

# La valutazione in Psicologia Clinica e in Psicoterapia Psicoanalitica

## • Introduzione

In letteratura sono apparsi diversi contributi riguardanti abusi verificatisi nella pratica psicoanalitica e concettualizzati come violazioni del setting (Gabbard, Lester, 1994; Anzilliero, Mariotti, Panizza, Zucconi, 2001). Come evidenziano Gabbard e Lester (1994), solo nelle vicinanze della città di Boston circa 400 donne si sono rivolte a professionisti per recuperare psicologicamente tali abusi, molti dei quali di natura sessuale. Non è la sede giusta per soffermarci su queste riflessioni, visto il tema di cui ci stiamo interessando, però, forse, in qualche misura, tali abusi potrebbero essere ascritti anche alla mancanza di una corretta valutazione iniziale.<sup>1</sup> Proviamo a spiegarci meglio: se è vera l'impostazione di Gabbard e Lester (1999) nell'evidenziare le caratteristiche di personalità dei pazienti abusati e cioè riconducibili, per lo più a persone che nel corso della loro vita infantile hanno subito maltrattamenti o veri e propri abusi, un'attenta valutazione psicologico-clinica avrebbe potuto allertare i terapeuti circa le problematiche transferali e controtransferali a cui sarebbero andati incontro nel lavoro clinico. Certamente, questo non esime il terapeuta dalle proprie responsabilità circa le carenze "*personali*" