzione cooperativa, egli non deve accettare il compito se rifiuta, per qualunque motivo, il movimento cooperativo. In secondo luogo, lo psicologo non può nemmeno accettare un compito professionale se è troppo coinvolto nell’organizzazione o nel movimento ideologico dell’istituzione. Un’affinità o un’identità ideologica non deve tuttavia essere considerata, in se stessa, una controindicazione assoluta, e la decisione su questo punto dipende dalla capacità dello psicologo di stabilire una certa distanza operativa o strumentale nell’attività professionale, in modo da poterla svolgere operando come psicologo e non come proselitista o come politico (in qualunque dei suoi significati venga inteso questo termine). Non è che gli sia vietato un intervento attivo in qualsiasi movimento ideologico o politico,



ma in questo caso egli non deve operare professionalmente in quel settore. Bisogna capire chiaramente che non ha motivo di imporre a se stesso neutralità o passività, ma nel suo compito professionale deve imporsi un inquadramento che gli permetta di lavorare e di operare come psicologo. In terzo luogo, egli non può né deve accettare di lavorare in un'istituzione che rifiuta, con il proposito occulto di distorcere i suoi obiettivi o i suoi procedimenti.

Come terzo punto – e non il meno importante – bisogna tener presente che accettare, insieme al lavoro, gli obiettivi di un'istituzione non è che una condizione per l'inquadramento del compito, ma gli obiettivi dell'istituzione *non sono i propri obiettivi professionali*. Lo psicologo ha degli obiettivi ai quali non deve in nessun caso rinunciare. Gli obiettivi particolari, immediati o specifici riguardano determinati aspetti del problema principale, ma studiati e trattati in funzione dell'istituzione intesa nella sua globalità e unitarietà. Lo psicologo non può lavorare contemporaneamente con tutti gli organismi dell'istituzione o con tutti quanti ne fanno parte, e del resto ciò non sarebbe auspicabile; per questo si devono esaminare i “punti d'urgenza” sui quali intervenire in quanto obiettivi immediati. Questa puntualizzazione riguardo agli obiettivi permette di differenziare nettamente, sin dal punto di partenza, lo psicologo che lavora in un'istituzione dallo psicologo che opera nell'ambito della psicologia istituzionale. Il primo svolge un compito di cui è stato incaricato; il secondo analizza la situazione e si propone di agire su quei livelli o quei fattori sui quali ritiene realmente indispensabile per l'istituzione intervenire. Il primo agisce spesso come fattore tranquillizzante (“c'è uno psicologo che lavora qui”), mentre il secondo non accetta tale ruolo ed è fondamentalmente un agente di cambiamento. Il primo è un impiegato; il secondo è un assistente o un consulente che dispone di una totale indipendenza professionale.

Come si può comprendere facilmente, nemmeno gli obiettivi indiretti sono fissi e immutabili, ma possono e devono cambiare man mano che si svolge il compito.



1.2.8 *L'ospedale come istituzione*

L'istituzione ospedaliera ha dimostrato di essere, finora, uno dei campi in cui risulta utilissimo il ricorso alla psicologia istituzionale, ma ciò può essere dovuto semplicemente al fatto che l'ospedale è l'istituzione più direttamente connessa, ora come ora, con una parte dell'attività dello psicologo, e che è uno degli organismi più accessibili a quest'ultimo (benché non sia comunque di facile accesso). Gli obiettivi della psicologia istituzionale, inoltre, appaiono più chiari in ospedale, dato che questa istituzione è per lo psicologo meno conflittuale, per quanto riguarda la sua ideologia e i suoi obiettivi. Sta di fatto che la psicologia istituzionale applicata negli ospedali risulta essere, in realtà, un'arma terapeutica molto efficace, nel senso che l'ospedale nel suo complesso (la sua struttura) diviene di per sé un agente psicoterapeutico estremamente valido quanto a profondità e ad ampiezza. E in questo senso si riesce a organizzare la *psicoterapia a livello istituzionale* e non a livello individuale o di gruppo.

Un compito molto ansiogeno, qual è il quotidiano contatto con i problemi della malattia e della morte, crea necessariamente nell'équipe medica e nel personale ausiliario comportamenti difensivi di vario tipo, fra i quali rivestono per noi particolare interesse quelli che lo psicologo deve affrontare quando svolge il suo compito nell'ambito della psicologia istituzionale.

Uno di questi comportamenti si sviluppa secondo le seguenti modalità: molte tensioni esistenti nell'équipe medica, che non vengono esplicitate e risolte a questo livello, sono spostate verso il personale ausiliario o si ripercuotono sui rapporti dei pazienti fra loro e con il personale. Il medico tende ad assumere – come comportamento difensivo – un atteggiamento onnipotente, rischiando di cadere nella tentazione di “fare la parte” del mago. Un tale atteggiamento crea difficoltà di comunicazione fra gli stessi medici e fra questi e il personale ausiliario e i pazienti; viene ad aggiungersi, inoltre, a un'esigenza implicita di dipendenza da parte dei pazienti, rafforzata dalla regressione a cui porta la stessa malattia. Ma nella misura in cui si favorisce la dipendenza aumentano anche le esigenze e le conseguenti frustrazioni, gli atti d'ingratitudine o le situazioni persecutorie che si ripercuotono sui rapporti dei pazienti fra loro e con il personale ausiliario. Una delle richieste implicite che si fanno al paziente è quella di



“comportarsi bene” e con essa si intende in realtà incoraggiare la sua dipendenza.

Una situazione del genere, estremamente ansiogena, si accompagna a volte all'impiego alienante ed eccessivo di farmaci, soprattutto sedativi e ipnotici, con cui non si fa nient'altro che mascherare la situazione di conflitto, provocando frustrazioni in tutti quanti.

Un altro problema istituzionale, come quello del ritmo con cui vengono dimessi i pazienti e utilizzati i posti letto, si ricollega a un bisogno inconscio da parte del medico di trattenere il suo paziente e da parte di quest'ultimo, in rapporto alla sua dipendenza, di essere trattenuto. Si crea una vera e propria simbiosi ospedaliera, dato che la dimissione di ogni paziente costringe il medico a reintroiettare tutto quello che aveva proiettato o depositato in lui¹², con la conseguente mobilitazione delle ansie. E lo stesso avviene con il paziente che, nelle sue condizioni di regressione, si trova ad affrontare tale mobilitazione quando deve reinserirsi nella vita extraospedaliera e addossarsi obblighi e conflitti da cui si era temporaneamente separato nel periodo del ricovero. A questo punto, poter intervenire sui pazienti e sul loro rapporto con la famiglia e con i medici appare di vitale importanza per interrompere questo circuito chiuso.

In risposta alle esigenze sociali, *le istituzioni tendono ad adottare la stessa struttura dei problemi che devono affrontare*. Per questa ragione, nell'ospedale civile, la dissociazione corpo-mente che esiste nei pazienti è presente anche nell'istituzione, cosa che ricordiamo qui perché costituisce una delle fonti della resistenza nei confronti dello psicologo e del suo compito che, in questo contesto, non comporta nient'altro se non un ritorno del rimosso con la conseguente mobilitazione delle ansie.

Nelle istituzioni in cui si assistono i malati mentali questi problemi si acuiscono ulteriormente. Una delle problematiche sempre presenti, almeno finora, riguarda la forte dissociazione esistente fra gli obiettivi espliciti e quelli impliciti dell'istituzione; fra i primi troviamo, evidentemente, il proposito di curare i malati mentali, ma in contraddizione con tale intento l'istituto psichiatrico tende a difendere la società dall'alienato segregandolo, ed è in questo senso che l'istituzione ha la tendenza, nella sua organizzazione globale, a consolidare l'alienazione e la segregazione del malato mentale. In questo caso, come in nessun altro,



è del tutto evidente che l'istituzione è portata ad acquisire la stessa struttura e lo stesso significato del problema che si propone di risolvere. *L'ospedale psichiatrico presenta nella sua organizzazione la stessa alienazione dei suoi pazienti*: tende a trattare i malati come cose, con la conseguenza che questi perdono completamente la loro identità, i contatti sociali s'impoveriscono, fino ad arrivare a un'uniformità caratterizzata da una forte deprivazione sensoriale, che rafforza e consolida l'alienazione dei pazienti.

I pazzi, le prostitute e i delinquenti sono i sintomi di una società perturbata che le istituzioni tendono a reprimere e a segregare tanto quanto fa la società stessa. Assumere un atteggiamento diverso significa prendere coscienza o *insight* dei problemi e dei conflitti che, per il fatto stesso di esistere, costituiscono una denuncia nei confronti della società che crea gli alienati, le prostitute e i delinquenti. Si comprende ancora meglio tutto questo se si tiene conto di una delle funzioni fondamentali delle istituzioni sociali: quella di servire da protezione o deposito della personalità sincretica. Mobilizzare l'organizzazione di un'istituzione significa dunque mobilizzare le ansie psicotiche che in essa sono concentrate e tenute sotto controllo. Il paziente stesso oppone una notevole resistenza, dato che in un ambito circoscritto e rigido può depositare e controllare meglio la sua personalità sincretica di quanto non possa fare nel mondo più mutevole e dinamico della realtà.

Il fenomeno della deprivazione sensoriale non è, del resto, esclusivo delle istituzioni psichiatriche; lo si troverà con maggiore o minore intensità e sotto varie forme o sembianze in tutte le istituzioni. La burocratizzazione deriva dalle stesse cause e dalla stessa dinamica sociale e psicologica. È il fenomeno che, nelle sue linee generali, si può definire, come fanno Bettelheim e Sylvester, "istituzionalismo psicologico", e del quale l'ospedalizzazione e la burocratizzazione sono soltanto due aspetti. Questi, in ultima analisi, portano l'individuo all'alienazione o al consolidamento di quest'ultima, all'impoverimento e alla deprivazione di vincoli umani, e privano di ogni significato la sua condizione di uomo.



2.

Gruppi e istituzioni

GRUPPI OPERATIVI NELL'INSEGNAMENTO*

2.1

Il gruppo operativo, secondo la definizione che ne ha dato l'iniziatore del metodo, Enrique J. Pichon-Rivière, "è un insieme di persone con un obiettivo comune", che tentano di raggiungere operando in équipe. A una struttura di équipe si arriva soltanto attraverso un'attività costante: gran parte del lavoro di un gruppo operativo consiste, in sintesi, nell'imparare a operare come équipe.

Nel campo dell'insegnamento, il gruppo si esercita all'apprendimento, cosa che ottiene soltanto cercando di imparare, cioè operando. Il gruppo operativo ha propositi, problemi, istanze e conflitti che devono essere presi in considerazione e analizzati dal gruppo stesso, a mano a mano che emergono; verranno esaminati in rapporto al compito e agli obiettivi che ci si è prefissi. Attraverso la loro attività, gli esseri umani entrano in determinate relazioni fra loro e con le cose, relazioni che vanno al di là del semplice vincolo tecnico che li lega al compito da svolgere, e questo insieme di elementi, soggettivi e relazionali, costituisce il fattore umano più specifico del compito stesso.

Nell'insegnamento il gruppo operativo lavora su un argomento generico di studio scelto in precedenza ma, nel trattarlo, sviscera anche i diversi aspetti del fattore umano. Benché il gruppo si applichi concretamente a una data attività, il fattore umano riveste un'importanza fondamentale, poiché costituisce lo "strumento per eccellenza". Non vi è infatti nessuno strumento che funzioni senza l'uomo.

Noi ci opponiamo alla vecchia illusione, tanto diffusa, secondo la quale si svolge meglio un compito quando si prescinde dai cosiddetti fattori soggettivi e lo si considera unicamente da un



punto di vista “oggettivo”. Al contrario, sosteniamo, e non solo a parole ma anche con la nostra attività pratica, che si può portare a termine un compito con la massima efficacia soltanto se vi si include sistematicamente l'essere umano nella sua interezza. D'altronde, in questo modo non si fa altro che accettare i fatti così come sono: si include l'essere umano nella teoria e nella gestione operativa del compito perché in effetti ne faceva già parte. Ma questa posizione è “disalienante”, nel senso che mira all'integrazione fra le varie parti e a fare in modo che il compito non comporti l'alienazione. Nella sfera dell'umano si raggiunge la massima obiettività soltanto se si prende in considerazione l'individuo (compresi i fattori soggettivi), cioè se si osservano le cose nella loro realtà, per comprenderle e riuscire a far sì che si svolgano nella maniera migliore. Queste considerazioni non sono affatto estranee al tema che stiamo trattando: basti pensare che fra gli strumenti sociali di alienazione figura ai primi posti l'insegnamento e il modo, disumanizzato e disumanizzante, in cui generalmente viene impartito.

Ho redatto la presente relazione sulla base dell'“Experiencia Rosario” e dell'attività realizzata dai gruppi operativi della Scuola Privata di Psichiatria (che funziona ormai da tre anni) e nell'ambito delle cattedre di diverse facoltà¹.

Gli argomenti che cercherò di sviluppare, sebbene non necessariamente in quest'ordine, sono i seguenti:

- come avviene l'apprendimento nei gruppi operativi;
- perché si procede in questo modo;
- l'esperienza fatta a tale proposito;
- che cosa si può dire, in generale, sull'apprendimento in rapporto all'esperienza compiuta con i gruppi operativi.

Stiamo parlando di gruppi d'insegnamento o di gruppi di apprendimento? In realtà, di entrambe le cose, e questo è uno dei punti fondamentali della nostra concezione. Insegnamento e apprendimento costituiscono due momenti dialettici inseparabili, parti integranti di un unico processo in perenne movimento, e ciò non soltanto per il fatto che quando c'è qualcuno che impara deve necessariamente esserci qualcun altro che insegna, ma anche in base al principio secondo il quale non è possibile insegnare correttamente se non si apprende nel momento stesso in cui si insegna. Questo processo d'interazione deve ristabilirsi



pienamente nell'attività del gruppo operativo.

Nell'impostazione tradizionale, vi è un individuo o un gruppo che insegna e un altro che impara. Tale dissociazione deve essere eliminata, benché questo crei per forza di cose una certa ansia, provocata dal cambiamento e dall'abbandono di un comportamento stereotipato. Per gli esseri umani le norme sono, di fatto, delle regole di condotta e ogni tipo di comportamento corrisponde sempre a un ruolo. Il fatto di mantenere e ripetere gli stessi comportamenti e le stesse norme, in modo rituale, permette di non dover affrontare cambiamenti o cose nuove e, in tal modo, di evitare l'ansia. Ma il prezzo che si paga per questa sicurezza e questa tranquillità è la paralisi dell'insegnamento e dell'apprendimento, e la trasformazione di questi strumenti nell'esatto contrario di ciò che dovrebbero essere, ossia in un mezzo di alienazione dell'essere umano.

Nell'ambito di una cattedra o di un'équipe di lavoro, il semplice fatto di considerare la necessità di un'interazione fra insegnamento e apprendimento minaccia di rompere gli stereotipi e provoca l'insorgenza di ansie. Lo stesso accade quando si tenta di apportare qualche cambiamento in certe classi magistrali stereotipate e in quei corsi in cui "tutto va bene" e si ripetono sempre le stesse cose. La reazione che ne deriva porta a un blocco, a una vera e propria nevrosi del *learning* e, di conseguenza, a una distorsione dell'apprendimento da parte degli studenti. Non si può pensare di organizzare l'insegnamento in gruppi operativi senza che il personale docente rientri nello stesso processo dialettico degli studenti, senza dinamizzare e relativizzare i ruoli e senza rendere possibile un reale e costruttivo scambio fra insegnanti e studenti. Il corpo docente teme la perdita della propria funzione e il caos che ne conseguirebbe, ed è in questo senso che va analizzata la sua ansia di rimanere "spogliato", senza ruolo, di fronte allo studente, che appare allora temibile come un vero e proprio oggetto persecutorio. È necessario dunque far capire che la miglior "difesa" consiste nel conoscere ciò che si insegnerà e nel valutare onestamente quello che si sa e quello che si ignora.

Un momento culminante di questo processo è quello in cui chi insegna è in grado di dire "non so" e di ammettere in tal modo che in realtà non conosce un determinato argomento o una parte di esso. È questo un momento estremamente importante, perché comporta, fra l'altro, l'abbandono dell'atteggiamento di on-



nipotenza, la riduzione del narcisismo, l'adozione di atteggiamenti appropriati nelle relazioni interpersonali, la ricerca e l'apprendimento, nonché la capacità di porsi come essere umano di fronte agli altri esseri umani e alle cose così come sono.

Il livello del "non so" si raggiunge quando vi è la possibilità di sollevare dei problemi e si posseggono strumenti adeguati per risolverli. Non sto affatto cercando di difendere l'ignoranza o di renderla bene accetta, ma sottolineando la necessità di situare le cose entro i limiti dell'umano e la possibilità di raggiungere un maggior grado d'integrazione e perfezionamento nello svolgimento del proprio compito. L'immagine idealizzata del professore onnipotente e onnisciente disturba l'apprendimento, in primo luogo quello dell'insegnante stesso. La cosa più importante, in qualsiasi campo della conoscenza, non è tanto disporre di un'informazione completa, quanto possedere gli strumenti atti a risolvere i problemi inerenti al settore considerato. Chi si ritiene il depositario di un'informazione con queste caratteristiche ha esaurito le sue possibilità di imparare e di insegnare in modo davvero proficuo.

Insegnare e apprendere nell'ambito di gruppi operativi non significa soltanto trasmettere delle informazioni, ma condurre coloro che ne fanno parte all'assimilazione e all'uso appropriato degli strumenti di indagine. E si può raggiungere questo risultato soltanto quando vi è già riuscito il corpo docente. Insisto nell'affermare che ciò che conta, in campo scientifico, è non già l'accumulo delle nozioni acquisite, bensì la capacità di utilizzare queste come strumenti per indagare la realtà e agire su di essa. Vi è una grande differenza fra il sapere accumulato e quello utilizzato: il primo aliena (perfino chi ne è il depositario), il secondo arricchisce sia il compito che l'essere umano.

Possiamo dire, rifacendoci in parte a Montesquieu, che riempire delle teste non significa formarle, e men che meno formarne tante da far sì che ognuno abbia la propria.

Non vi è essere umano che non possa insegnare qualcosa, se non altro per il fatto che ha una certa esperienza di vita. Desideriamo chiarire, inoltre, che apprendere non vuol dire semplicemente raccogliere informazioni già assodate, ma piuttosto trasformare in insegnamento e in apprendimento qualsiasi comportamento o esperienza, qualsiasi relazione o attività. Apprendimento e insegnamento sono così intimamente legati che spesso, nei grup-



pi operativi che si occupano di questo tema, è stato adottato un neologismo, che in un primo momento è apparso come un *lapsus*, derivante dalla fusione di questi due termini: “enseñaje”².

Il coordinatore di un gruppo operativo e il direttore di un corso organizzato operativamente devono lavorare, o meglio “co-lavorare” e “co-pensare” (come sostiene E. Pichon-Rivière) con i loro studenti e assistenti. Quando nacque questo progetto in seno a un gruppo operativo di assistenti di una cattedra, alcuni obiettarono che se si fosse lavorato a quel modo gli studenti avrebbero potuto pensare che vi sono cose che non conosciamo. Gli fu risposto che in effetti è così e che gli studenti avrebbero ragione a pensarlo, ma che in ogni caso noi dovremmo ammetterlo.

Per organizzare l’insegnamento in gruppi operativi è necessario prima smantellare e rompere un buon numero di stereotipi, che vengono reiterati e servono come difesa contro l’ansia, ma che d’altro canto paralizzano il processo dialettico dell’insegnamento e dell’apprendimento. Si dovrebbe evitare di alimentare una falsa immagine, per quanto riguarda i professori o gli studenti, e trasmettere invece le informazioni al livello in cui le possediamo, senza omettere di presentare anche i fatti dubbi, contraddittori o irrisolti. Gran parte delle semplificazioni operate con finalità didattiche, come pure buona parte dei libri di testo, forniscono le informazioni come se si trattasse di un alimento predigerito, e servono per riempire teste e non già per formarle. I sistemi educativi e pedagogici sono, d’altronde, istituzioni modellate sulla lotta di interessi fra classi sociali, e i metodi antiquati d’insegnamento sono strumenti di conservazione e di controllo perfettamente adatti, se intesi in questo senso, a soddisfare gli obiettivi politici, sociali e ideologici propri di queste classi.

Come si possono trasmettere agli studenti gli strumenti di critica e d’indagine? Vi è un unico modo per riuscirci, ed è quello di utilizzarli trasformando gli studenti da ricettori passivi in coautori dei risultati ottenuti, rendendoli consapevoli delle loro potenzialità in quanto esseri umani e mettendoli in condizione di servirsene. In altri termini, bisogna potenziare l’energia e il dinamismo sia degli studenti che del corpo docente.



2.1.7 *L'apprendimento come processo all'interno del gruppo*

L'apprendimento è un processo costituito da momenti che si succedono o si alternano, ma che possono anche rimanere isolati o stereotipati, nel qual caso insorgono dei disturbi. Ogni momento di questo processo implica l'adozione di determinati comportamenti o ruoli da parte dei componenti del gruppo.

Questo problema venne studiato in modo particolare utilizzando dei questionari che furono distribuiti fra gli studenti iscritti a un corso di Introduzione alla Psicologia presso la Facoltà di Lettere e Filosofia di Buenos Aires. Il questionario mirava a mettere in luce l'attitudine degli studenti nei confronti della psicologia come oggetto di conoscenza. Si ottennero così risposte tipiche. Tutti gli atteggiamenti studiati o rilevati compaiono normalmente – come momenti – nel processo di apprendimento; ogni momento di tale processo implica l'assunzione, da parte del gruppo o di alcuni dei suoi membri, di una struttura di comportamento o di un ruolo. Questi ruoli possono essere ridotti, nelle loro forme tipiche, a otto:

- 1) *Momento paranoide*: in esso si percepisce l'oggetto della conoscenza come pericoloso e si adotta un'attitudine di sfiducia o di ostilità, oppure si reagisce direttamente con la relativa ansia.
- 2) *Momento fobico*: si evita l'oggetto della conoscenza, ponendosi a una certa distanza da esso ed eludendone il contatto o la vicinanza.
- 3) *Momento contro fobico*: ci si oppone all'oggetto della conoscenza in maniera compulsiva o aggressiva, attaccandolo o ridicolizzandolo.
- 4) *Momento ossessivo*: si tenta di controllare e immobilizzare l'oggetto della conoscenza e di regolare la distanza da esso mediante un rituale, una stereotipia dello schema di riferimento, o facendo delle domande che tendono al controllo.
- 5) *Momento confusionale*: viene a cadere ogni difesa (una qualsiasi di quelle precedenti) e si entra in uno stato di confusione fra l'io e l'oggetto e i suoi diversi aspetti, che non si è in grado di discriminare.
- 6) *Momento schizoide*: costituisce un'organizzazione relativamente fissa dell'evitamento fobico; stabilizza la distanza dall'oggetto mediante l'allontanamento e il ripiegamento sugli oggetti interni.
- 7) *Momento depressivo*: dopo aver introiettato diversi aspetti del-



l'oggetto di conoscenza, si procede alla sua elaborazione (o almeno si cerca di farlo).

8) *Momento epiletticoide*: si reagisce contro l'oggetto per distruggerlo.

Se questi distinti momenti compaiono isolati o stereotipati in un individuo o nel gruppo, questo è indice di un'alterazione o di un blocco del processo di apprendimento. Ciascun membro del gruppo è portato a fare proprio un determinato momento di questo processo; quello che, nell'evoluzione individuale, costituisce un difetto dell'apprendimento si trasforma in una virtù, nel contesto del lavoro di gruppo, se ognuno vi svolge il ruolo che gli compete. In altri termini, grazie ai ruoli individuali si rifà nel gruppo il processo globale dell'apprendimento, dato che ciascun componente può assumere funzionalmente ruoli diversi a seconda del tema, del momento o del livello dell'apprendimento.

L'allenamento del gruppo a operare come équipe dipende dall'opportuno inserimento di ogni ruolo (di ogni momento dell'apprendimento) nel processo globale, in maniera da arrivare, come insieme, a una forma di apprendimento e di elaborazione di alto livello e di sicura efficacia.

Prendiamo ad esempio il caso del ruolo schizoide: l'individuo che lo assume ha il pregio di essere un ottimo osservatore, ma comunica con difficoltà i suoi dati e li elabora in misura insufficiente. Considerato individualmente, presenta, a causa della stereotipia del ruolo, un disturbo dell'apprendimento, dato che realizza soltanto un momento di quest'ultimo. Ma collocato nell'ambito del lavoro di équipe, proprio grazie al suo inserimento nel contesto del compito, diventa un momento importante e altamente produttivo del processo globale. È complementare, ad esempio, al ruolo (momento) depressivo, che è quello in cui ci si occupa del conseguimento di obiettivi concreti e ci si può applicare quindi più facilmente all'elaborazione dei dati. È complementare anche al ruolo (momento) ossessivo, quello in cui ci si "specializza" nella selezione degli opportuni mezzi da impiegare, ma d'altro canto ci si fossilizza in tale ruolo perdendo di vista gli obiettivi. Se esso viene inserito nel contesto globale del compito di gruppo, questa carenza è compensata dai ruoli degli altri e la sua caratteristica fondamentale si trasforma da disturbo individuale in un'operazione di elevato rendimento per il lavoro di



gruppo.

Se il compito del gruppo operativo si riducesse a questo, in realtà non si farebbe altro che alienare degli esseri umani e trasformarli in strumenti, in “rotelle” di un unico ingranaggio. Ma grazie al processo della comunicazione, nell’attività del gruppo, ciascuno incorpora in sé ciò che G. Mead, definendo l’introiezione dei ruoli degli altri membri, ha denominato l’“altro generalizzato”. In tal modo, ciascuno assimila momenti degli altri e corregge così, a poco a poco, la propria stereotipia, il che permette di ottenere non solo un elevato rendimento del gruppo, ma anche un’integrazione dell’informazione, dell’apprendimento e dell’Io di ciascun membro. Questo trova riscontro nel fatto che ognuno di essi, progressivamente, alterna il proprio ruolo con quello degli altri, “gioca” un ruolo non suo, assimila in tal modo i diversi momenti dell’apprendimento e raggiunge una maggiore integrazione dell’Io. In qualche caso l’alternanza dei ruoli è particolarmente intensa e si producono “totali inversioni di tendenza”, che un poco per volta vengono corrette.

2.1.8 *Informazione e azione*

Sebbene si sia già fatto brevemente cenno a questo argomento, la sua importanza è tale da indurci ad approfondirlo. La quantità d’informazioni che un gruppo riceve è maggiore di quella che esso è in grado di verbalizzare, e questo vale anche per i suoi membri considerati singolarmente. In altri termini, si apprende sempre più di quanto si creda, di quanto si possa dimostrare verbalmente o percepire a livello conscio.

Se l’informazione crea un’ansia eccessiva, è molto più probabile che appaia una drammatizzazione o un *acting out* dell’informazione, che può così essere considerato, benché manchi il necessario distacco, una prima introiezione del tema, di modo che si arrivi a una vera e propria identificazione introiettiva, ma soltanto a livello fisico. Da un punto di vista genetico, questa è la forma di apprendimento più primitiva, perché tutto inizia e tutto finisce nel corpo e con il corpo. In un primo tempo tutto è azione. A questo livello, quando l’informazione ricevuta crea molta ansia, si produce la regressione.

Nell’*acting out* viene drammatizzata non soltanto l’informazione



ricevuta, ma anche, molto spesso, la reazione all'ansia che tale informazione provoca: spersonalizzazione, reazioni fobiche, paranoide, ossessive, ecc. Questo costituisce l'esperienza diretta e vissuta di cui ci avvaliamo nella Scuola Privata di Psichiatria per insegnare psichiatria e medicina psicosomatica; a ciò si aggiunge l'aspetto fenomenologico, il vissuto che determina, con la comprensione dinamica del comportamento, in rapporto al vincolo di gruppo e al fattore scatenante. Sulla base della ben nota ipotesi della continuità tra i fenomeni normali e quelli patologici aggiungiamo al bagaglio di conoscenze dello studente un'esperienza che difficilmente avrebbe modo di vivere altrimenti.

Fra il pensiero e l'azione vi sono relazioni molto strette, ed entrambi devono intervenire nel processo di apprendimento, ma molto spesso accade che si dissocino, che l'uno escluda o sostituisca l'altra. Così, ad esempio, nel ruolo ossessivo all'azione si sostituisce il pensiero, a cui il soggetto rimane costantemente attaccato senza poter passare all'azione, mentre in quello isterico il pensiero viene frequentemente sostituito con l'azione (drammatizzazione). Nel gruppo operativo, ciascuno agisce in misura conforme alla propria natura, in base al suo personale "repertorio" di comportamenti e nella sua maniera caratteristica. Il coordinatore non deve aspettarsi nulla di particolare da nessuno: è sufficiente quello che ognuno dà e nessuno può fare a meno di dare qualcosa. Ogni modalità individuale d'azione deve dinamizzarsi e trovare posto nel processo e nel contesto globale. La sola drammatizzazione o il solo pensare, presi separatamente, sono momenti parziali che non completano l'indagine, né arricchiscono l'apprendimento; nello scambio dei ruoli, invece, ognuno impara che ciò che egli fa in un modo, un altro può farlo diversamente e, di conseguenza, apprezza quello che possiede e quello che possiedono gli altri. Il lavoro in un gruppo operativo valorizza l'apporto di ciascuno e quello di tutti, ma richiede modestia e umiltà nella conoscenza e consapevolezza dei propri limiti di fronte al noto e all'ignoto.

La capacità di parlare è un'altra manifestazione di estrema importanza all'interno del gruppo operativo, e rappresenta la comunicazione al suo livello di maggiore integrazione ed efficacia. Tuttavia, il linguaggio può essere un modo di agire che paralizza una comunicazione più efficace e piena. Fra il dialogo, l'eloquenza e l'oratoria vi sono differenze fondamentali che è



necessario porre in rilievo, in funzione della comunicazione che s'instaura fra i componenti del gruppo. Il "parlare" può essere il ruolo specifico di uno di essi e può sia facilitare la comunicazione all'interno del gruppo che bloccarla o inibirla. Questo secondo caso si verifica, ad esempio, quando ci sono persone che parlano e non dicono nulla, o che lo fanno soltanto per "avere l'ultima parola", in un dispiegamento narcisistico totale o facendo un uso nevrotico dell'informazione e della bibliografia. In tutti questi casi si è in presenza di disturbi della comunicazione, di una degradazione del livello simbolico del linguaggio e di una conseguente perturbazione dell'apprendimento, che devono essere corretti nell'ambito del compito di gruppo e trasformati in processi utili nel lavoro d'insieme.

Anche in questo caso, come in quello dei momenti dell'apprendimento, il pensare, il parlare e l'agire, se considerati indipendentemente l'uno dagli altri, rappresentano delle difficoltà dell'apprendimento, ma inseriti nel gruppo operativo coesistono, si succedono e si potenziano a vicenda.

Si osserva con una certa frequenza che esistono degli "esperti" dotati di una particolare sensibilità nel percepire determinati aspetti dell'informazione o nell'individuare un certo tipo di comportamento, conflitto o malattia, così come vi è chi ricorre a luoghi comuni per bloccare, scotomizzare o distorcere l'informazione. Pur avendo una certa esperienza, non si finisce mai di stupirsi di fronte alla distorsione cui un'informazione è soggetta e alla differenza fra quanto si è detto o voluto dire e quanto ha colto l'auditorio, tenuto conto che nemmeno quest'ultimo costituisce un insieme uniforme, ma è eterogeneo e poliedrico.

2.1.9 Funzionamento del gruppo operativo

Ogni gruppo scrive la propria storia; se ne devono perciò rispettare le caratteristiche particolari, senza pretendere di forzare la sua operatività e il suo rendimento, in quanto esso lavora al miglior livello che gli è consentito, come gruppo, in ogni momento.

Il coordinatore del gruppo opera con la propria tecnica nell'ambito del tema trattato e in accordo con gli obiettivi che il gruppo si propone di raggiungere, ma il suo compito deve essere incentrato sugli esseri umani che ne fanno parte. Il modo in cui il tema



Introduzione alla prima edizione italiana*

Come abbiamo posto in evidenza nell'introduzione alla prima parte di questo libro, la formulazione della teoria istituzionale e dei gruppi di Bleger, nella sua metodologia e nella sua prassi, presuppone uno sviluppo teorico-clinico estremamente approfondito. Bleger non è semplicemente colui che estende le conoscenze psicoanalitiche dall'individuale al sociale, come può apparire dalle descrizioni un po' superficiali di alcuni suoi contemporanei. Il suo principale obiettivo è l'elaborazione di un sistema concettuale che gli permetta di passare attraverso i diversi ambiti del comportamento umano (mente, corpo, società)¹ senza estrapolazioni teoriche o sovrapposizione di campi.

La sua ricerca parte dal concetto di uno stato di indifferenziazione dell'individuo, visto come nucleo indiscriminato, come struttura sincretica (anteriore alla posizione schizo-paranoide descritta da M. Klein), come organizzazione primitiva in cui sono localizzate ansie devastanti, e che nel corso del suo sviluppo presenta due fenomeni significativi: la simbiosi e l'ambiguità.

Gli studi sulla simbiosi che riguardano i primi stadi dello sviluppo della personalità [...] sono di estrema importanza per una migliore comprensione tanto dei problemi della psicologia normale che della psicopatologia, sia di quelli della psicologia individuale che della psicologia di gruppo, istituzionale e della comunità².

Iniziamo questa seconda parte con *Il colloquio*³ scritto da Bleger nel 1964. È un lavoro che presenta caratteristiche tali che, oltre a farne un prezioso strumento per la ricerca scientifica, lo rendono appropriato sia alla clinica individuale che all'analisi di gruppo e istituzionale. Applicato ai diversi ambiti del comportamento umano di cui parlavamo prima, consente di unificare l'indagine nelle tre aree che avevamo richiamato (in proposito, per "società" intendiamo la famiglia, i gruppi secondari e le istituzioni).

Questo testo, in cui si sostiene una concezione contraria a quella della clinica come "arte" o come pura tecnologia, espone in un linguaggio semplice un sistema rigoroso di approccio all'oggetto di studio e di intervento clinico. Grazie alla sua struttura artico-



lata, solida ed efficace, esso resiste a diverse riletture, proponendo sempre nuovi stimoli e indicazioni a chi approfondisce, anno dopo anno, la propria esperienza professionale.

A esso segue *Criteri di diagnosi* (1971), che è il risultato dell'applicazione clinica di tale strumento, soprattutto in seno al Centro di Orientamento e di Ricerca E. Racker dell'Associazione Psicoanalitica Argentina, del quale Bleger fu direttore per alcuni anni (prima di lui lo erano stati David Liberman e Marie Langer).

In questo articolo, così come nei successivi, si può osservare con particolare chiarezza come il suo accostamento alla clinica, alla diagnosi, alle indicazioni terapeutiche si accompagni a un'incessante preoccupazione per la precisione dei quadri e delle descrizioni psicopatologiche e a una meticolosa verifica della necessaria corrispondenza tra l'ambito teorico e gli sviluppi tecnico-clinici raggiunti. Egli stesso sosteneva che spesso trovava opportuno dedicare più ore di studio alla comprensione di un solo colloquio.

Il percorso che proponiamo di seguire parte dallo strumento di approccio al problema (il colloquio con il paziente) per poi passare alla lettura del materiale raccolto (criteri di diagnosi) e a un successivo approfondimento attraverso la discussione e i nuovi contributi apportati da Bleger sulla schizofrenia, l'isteria, l'ipochondria e le perversioni; questo percorso, dicevamo, tocca il suo punto più elevato con l'ultimo saggio *Criteri di cura e obiettivi della Psicoanalisi* (1973) nel quale la discussione verte sugli effetti terapeutici e su quelli maieutici del trattamento psicoanalitico. Il corpo teorico applicato in questi scritti era stato elaborato da Bleger in diversi articoli clinici, che culminarono nel libro *Simbiosis y ambigüedad* (1971)⁴. Già nei saggi sui gruppi compare il concetto di discriminazione-indiscriminazione, processo che corrisponde per buona parte ai fenomeni descritti da Lévy Bruhl nel "gruppo di partecipazione"⁵, in cui predomina l'identificazione proiettiva incrociata e molteplice fra i suoi membri. Tale fenomeno, che si manifesta in tutti i gruppi e costituisce la caratteristica dominante di quelli primari, trova il suo corrispettivo nel "nucleo sincretico" che forma la parte psicotica della personalità di ogni individuo. Bleger, dunque, parte dall'idea di "personalità psicotica" di Bion⁶ e dal "sincretismo primitivo" di Wallon⁷, intendendo per parte psicotica della personalità quella par-



te del soggetto che è rimasta bloccata ai livelli più immaturi e regressivi del suo sviluppo psichico. È in questi livelli che prevale l'identificazione primaria (Fairbairn)⁸ e la mancanza di discriminazione fra Io e non-Io, fra oggetto interno e depositario.

Per spiegare tutto ciò Bleger sostiene che corrisponde a una posizione idealistico-individualistica presupporre che l'individuo nasca isolato e un po' per volta entri in relazione con altri esseri umani e con la cultura. Il punto di partenza – dice – è uno stato di indifferenziazione primitiva, una struttura e organizzazione che comprende il soggetto e il suo ambiente ma non come entità differenziate.

Questo significa – tra l'altro – che non dobbiamo più cercare di scoprire e indagare come il bambino, nel corso del suo sviluppo, si ponga in relazione con il mondo esterno, ma piuttosto come si modifichi un determinato tipo di rapporto (indifferenziato) fino a raggiungere, nel migliore dei casi, uno sviluppo della sua identità e del senso della realtà⁹.

Nella personalità “matura” è il residuo dei nuclei di indifferenziazione primitiva a determinare il persistere della simbiosi che si manifesta sia nello sviluppo normale che nella patologia. In questo modo, si potrà stabilire una gradualità che va dalla normalità (dove comunque troveremo residui di indiscriminazione e di simbiosi primitiva) a episodi o quadri patologici conclamati. Se una parte della personalità è strutturata su alcune modalità di questa indifferenziazione primitiva, ci troviamo in presenza di quella che Bleger definisce “personalità ambigua” o, nella migliore delle ipotesi, di una personalità con tratti del carattere ambigui.

Egli continua la sua indagine confutando una seconda ipotesi da lui considerata un prodotto dell'influenza dell'idealismo sulle scienze psicologiche: la diffusa credenza secondo la quale il fenomeno psicologico è innanzitutto mentale e quando non compare in forma manifesta deve necessariamente preesistere a livello inconscio.

Il fenomeno mentale, secondo Bleger, è una delle modalità del comportamento umano¹⁰: le prime strutture indifferenziate, sincretiche, sono essenzialmente corporee e solo successivamente si formeranno, su questa matrice, i fenomeni mentali. Fin dal periodo prenatale vi è una fusione, una mancanza di discriminazione fra soggetto e oggetto, che l'autore denomina “struttura sinciziale” e della quale la struttura sincretica è la continuazione¹¹: “Da questa struttura sinciziale si sprigionano dei fenomeni



che passano da uno stadio di indifferenziazione alla discriminazione della posizione schizo-paranoide, ma gran parte di essa si mantiene tale”¹².

La parte psicotica della personalità, che nella seduta si manifesta nella relazione transferale simbiotica, comprende – come abbiamo visto – la dinamica di un “oggetto” con caratteristiche molto complesse, chiamato “nucleo agglutinato” (e non “oggetto agglutinato”, in quanto non è ancora differenziato); non essendo né delimitato né discriminato, la sua mobilitazione avverrà in blocco provocando ansie estreme e massive. Di fronte a queste ansie devastanti e annichilenti entreranno in azione in maniera violenta e massiccia le difese più primitive: la scissione, la proiezione e l’immobilizzazione. Tali difese corrispondono a una posizione – che Bleger chiama “glischro-càrica” – che si estende dalla vita intrauterina a quella extrauterina, è anteriore alla posizione schizo-paranoide e costituisce un punto di fissazione per l’epilessia, l’ipocondria, la schizofrenia, le malattie psicosomatiche, ecc. Il termine “glischro-càrica” deriva dalle parole greche γλίσχρος (viscoso) e κερνόν (nucleo), che egli riprende ispirandosi agli studi sull’epilessia di F. Minkowski, che ha coniato nel 1937 il vocabolo “glischroidia”, per denominare la personalità epilettoide¹³.

A partire da questa posizione si arriverà, per mezzo di una graduale discriminazione in piccoli frammenti del “nucleo agglutinato”, alla formazione della posizione schizo-paranoide; tale discriminazione avverrà in seguito alla diversificazione dei contatti con lo stesso oggetto e dei rapporti con altri oggetti, e alla progressiva differenziazione che si opererà in questo modo fra i nuclei dell’Io e gli oggetti parziali.

Un residuo di questa primitiva formazione agglutinata sussiste in tutti e dalla sua entità dipendono le carenze della personificazione, del senso della realtà, del senso di identità e dello schema corporeo, processi che sono sempre in connessione tra loro.¹⁴

Perché le parti sane e nevrotiche della personalità abbiano la possibilità di svilupparsi è necessario controllare e immobilizzare il “nucleo agglutinato” in quanto, date le sue caratteristiche, la sua reintroiezione non sarebbe graduale e frazionata, ma massiva e dirompente (con l’irruzione di ansie catastrofiche e confusionali).



Bleger individua diverse tecniche, normali e patologiche, atte a controllare la parte psicotica della personalità, a sviluppare la parte nevrotica e a preservare l'integrità dell'Io. Una di queste è la simbiosi, che egli definisce nel modo seguente: "È una stretta interdipendenza fra due o più persone che esplicano un'azione complementare per controllare, immobilizzare e soddisfare le esigenze delle parti più immature della personalità"¹⁵. Da un punto di vista clinico la simbiosi acquisisce così un'importanza sempre maggiore, insieme all'autismo, che l'autore considera la sua controparte inscindibile: "L'autismo è [...] una difesa, una negazione onnipotente della dipendenza simbiotica"¹⁶, "Lo sforzo tecnico non deve essere volto a penetrare l'autismo del paziente, ma ad uscire dalla simbiosi. Procedendo in questo modo, si mobilita tutta l'organizzazione narcisistica del paziente (compreso l'autismo)"^{17 18}.

La rilevanza clinica assunta da queste indagini porterà Bleger ad approfondire alcuni grandi temi di teoria della tecnica, come testimoniano i suoi studi sul setting psicoanalitico¹⁹ o sulla interpretazione "clivata" (discriminativa).

Con "clivaggio" l'autore vuole indicare la separazione che si è instaurata tra la parte psicotica e quella nevrotica della personalità, fra l'Io e il non-Io, fra il mondo interno e il mondo esterno, ecc., separazione che può essere instabile, rigida, mobile o incompleta²⁰. In base alle caratteristiche e alle vicissitudini di quest'ultima, sarà possibile diagnosticare una serie di comportamenti normali o patologici e dedurre un insieme di indici utili per stabilire la prognosi e il tipo di terapia da prescrivere.

Vi sono ancora due aspetti che desideriamo segnalare prima di concludere questa presentazione: il ruolo di "organizzatore" che assume la sessualità nella conversione isterica e nelle perversioni al fine di mantenere controllato e immobilizzato il nucleo indiscriminato; l'insistenza dell'Autore sul predominio di un altro senso della realtà e non soltanto della disorganizzazione nella parte psicotica della personalità. Ma c'è di più: gran parte della patologia degli aspetti indiscriminati della personalità non dipende dall'identificazione proiettiva²¹: quello che emerge nello *splitting* patologico (nella simbiosi quando improvvisamente si perde il depositario simbiotico) è il persistere di residui di indiscriminazione primitiva. Questa, dunque, costituisce potenzialmente una fonte di chiarezza per il soggetto se viene a poco a



poco discriminata e integrata nella personalità (*splitting* normale del nucleo indiscriminato); in tal caso – dice Bleger – l’obiettivo maieutico e quello della cura non consistono soltanto in un arricchimento della personalità, ottenuto tramite l’inserimento, il recupero, di ciò che era stato segregato nei sintomi (nevrosi), bensì nella formazione di strutture nuove e diverse da quelle che il paziente possedeva: “Una vera e propria modifica, attraverso la discriminazione, con l’acquisizione di possibilità, attitudini, sentimenti che nel paziente non sono mai esistiti in quanto tali”²². L’interazione di questi tre fattori (parte psicotica della personalità, parte nevrotica, clivaggio) e delle loro caratteristiche costituisce l’armamentario che Bleger utilizza per un processo di revisione dei quadri, della tecnica di interpretazione e dei criteri di diagnosi e di prognosi (nonché per una nuova visione della dinamica dei rapporti fra salute e malattia) al fine di fondare una psichiatria psicoanalitica con nuovi contributi ed elaborazioni.

Questa raccolta rappresenta solo l’avvio di un progetto di lavoro che avrebbe dovuto confluire in due libri: *Psicopatologia e alienazione* e *Temi per una psichiatria psicoanalitica*²³.

La morte prematura di José Bleger lascia incompiuta la sua opera, di cui ci rimane questa serie di lavori (alcuni dei quali inediti al momento della sua morte) che costituiscono una testimonianza dello sforzo di elaborazione da lui compiuto e che ci invitano alla discussione e a nuovi apporti clinici e teorici.

Venezia, maggio 1989
Mauro Rossetti



3.

Il colloquio psicologico*

Il colloquio è uno strumento fondamentale del metodo clinico e costituisce quindi una tecnica d'indagine scientifica della psicologia. In quanto tecnica, ha i suoi propri procedimenti o le sue regole empiriche che permettono non soltanto l'ampliamento e la verifica della conoscenza scientifica, ma anche la sua applicazione. Come vedremo, questo duplice aspetto della tecnica riveste un'importanza particolare nel caso del colloquio poiché, fra l'altro, identifica o fa confluire nello psicologo le funzioni del ricercatore e dell'operatore, in quanto la tecnica è il punto d'interazione fra la scienza e le esigenze di carattere pratico. In tal modo, il colloquio consente di applicare le conoscenze scientifiche e nel contempo di portare la vita quotidiana dell'essere umano sul piano della conoscenza e dell'elaborazione scientifica, e questo in un processo ininterrotto d'interazione.

Il colloquio è uno strumento molto diffuso, e dobbiamo delimitarne la portata, oltre a definire l'ambito del nostro discorso. Il colloquio può avere, nelle sue molteplici utilizzazioni, svariati obiettivi, come nel caso del giornalista, del dirigente d'azienda, del direttore didattico, dell'insegnante elementare, del giudice, ecc. Noi ci occuperemo qui del colloquio psicologico, intendendo come tale quello in cui si perseguono obiettivi di carattere psicologico (indagine, diagnosi, terapia, ecc.). Ci limiteremo dunque, in questo lavoro, allo studio del colloquio psicologico, e non soltanto al fine d'indicare alcune delle regole pratiche che permettono una sua efficace e corretta utilizzazione, ma anche per sviluppare in qualche misura questo tipo di studio partendo da una prospettiva psicologica.

In questo senso, buona parte di quanto diremo qui potrà essere utilizzata o applicata in ogni tipo di colloquio, poiché in ogni



colloquio intervengono necessariamente fattori o dinamiche psicologiche. Il colloquio psicologico dunque, trae la propria denominazione esclusivamente dai suoi obiettivi o dalle sue finalità, come abbiamo rilevato in precedenza.

Se lo consideriamo come tecnica prendiamo in esame, quindi, due aspetti: il primo riguarda le regole o le indicazioni pratiche per la sua realizzazione, il secondo la psicologia del colloquio psicologico che sta alla base di tali regole. Prendiamo in considerazione, in altri termini, la tecnica e la teoria della tecnica del colloquio psicologico.

Circoscritto in questo modo, esso costituisce lo strumento di lavoro essenziale non soltanto per lo psicologo, ma anche per altri operatori (psichiatri, assistenti, operatori sociali, sociologi, ecc.).

Il colloquio può essere di due tipi fondamentali: aperto o chiuso. Nel secondo caso, le domande sono già state predisposte, come anche l'ordine e le modalità della loro formulazione, che l'esaminatore non può alterare. Nel colloquio aperto, invece, questi ha ampia libertà per quanto riguarda le domande o gli interventi e si concede tutta la flessibilità necessaria in ogni caso particolare. Il colloquio chiuso è in realtà un questionario che ha una stretta relazione con il colloquio, in quanto l'utilizzazione di certi principi e regole che stanno alla base di quest'ultimo consente e facilita l'applicazione del questionario stesso. Tuttavia, il colloquio aperto non è essenzialmente caratterizzato dalla libertà di porre le domande, poiché, come vedremo più avanti, il nucleo essenziale del colloquio psicologico non sono le domande e neppure il proposito di raccogliere dati sulla storia dell'esaminando.

Anche se i presupposti di tutto ciò verranno chiariti più avanti, teniamo a sottolineare fin d'ora che la libertà dell'esaminatore, nel caso del colloquio aperto, consiste in una flessibilità sufficiente a permettere all'esaminando, per quanto possibile, di configurare l'ambito del colloquio secondo la sua particolare struttura psicologica o, in altri termini, di far sì che il campo del colloquio si configuri il più possibile in base alle variabili che dipendono dalla personalità del soggetto esaminato.

Considerato in questo modo, il colloquio aperto permette di compiere un'indagine più ampia e approfondita sulla personalità dell'esaminando, mentre il colloquio chiuso può consentire



una migliore comparazione sistematica dei dati, oltre a presentare altri vantaggi propri di ogni metodo standardizzato. Partendo da un'altra prospettiva, che tenga conto del numero dei partecipanti, si distingue il colloquio in individuale e di gruppo, a seconda che gli esaminatori e/o gli esaminandi siano uno o più di uno. In realtà, il colloquio psicologico è sempre, in ogni caso, un fenomeno di gruppo poiché, anche quando vi partecipa un solo esaminando, la sua relazione con l'esaminatore deve essere considerata in funzione della psicologia e della dinamica di gruppo.

Un'altra distinzione che si può operare fra i diversi tipi di colloquio è quella fondata sul beneficiario del risultato; in base ad essa possiamo individuare:

- il colloquio realizzato a beneficio dell'esaminando, come nel caso della consultazione psicologica o psichiatrica;
- il colloquio condotto con obiettivi di ricerca, nel quale quello che conta sono i risultati scientifici;
- il colloquio effettuato nell'interesse di un terzo (un'istituzione).

Ognuno di essi comprende variabili diverse di cui si dovrà tenere conto, poiché modificano o condizionano l'atteggiamento sia dell'esaminando che dell'esaminatore, nonché il campo globale del colloquio. Il primo tipo di colloquio si differenzia inoltre dagli altri due per il fatto che in questi ultimi è indispensabile che l'esaminatore stimoli l'interesse e la partecipazione dell'esaminando (che lo "motivi").

3.1 Colloqui, consultazione e anamnesi

Sia il metodo clinico che la tecnica del colloquio provengono dal campo della medicina, ma i procedimenti della pratica medica – seppure simili – non vanno confusi con il colloquio psicologico, né sovrapposti a esso.

La consultazione consiste in una richiesta di assistenza tecnica o professionale che può essere soddisfatta in molti modi, uno dei quali è il colloquio. Consultazione non è sinonimo di colloquio, giacché quest'ultimo è soltanto uno dei procedimenti con cui il tecnico o l'operatore, psicologo o medico, può rispondere alla



saminando – e che dipende dal livello e dal tipo di organizzazione della sua personalità – per affrontare i propri conflitti e risolverli.

3.9 L'esaminatore

Per l'esaminatore lo strumento di lavoro è egli stesso, la sua personalità, che immancabilmente entra in gioco nel rapporto interpersonale. A complicare le cose vi è il fatto che l'oggetto di studio è un altro essere umano. Questo implica che, nell'esaminare la vita degli altri, l'esaminatore riveda e riesamini la sua esistenza, la sua personalità, i suoi conflitti e le sue frustrazioni.

La vita e la vocazione dello psicologo, del medico e dello psichiatra meriterebbero, in se stesse, uno studio dettagliato, che qui non affronterò; desidero comunque ricordare che essi sono dei tecnici incaricati professionalmente di stare tutti i giorni a stretto e diretto contatto con il mondo sotterraneo della malattia, dei conflitti, della distruzione e della morte. Per lo sviluppo e l'esercizio della psicologia e della medicina si è dovuto ricorrere a una specie di finzione e di dissociazione, che consiste nell'occuparsi degli esseri umani come se non fossero tali. Nel tirocinio del medico vi è la tendenza, di carattere inconscio e difensivo, a iniziare la preparazione a contatto con il cadavere. Quando vogliamo occuparci della malattia degli esseri umani considerati come tali, le nostre ansie aumentano, ma siamo costretti nello stesso tempo a liberarci dei blocchi e delle difese. Per tutte queste ragioni la psicologia ha impiegato tanto tempo prima di svilupparsi e d'inserirsi nell'ambito della medicina e della psichiatria. Il che apparirebbe paradossale se non tenessimo conto dei processi difensivi; ma proprio il medico, la cui professione è curare i malati, tende, in proporzione più di altri, a non vedere o a negare le sue malattie o quelle dei suoi familiari. In psichiatria, medicina psicosomatica e psicologia, tutto questo non è più possibile. Il contatto diretto con esseri umani considerati come tali pone il tecnico di fronte alla sua vita, alla sua salute o alla sua malattia, ai suoi conflitti e alle sue frustrazioni. Se non fa in modo che questo impatto sia graduale, il suo compito diventa impossibile. Egli infatti o prova un'ansia eccessiva che gli impedisce di agire oppure blocca l'ansia rendendo sterile il suo lavoro.



L'esaminatore deve agire mantenendosi dissociato, cioè operare in parte attraverso un'identificazione proiettiva con l'esaminando e in parte rimanendo al di fuori di tale identificazione, osservando e controllando quello che succede, in maniera da rendere graduale l'impatto emozionale e la disorganizzazione ansiosa. Sarebbe allora necessario sviluppare la psicologia e la psicopatologia dello psichiatra e dello psicologo per affrontare il problema della loro formazione professionale e del loro equilibrio mentale.

La dissociazione sulla base della quale deve operare l'esaminatore è nello stesso tempo funzionale e dinamica – nel senso che devono intervenire costantemente la proiezione e l'introiezione – e sufficientemente plastica o “porosa” da consentirgli di rimanere entro i limiti di un atteggiamento professionale. Nel corso del suo lavoro, lo psicologo può oscillare facilmente fra l'ansia e il blocco senza che questo disturbi il suo compito, sempre che sia in grado di risolvere ambedue i fenomeni man mano che compaiono.

Il passaggio, nel colloquio, dalla normalità alla patologia diviene impercettibile. Una cattiva dissociazione, accompagnata da ansia intensa e persistente, conduce lo psicologo a sviluppare nei confronti dei suoi esaminandi comportamenti fobici oppure ossessivi che lo inducono a evitare il colloquio o a interporvi strumenti e test per sfuggire il contatto personale e l'ansia che ne deriva. La classica fretta del medico, che tanto spesso ricorre nella satira, è una costante fuga fobica dai malati. La difesa ossessiva si manifesta, invece, in colloqui stereotipati durante i quali tutto è regolato e previsto attraverso l'elaborazione abitudinaria di storie cliniche. In questo caso lo strumento di lavoro, il colloquio stesso, si trasforma in un rituale. Troviamo anche il blocco, per effetto del quale l'esaminatore mette in atto, dice e vede sempre le stesse cose, applica quello che sa e che lo fa sentire sicuro. L'urgenza di fare diagnosi e la compulsione a utilizzare farmaci sono altri elementi di questa fuga e di questo rituale del medico di fronte al malato. Tutto ciò provoca l'alienazione dello psicologo e dello psichiatra, oltre a quella del paziente, e di conseguenza l'intera struttura ospedaliera e sanitaria diventa un ulteriore fattore di alienazione. Vi è anche il rischio di una proiezione dei propri conflitti sull'esaminando e di una certa compulsione a gravitare, e a ricercare o individuare dei disturbi nella sfera in cui, dentro di sé, ci si rifiuta di riconoscerli. La rigidità e la proie-



zione portano a trovare soltanto quello che si cerca e di cui si ha bisogno e a condizionare tanto ciò che si trova quanto ciò che non si trova. Un esempio molto significativo e piuttosto comune, è quello di un giovane medico che all'inizio del suo tirocinio in psichiatria, assistendo a un colloquio e alla diagnosi di una fobia, disse che non era così, che quello di cui soffriva il paziente non era né una fobia né una malattia, dal momento che egli stesso ne soffriva.

Quando la proiezione attraverso la quale opera il tecnico è troppo intensa compare una reazione fobica nel campo stesso di lavoro. Se, al contrario, questa proiezione subisce un blocco eccessivo, l'esaminatore si allontana e non è più in grado di capire quello che accade. Tipi diversi di persone possono provocare nell'esaminatore reazioni controtransferali tipiche, che egli deve essere costantemente in condizione di osservare e risolvere per utilizzarle come informazioni e strumenti nel corso del colloquio stesso.

Si può descrivere in un altro modo la dissociazione mediante la quale deve lavorare l'esaminatore, dicendo che questi deve sostenere i ruoli che gli vengono assegnati dall'esaminando, senza tuttavia assumerli interamente. Se ad esempio avverte un rifiuto, assumere il ruolo significa mostrare e agire il rifiuto respingendo effettivamente l'esaminando in forma verbale, con un particolare atteggiamento o in qualsiasi altro modo. Giocare il ruolo significa invece percepire il rifiuto, comprenderlo, trovare gli elementi che ne sono la causa, le motivazioni che spingono l'esaminando a provocarlo, e utilizzare infine l'insieme di informazioni di cui si è in possesso per chiarire il problema o comunque modificarlo. Quanto più psicopatico è l'esaminando, tanto più è possibile che l'esaminatore assuma e agisca i ruoli. L'assunzione del ruolo comporta la rottura dell'inquadramento del colloquio. Fastidio, stanchezza, sonno, irritazione, blocco, pena, affetto, rifiuto, seduzione, ecc., sono tutti indizi di controtransfert. Man mano che questi vissuti compaiono l'esaminatore deve percepirli come tali e risolverli analizzandoli fra sé e sé sia in funzione della personalità dell'esaminando che della propria, nonché del contesto e del momento in cui si manifestano nella comunicazione.

Lo psichiatra insicuro o poco esperto non sa che fare con tutti questi dati e, per non sentirsi oppresso, ricorre di frequente alla



ricetta, interponendo i farmaci fra sé e il paziente. In queste condizioni, la farmacologia diventa un fattore alienante perché alimenta le fantasie magiche nel paziente e nel medico e fa in modo che essi si dissocino nuovamente dai rispettivi conflitti. Qualcosa di molto simile lo psicologo, spesso, lo fa con i test. Per contrastare questa tendenza è importante – se non addirittura indispensabile – che lo psichiatra e lo psicologo non operino isolatamente, ma formino per lo meno dei gruppi di studio e di discussione nei quali si riveda il lavoro svolto. Nessun clima meglio dell'isolamento professionale può favorire la stereotipia, perché nell'isolamento si finiscono per mascherare le difficoltà con l'onnipotenza.

3.10 *L'esaminando*

Esaminare le circostanze di un colloquio significherebbe passare in rassegna tutta la psicologia, la psichiatria e la psicopatologia, per cui mi limiterò a citare qui soltanto alcune situazioni tipiche nel campo della psicologia clinica, in particolare quelle che normalmente non vengono prese in considerazione, ma che rivestono una grande importanza.

In linea generale, perché una persona si sottoponga a un colloquio deve avere la percezione o l'*insight* che qualcosa non va, che qualcosa è cambiato, oppure deve percepire se stessa con ansia o timore. Questi sentimenti possono essere talmente intensi e intollerabili da spingere il soggetto a ricorrere, durante il colloquio, a una negazione e a una resistenza sistematica, con cui ovviamente cerca di assicurarsi che non succeda nulla, facendo in modo che il tecnico non riconosca in lui niente di anomalo. In qualche caso si definisce come malato chiunque chieda una consultazione; a prescindere dal fatto che una definizione di questo tipo è priva di significato, è anche vero che l'esaminatore deve accettare tale criterio, se non altro come incentivo per indagare dettagliatamente al di là delle rimozioni, negazioni o scotomizzazioni dell'esaminando.

Schilder ha suddiviso in cinque gruppi gli individui che consultano il medico, o perché soffrono o perché fanno soffrire gli altri, in base al tipo di problemi di cui si lamentano, che possono essere: a) fisici; b) mentali; c) legati alla mancanza di successo;



d) inerenti alle difficoltà della vita quotidiana; e) recriminazioni di altri nei loro confronti.

Se invece seguiamo la ripartizione delle aree di comportamento fatta da E. Pichon-Rivière, possiamo considerare tre gruppi, a seconda che il predominio di inibizioni, sintomi, lamentele o proteste si ripercuota maggiormente nell'area della mente, del corpo o del mondo esterno. Il paziente può esprimere lamentele o accuse: nel primo caso predomina l'ansia depressiva, nel secondo quella paranoide.

Queste suddivisioni tendono a non differenziare i malati organici dai malati mentali, né le malattie organiche da quelle funzionali o psicogenetiche. Esse vengono applicate a qualunque tipo di esaminando che vada da qualsiasi specialista e tendono piuttosto a dare un orientamento sulla personalità del soggetto, sul modo in cui cerca di ridurre le sue tensioni, di sopportare o risolvere i suoi conflitti.

Possiamo fare una distinzione fra l'esaminando che viene a consultarci di propria iniziativa e quello che ci viene condotto da altri perché "è stato mandato". Questi diversi atteggiamenti possono già fornirci una prima importante indicazione, che tuttavia è lungi dall'essere sistematica o patognomonica. Chi viene da solo ha un certo *insight* o una certa percezione della propria malattia e corrisponde al paziente nevrotico, mentre lo psicotico ha bisogno che qualcun altro prenda l'iniziativa per lui. Chi non ha motivi per sottoporsi al colloquio, ma ci viene perché lo hanno mandato, rientra nell'area della psicopatìa: è qualcuno che fa agire gli altri al posto suo e delega loro le proprie preoccupazioni e il proprio malessere.

Vi è anche il caso di chi ci consulta per un suo familiare. In circostanze del genere, sottoponiamo al colloquio la persona che è venuta da noi, indagando sulla sua personalità e sul suo comportamento. In questo modo, estendiamo già la nostra ricerca dall'esaminando al gruppo familiare. Se l'esaminando è preceduto da qualcuno che viene a darci informazioni sul suo conto, questi deve essere avvertito che ciò che dirà verrà comunicato al paziente. Questo contribuisce a "sgombrare il campo" e a farci evitare delle scissioni molto difficili da gestire in seguito. Chi viene a consultarci è sempre un emergente dei conflitti del gruppo familiare; distinguiamo inoltre fra le persone che si presentano da sole e quelle che arrivano accompagnate, che sono rappresen-



tative di gruppi familiari diversi.

Chi viene da solo è il rappresentante di un gruppo familiare schizoide, nel quale la comunicazione fra i membri è estremamente precaria: essi vivono dispersi o separati e presentano un blocco affettivo di un certo rilievo. Spesso, di fronte a persone di questo tipo, il tecnico tende a domandarsi con chi può parlare e chi deve informare. Un altro gruppo familiare, di carattere opposto al primo, è quello a cui appartengono coloro che si presentano al colloquio in diversi, tanto che il tecnico è costretto a chiedersi chi è l'esaminando o per chi sono venuti: è il gruppo epilettoide, vischioso o agglutinato, nel quale vi è un'assenza o una carenza di personificazione dei membri, con un alto grado di simbiosi o di interdipendenza. Come nel caso precedente il malato è isolato e abbandonato, così in questo è circondato da una sollecitudine esagerata e asfissiante.

Questi due tipi opposti di gruppo familiare possiamo trovarli nelle loro forme estreme, oppure in altre meno accentuate, o miste. Vi è anche chi viene al colloquio accompagnato da qualcuno, da un familiare o un amico: è il caso del fobico che ha bisogno di un accompagnatore. Quella delle coppie i cui componenti si accusano a vicenda di nevrosi, di infedeltà, ecc., è un'altra situazione in cui, come in quelle precedenti, si sottopongono al colloquio tutte le persone presenti, che vengono trattate come un gruppo diagnostico che – come vedremo – è sempre, in qualche misura, anche terapeutico. Il tecnico agisce qui come osservatore partecipante, intervenendo nei momenti di tensione, o quando la comunicazione s'interrompe, o per segnalare gli incroci proiettivi.

Quando viene consultato da gruppi, lo psicologo non deve accettare il criterio della famiglia per determinare chi è il malato, ma prendere in considerazione tutti i suoi membri e operare come se il gruppo stesso fosse il malato. In questi casi, l'incrocio dei ruoli e la dinamica del gruppo sono gli elementi che servono come orientamento per far acquisire *insight* della situazione all'intero gruppo.

L'oscillazione della malattia in un gruppo familiare è un altro fattore di estrema importanza. Ad esempio, in una coppia in cui uno è fobico e l'altro è il suo accompagnatore, quando il primo migliora o guarisce, compare la fobia nel secondo. L'accompagnatore del fobico è dunque anch'egli fobico, ma i ruoli vengo-



no ripartiti all'interno della coppia.

Altre volte, la famiglia si presenta allo psicologo soltanto quando il trattamento è già a buon punto e il paziente ha avuto o è in procinto di avere un miglioramento; la sua normalizzazione fa sì che la tensione del gruppo familiare non possa più "scaricarsi" attraverso di lui, ed ecco manifestarsi allora lo squilibrio o la malattia nel gruppo familiare.

Tutto questo spiega ampiamente un fenomeno di cui si deve sempre considerare la presenza nella famiglia di un malato: i sensi di colpa, di cui bisogna tenere conto per valutarli e utilizzarli nel modo più opportuno. Questo fenomeno si manifesta con maggiore evidenza nel caso di malattie mentali in bambini o in insufficienti mentali. Ciò è connesso anche con il cosiddetto fenomeno del "bambino sbagliato". Questi genitori vengono a consultarci portando il bambino più sano e soltanto dopo essersi assicurati che il tecnico non li incolpi o non li accusi riescono a parlare o a chiedere consiglio sul figlio malato.

In tale ambito, e in relazione con tutti questi fenomeni, la psicologia di gruppo – la sua conoscenza e la sua corretta utilizzazione – riveste un'importanza fondamentale, non soltanto ai fini dei colloqui diagnostici e terapeutici, ma anche della valutazione delle cure, o quando si tratti di decidere l'interruzione di un ricovero, ecc.

3.11 Funzionamento del colloquio

Ho insistito sul fatto che il campo del colloquio deve essere configurato fondamentalmente dalle variabili relative alla personalità dell'esaminando. Quest'attenzione implica che quello che propone l'esaminatore sia sufficientemente ambiguo da permettere all'esaminando di mettere in gioco il più possibile la propria personalità.

Per quanto questi presupposti siano veri, esiste tuttavia un ambito o un'area in cui l'ambiguità non deve esistere, ma il cui confine, al contrario, deve essere mantenuto e a volte difeso dall'esaminatore. In quest'ambito rientrano tutti i fattori che fanno parte dell'inquadramento del colloquio: tempo, luogo e ruolo tecnico dell'operatore. Il tempo si riferisce a un orario e a un limite posto all'estensione del colloquio; lo spazio corrisponde



7.

Perversioni*

Di José Bleger - Natalio Cvik - Beatriz Grunfeld

Il concetto di perversione è strettamente legato ad altri due modelli concettuali che caratterizzano le perversioni in quanto aberrazioni o deviazioni il cui numero e tipo è in relazione agli istinti di cui si riconosce l'esistenza e che possono deviare o scostarsi dalla norma. Quegli autori che ammettono una pluralità d'istinti intendono la perversione in un senso ampio che include, per esempio, la perversione dell'"istinto di conservazione", del "senso morale" (delinquenza), degli "istinti sociali" (prossenetismo), dell'"istinto di nutrizione" (bulimia, dipsomania); si definisce anche come perverso un carattere o un comportamento crudele o maligno. A questo proposito Laplanche e Pontalis segnalano che l'aggettivo "perverso" è ambiguo in quanto corrisponde a due sostantivi: "perversità" e "perversione". Con il primo termine si designano la malignità, la crudeltà o la tendenza distruttiva proprie di determinati comportamenti. In psicoanalisi si parla di perversione soltanto in relazione alla sessualità: pur riconoscendo che esistono due istinti fondamentali, si ammette l'"aberrazione" per uno solo di essi, sia in base alla prima teoria degli istinti (sessuale-Io) che a quella posteriore (Eros-Thanatos). Non si conoscono finora "perversioni dell'Io" o "perversioni dell'istinto di morte".

In ogni caso, sia che si riconosca una pluralità di istinti sia che si vogliano limitare le perversioni a quelle sessuali (ammettendo per tutte come punto focale unicamente l'istinto sessuale), in tali sistemi la perversione è sempre concepita come deviazione o aberrazione dell'istinto. È questa la corrente di pensiero seguita sistematicamente anche da Freud, il quale considera la perversione una forma di sessualità deviata, rispetto al suo oggetto o al suo fine, a causa della fissazione o della regressione dell'istinto agli stadi precedenti l'organizzazione genitale della sessualità.



In Freud² la perversione è sempre esclusivamente sessuale e viene studiata per se stessa: la perversione sessuale si ricollega a un istinto sessuale parziale. Essa si configura a sua volta come il fattore a cui si fanno risalire altri fenomeni patologici e come un parametro privilegiato della teoria psicoanalitica. Non presenteremo qui una sintesi delle successive elaborazioni di Freud sul ruolo delle identificazioni o della “scissione dell’Io” nel feticismo, tema che verrà trattato separatamente³.

Quando in seguito si include l’istinto di morte nello schema psicoanalitico delle perversioni (in particolare in M. Klein) il quadro si complica ulteriormente, poiché allora i comportamenti distruttivi (perversità) e le perversioni non sarebbero più soltanto deviazioni o aberrazioni della sessualità, ma in essi interverrebbe anche l’istinto di morte (o la sua espressione, cioè il sadismo). È vero che secondo M. Klein le perversioni sessuali sono legate più all’aggressività e all’ansia che all’istinto sessuale; si potrebbe anzi affermare che nella concezione di questa autrice esse si caratterizzano come perversità.

Un’altra corrente di pensiero ha posto in relazione le perversioni con le psicopatie; autori come Kraft Ebing o Von Schrenk-Notzlin le consideravano infatti come tali e anche secondo Fenichel⁴ i perversi e i nevrotici impulsivi non sono dei nevrotici, ma degli psicopatici; tuttavia tale caratterizzazione, corretta a nostro giudizio, è stata in seguito abbandonata e si sono costituiti due quadri rigorosamente separati che comprendono l’uno le perversioni e l’altro le psicopatie. In precedenza, anche quelle che oggi chiamiamo personalità psicopatiche erano considerate “perversioni del senso morale” (*moral insanity*).

Attualmente si tende sempre più a includere le perversioni (o “deviazioni”, come preferiscono denominarle altri autori) fra le “sociopatie”.

In psicoanalisi, il panorama clinico e teorico delle perversioni è ben lungi dall’essere chiarito o risolto; così, ad esempio, Sachs⁵ segnala che la perversione è una figura teorica di incerta comprensione e indica le dipendenze come l’anello di congiunzione fra la gratificazione perversa e il sintomo nevrotico. M. Schmi-deberg⁶ afferma che gli atti delittuosi sono perversioni.



BIOGRAFIA DI JOSÉ BLEGER

Di Leopoldo Bleger

Un'unica tensione

Leggendo i testi di José Bleger, dalle tematiche in apparenza così diversificate, si resta meravigliati, malgrado tutto, dall'omogeneità del tono. Non solo perché si può ritrovare quasi dappertutto la stessa problematica, ma di più, perché si riscontra in campi molto diversi lo stesso tipo di approccio. Tutti coloro che l'hanno conosciuto evocano nel loro ricordo il particolare modo di venire in contatto, che ha come comun denominatore un suo caratteristico modo di pensare. Nei suoi testi si ritrova questa stessa impostazione? Io penso di sì. La singolarità del suo pensiero si profila nonostante i limiti di un certo linguaggio, d'obbligo nell'ambiente analitico. Poiché il *leitmotiv* di José Bleger, l'indifferenziazione primitiva, connota l'opera di molti altri analisti, non è dunque tanto il pensiero in se stesso che caratterizza la sua opera quanto piuttosto il modo di pensare. Non bisogna meravigliarsi di ritrovare qui ciò che rappresenta una delle chiavi della storia della filosofia. È il pensiero che interroga se stesso, il processo è inseparabile dall'oggetto. È così che si ritorna alle questioni originarie, sempre le più pertinenti. Durante gli anni Cinquanta l'ipotesi dell'indifferenziazione primitiva era lungi dall'essere un'idea scontata, ma è diventata poi nozione *passépartout* buona a nascondere la mancanza di rigore e l'eccessiva fiducia nell'intuizione, propria di una certa tendenza degli anni Ottanta. Penso che lo sforzo di José Bleger, più intenso verso la fine della propria vita, tendeva a ben inquadrare il posto dell'indifferenziazione primitiva, per poter così trarne le conseguenze. Se l'intuizione non è da rifiutare, resta malgrado tutto incapace di spiegare e in tal modo di lasciarsi trasmettere. Del resto l'intuizione è spesso appropriazione d'un elemento della struttura: è ciò che le conferisce talvolta il suo carattere folgorante. Ho fatto riferimento prima al comun denominatore del suo pensiero. Tuttavia credo che si darebbe una falsa immagine presentando questo pensiero come una concezione "blegeriana" della psicoanalisi e della psicologia. Non si tratta tanto di elencare i contributi di Bleger alla salute mentale, quanto di spiegare come si tro-



vi lo stesso filo conduttore in campi in apparenza tanto lontani. Proprio come nella pianta la cui struttura si ritrova in ogni suo elemento.

Anni di formazione

Poiché si tratta di far conoscere José Bleger a un pubblico che suppongo poco al corrente del suo percorso e del contesto, occorre dare in questa sede alcuni elementi biografici. Non tanto per soddisfare la curiosità dei lettori di sapere chi fosse José Bleger, curiosità fra l'altro naturale, quanto perché la sua traiettoria, il suo interrogarsi, persino le sue incertezze riflettono la storia di una generazione, la storia *tout court* di un periodo dell'Argentina. Bleger è nato in Argentina nel 1922 da genitori ebrei immigrati. Il suo impegno nella professione e nell'attività politica si sono sviluppati in parallelo al momento in cui il Paese faceva l'esperienza del populismo peronista: la spinta di una borghesia che trascinava dietro di sé i ceti popolari e le loro rivendicazioni. A quell'epoca, la maggior parte degli intellettuali era più preoccupata per il dibattito sul fascismo il cui epicentro era l'Europa. L'adesione al Partito Comunista e le inquietudini esistenziali erano per essi due aspetti inscindibili di una stessa militanza. Terminati gli studi di medicina nel 1946 a Rosario, a circa 500 km da Buenos Aires, inizia a esercitare la libera professione di neurologo e di psichiatra più a nord ancora, a Santiago del Estero là dove sono nati i suoi figli, mia sorella e io. È qui che, avendo un impiego che prevedeva l'obbligo di residenza, prende la decisione d'intraprendere un'analisi con Enrique Pichon-Rivière. Egli era un personaggio d'una sorprendente perspicacia che ha consolidato il campo della ricerca in psichiatria, psicoanalisi, psicologia dei gruppi e delle istituzioni. Se si può parlare di una scuola argentina di psicologia e di psicoanalisi, allora una parte di questa scuola trova la propria ispirazione nel suo insegnamento. Poiché Pichon-Rivière è un autore poco prolifico, fautore di un insegnamento orale, i conoscitori del suo stile ritroveranno facilmente nei testi di Bleger i riferimenti impliciti a lui e al suo modo di pensare. Nessuna accentuazione potrebbe essere troppo forte per sottolineare l'impatto e la portata del pensiero di Pichon-Rivière su quello di Bleger. Fu pro-



prio Pichon che indicò una via intersoggettiva e situazionale piuttosto che storico-genetica, un punto di vista concreto e drammatico – nel significato che Politzer dava a questi termini – piuttosto che pulsionale, come era inteso all'epoca. Quando José Bleger inizia la sua formazione nella “Asociacion Psicoanalitica Argentina” aderente all'IPA, questo era un gruppo giovane di fronte a un ambiente della salute mentale quasi interamente manicomiale e a una psicologia puramente accademica.

Un territorio inesplorato si presentava davanti ai primi analisti argentini; il loro ruolo sarà determinante. Bisogna collocare a questo punto l'influenza di Georges Politzer, quello prima maniera, quello della critica del sostanzialismo dell'ipotesi dell'inconscio, un rischio probabilmente inerente a ogni ipotesi. Si sa che, a un certo punto, la critica di Politzer si è rivolta contro di sé per diventare ciò che si può definire critica stalinista. Il lavoro di mio padre segue, sebbene solamente in parte, la critica della metapsicologia freudiana. Questo legame con l'elaborazione di Politzer non deve nascondere una differenza sostanziale quando la suddetta elaborazione viene ripresa in mano da Bleger. Secondo quest'ultimo non si può negare alla psicoanalisi un posto assai particolare nella storia della psicologia. La critica è per Bleger una necessità interna alla stessa teoria e alla stessa pratica, e non un'arma per distruggere. Più avanti prenderemo in esame la fonte di un'altra critica alla metapsicologia, fonte dalla quale Bleger attingerà. Già installato a Buenos Aires in maniera definitiva dal 1954, pubblica nel 1957 *Psicoanalisi e dialettica materialista*. Non si tratta di una sintesi freudo-marxista sulla scia di un Reich o di un Marcuse. È una serie di studi sugli schemi di riferimento di Freud così come un primo tentativo per dar corpo a un utilizzo della dialettica che Bleger pensa di ritrovare nella stessa pratica psicoanalitica. Alcuni anni più tardi, continua questa stessa linea di lavoro con la pubblicazione delle opere psicologiche complete di Politzer in spagnolo con una lunga prefazione e parecchi saggi annessi. Nel 1962 fa un viaggio in Unione Sovietica. Al ritorno può soltanto testimoniare dell'antisemitismo ufficializzato. Bleger, che parla correntemente l'yiddish, non ha potuto che constatare ciò che molti altri avevano visto prima di lui. Un articolo e un dibattito su questa questione faranno precipitare la rottura con il Partito, epilogo inatteso delle dispute sulla psicoanalisi di alcuni anni prima. Molto rapi-



damente ha potuto sottrarsi al fatalismo della “vecchia guardia del Partito”, mescolanza d’acredine, rimpianto lancinante e staticità del pensiero nella denuncia della propria delusione. L’impegno politico di Bleger era di dominio pubblico in Argentina. Le sue idee di sinistra resteranno le stesse. In un paese dove la politica è, per forza di cose, al primo posto da decenni, il prendere posizione non è percepito come una stonatura. Nel caso di José Bleger bisognerebbe ricordare che era un uomo che teneva ai suoi impegni.

Campi d’azione

È durante gli anni Sessanta che si definiranno i suoi vari campi d’attività. Dapprima all’Asociación Psicoanalítica dove, oltre alla sua funzione didattica e al suo insegnamento nei seminari di formazione, propone la creazione di un centro d’assistenza. Il “Centro Racker” – dal nome d’un analista – proponeva un percorso analitico a coloro che attraverso il proprio lavoro erano in contatto con una vasta popolazione. Benché ciò evochi le “cliniche” dei vari gruppi analitici, a cominciare dalla prima, quella di Berlino del 1920, il “Centro Racker” era per Bleger il progetto d’un centro di ricerca. Prima a Rosario e poi a Buenos Aires, mio padre faceva parte di quel gruppo di psicoanalisti che hanno fondato il Corso di Psicologia all’Università Argentina. Sarà anche professore alla scuola di Psichiatria Sociale di Pichon-Rivière. È con lui che avrà luogo la prima esperienza secondo la tecnica dei “gruppi operativi”, quella metodologia cioè che permette l’elaborazione di tutto ciò che ostacola un obiettivo che lo stesso gruppo s’è posto all’inizio. Il suo insegnamento alla Facoltà è all’origine di *Psicología de la Conducta* (Psicologia del Comportamento). Strano destino quello di questo libro che ha probabilmente cambiato molto l’orientamento della psicologia in Argentina. Questo libro rappresentava un piano di lavoro per tutti quelli che hanno dovuto far fronte agli esponenti della vecchia guardia, ma è anche diventato un manuale, il libro di testo che si impara a memoria nella scuola secondaria. Il suo scopo è chiaramente espresso da Bleger: proporre un procedimento riunificatore di fronte a delle conoscenze parcellizzate e alla pretesa di ogni corrente della psicologia di essere la sola nel “vero”. Non è



un caso se l'opera porta questa dedica "Al mio maestro Dottor Enrique Pichon-Rivière"¹. La vita latino-americana permetteva, incitava quasi a tentare l'estensione della sfera della psicoanalisi al campo dell'istituzione e dei gruppi.

Due libri riuniscono una buona parte di questa riflessione e della sua esperienza: *Psicohigiene y Psicología Institucional* e *Temas de Psicología*.

La prassi in se stessa

Possiamo ora tornare al tentativo di comunicare ciò che è stato il singolare punto d'arrivo di Bleger. Ho affermato prima che supponevo di scrivere per un pubblico che conosce poco più che l'eco del peso che il suo nome ha potuto avere in Argentina. In questo senso i lettori che mi sono attribuito – a torto o a ragione – fanno parte del testo. Ora noto e riscontro l'apparente evidenza con la quale certe idee che lo riguardano mi vengono in mente. Il modello concettuale di Bleger corrisponde molto bene alla situazione nella quale si trova ciò che cerco di comunicare in questo momento. Si tratta degli aspetti muti della situazione e che tuttavia sono quelli che la strutturano. Si potrebbe credere, nel caso di questo Autore, a una sensibilità particolare a questi aspetti muti; si tratta piuttosto di considerare questa ipotesi al centro della problematica stessa. In uno stile per niente brillante ma che mi colpisce per la passione, José Bleger voleva trarre le conseguenze di questa determinazione. Trovo sorprendente la descrizione fatta in termini di aspetti muti così come lo stesso Bleger l'utilizza. Tanto più sorprendente se si ricorda che uno dei pochi modi che trova Freud per descrivere la pulsione di morte è stato giustamente di definirla muta². Ora se impiegherò termini come determinazione, ipotesi, modello concettuale (anche se è alla maniera di Pichon-Rivière e del suo "schema concettuale, di riferimento e operativo" in spagnolo "ECRO") per definire l'indifferenziazione primitiva, in questo modo ci ritroveremo nel più puro stile freudiano. Restando su questo piano l'equivoco sarà al suo *zenit*. Il pensare in termini d'indifferenziazione primitiva permette di notare immediatamente l'intensità di ciò che Bleger chiamava la dipendenza, termine che mutua da Fairbairn. Diciamo la sottomissione, la soggezione, la costrizione della



struttura. Se questo termine sembra oggi fortemente connotato, bisognerà ricordarne l'impiego fatto un tempo da Daniel Lagache. L'utilizzazione del termine dipendenza comporta secondo me un duplice rischio. Da una parte quello di collocare il suo opposto, l'indipendenza a un livello ideale, l'utilizzazione dell'uno che evoca quella dell'altro, d'altronde questa cosa presuppone un certo tipo di comportamento esteriore. Cioè di far credere che in un qualsiasi momento possiamo sfuggire alla situazione in ciò che essa ha di costrittivo e di muto. In *Simbiosi e Ambiguità* pubblicato nel 1967, ma che è una raccolta di testi attorno allo stesso filo conduttore, testi che vanno dal 1957 al 1966, ci si può accorgere del lento abbandono di questo schema. Contrariamente al modo di pensare centrato su di un ideale, Bleger giunge a riformulare le strutture psicopatologiche non come deviazioni da una norma, ma come organizzazioni con una loro propria logica. *Simbiosi e Ambiguità* si presenta come una serie di molteplici riorganizzazioni d'uno stesso elemento ordinatore, cambiando nome, portata, conseguenze. C'è in questo libro dal primo all'ultimo capitolo un continuo slittamento. Vera rifondazione terminologica che non si riduce al cambiamento di ciascun termine. Quando un termine cambia, è il significato dell'insieme che muta. La prefazione di Bleger lo dice apertamente. Siamo davanti a una ricerca e non davanti all'esposizione di una dottrina. Negli anni Sessanta Melanie Klein esercitava sulla psicoanalisi argentina un dominio assoluto. Non so se possa suscitare sorpresa o rappresentare una qualche banalità il dire ai lettori a proposito di *Simbiosi e Ambiguità* che è in Klein che José Bleger ha trovato un altro punto d'appoggio per la critica della metapsicologia freudiana. La critica in Klein è implicita, poco importanti qui le ragioni per cui è così. Il pensiero kleiniano è stato per José Bleger, la fonte più immediata ma anche una morsa che lo costringeva a trascrivere molte esperienze in termini talvolta assai poco appropriati. Fino a un certo punto questo destino è comune a tutto il pensiero analitico. Ho già citato Fairbairn. La sua influenza su Bleger mi sembra più del tipo dell'attrazione per qualcuno che, come Fairbairn, era abituato a dire ciò che pensava, e a pensare abbastanza liberamente. Anche se nel caso di Fairbairn il suo cammino l'abbia condotto, quasi involontariamente, verso una visione morale. In ogni caso questo risultato è agli antipodi della posizione di Bleger. Ma lo stile



di Fairbairn, per quanto indefinibile, è nondimeno una calamita. Esiste lungo l'opera di mio padre un tentativo di affrontare gli elementi concreti della prassi psicoanalitica. D'altronde uno dei suoi ultimi testi porta questo titolo. Se si prendono i problemi della teoria e della pratica della psicoanalisi, Bleger pensa che c'è una differenza tra ciò che gli analisti fanno e ciò che essi ammettono di fare, uno scarto tra la teoria enunciata formalmente e quella implicita nella pratica. Questa idea, un altro suo *Leitmotiv*, è una radice piena di ramificazioni. Ora, seguendo il suo modo di pensare, che era di non dire come la cosa dovrebbe essere, ma come è, la psicoanalisi appare legata a due altri aspetti, a parte quelli della teoria e della pratica. L'istituzione e l'insegnamento della psicoanalisi saranno presi non come due problemi isolati, ma come facenti parte di questa stessa prassi analitica. È forse questo punto d'arrivo che dà una punta mordace alla sua penna quando parla dell'istituzione psicoanalitica, ma senza erigere per questo barricate o indicarla come fonte del male. Come su molti altri punti, anche qui potrei ritornare al parallelo con il pensiero di Freud. Ciò avrebbe almeno il vantaggio di mostrare il carattere della critica di Bleger. O forse servirebbe a mettere in evidenza l'impronta del pensiero freudiano nella sua opera. Curioso incontro mancato con l'elaborazione freudiana: mio padre non cessava d'incrociarla lungo il corso del suo cammino. Non si tratta in Bleger dell'applicazione di certe idee al campo istituzionale. Mi sembra che con fortuna crescente, mio padre mostrava, nelle formulazioni successive, che l'istituzione non è esterna alla problematica stessa della psicoanalisi. La qual cosa andava ugualmente contro tutta una corrente della sua propria "comunità psicoanalitica" per la quale l'istituzione era un qualcosa di esterno alla psicoanalisi. Inevitabilmente prestava il fianco a che si prendessero quelli che erano i punti di riferimento del suo pensiero per una critica morale. Credo che la linea da lui tracciata non potesse che separarsi radicalmente da ogni morale, fosse anche di sinistra. Il suo interesse per il problema dell'istituzione si coglie da questa stessa idea. Disegnare il rilievo, diciamo l'orografia di una situazione implica anche capire in che cosa e perché è così e non diversamente. José Bleger voleva mostrare che l'istituzione non è un aggregato della relazione umana, ma parte essenziale della stessa. Una volta ancora Bleger si pone come un filo a piombo, quello che indica la direzione della gra-



vità e del suo peso. C'è in un buon numero dei suoi testi una libertà di pensiero che indica, sotto l'apparenza della semplicità, i contorni del problema. Il filo a piombo cade in modo inesorabile. Bleger è morto nel 1972 d'una complicazione cardiaca senza aver raggiunto la cinquantina. È un'opera considerevole per una vita, dopo tutto abbastanza corta. Ma come per ogni morte si può dire avvenuta prima del tempo, si resta con l'impressione d'un enigma, o, in ogni caso, davanti a questioni aperte.

Parigi, agosto 1989

NOTE

1. Quasi 30 anni dopo (precisamente nel 1962) un aneddoto gli darà forse un'altra dimensione. Verso gli anni più neri della repressione politica in America Latina, una donna aveva tenuto a parlarmi di suo marito, prigioniero in Uruguay. Quest'uomo si era sempre mostrato "contrario alla psicologia" in modo molto accanito, come la maggior parte dei suoi compagni di militanza. Contava solamente la lotta popolare. Poi un giorno gli capita tra le mani *Psicologia de la Conducta*. Lo legge, lo rilegge e un'altra dimensione del proprio interrogarsi gli appare. Nelle lettere che scrive alla moglie, racconta che Bleger era diventato per lui un personaggio vivo, che l'accompagna come un interlocutore fantasma che arricchisce di altri significati intere parti della sua vita. Penso che se Bleger avesse udito questa storia, sarebbe stato più fiero di questa lode che degli omaggi accademici.

2. Verso la fine di "Al di là del principio di piacere", S.A. III, 271; verso la fine del quarto capitolo di "L'io e l'Es", S.A. III, 313 e nell'ultima frase di questo stesso libro. In Bleger si ritrova impiegata questa parola, fra le altre, nel testo sul *setting* psicoanalitico, capitolo VI di *Simbiosi e Ambiguità*.



José Bleger è, nonostante gli anni, di sorprendente attualità.

La seconda edizione italiana viene oggi ripresentata da Ariele Psicoterapia che, attraverso il training della scuola di Psicoterapia Coirag, porta avanti la diffusione, la ricerca e l'attualizzazione del pensiero psicoanalitico di questo autore.

Nella prima parte José Bleger, muovendo da un'ottica psicoanalitica, accompagna il lettore nella complessa dinamica dei gruppi e delle istituzioni come rete tra gruppi. Per il pensiero psicosocioanalitico, messo a punto da Luigi Pagliarani fondatore di Ariele, è sempre stato di particolare interesse il concetto di "psicoigiene", inteso come quel ramo dell'igiene mentale costituito dall'applicazione delle conoscenze psicoanalitiche alla Polis.

La cura dell'individuo, dei gruppi e delle istituzioni, anche in chiave preventiva, trova infatti nel pensiero di Bleger un punto di riferimento imprescindibile.

Nella seconda parte dell'opera di Bleger i testi mettono a fuoco la tecnica che sostiene il lavoro dello psicoterapeuta che incontra i pazienti, ma anche che opera nella selezione del personale o nella valutazione degli studenti o ancora in ambito associativo.

A partire dal colloquio clinico l'Autore accompagna il lettore nella stanza d'analisi, ma non solo, per prendere in considerazione la diagnosi intesa come interrogativo sui propri obiettivi e il trattamento come disvelamento della struttura narcisistica che provoca un doloroso isolamento.

José Bleger (1922-1972), psichiatra e psicoanalista argentino animato dall'interesse di estendere la ricerca psicoanalitica e psicologica al campo sociale, presta una particolare attenzione alle istituzioni pubbliche delegate a occuparsi della salute mentale e fisica delle persone. Si occupa quindi dello studio dei piccoli gruppi e del funzionamento delle istituzioni sanitarie, sociali e scolastiche costruendo una vera e propria teoria per operare nel campo della prevenzione e della cura del disagio psichico.

Nel 1967 i suoi studi sulla psicosi danno il via ad una autonoma scuola di pensiero rispetto ai filoni kleiniani e freudiani precedenti. Bleger infatti li rivede, attraverso il concetto di socialità sincretica, sia per quanto riguarda l'analisi delle organizzazioni umane sia per quanto afferisce alla diagnosi e al trattamento della psicopatologia portando la ricerca verso inesplorate frontiere.

Euro 40,00 (I.i.)

ISBN 978-88-6153-190-1



9 788861 531901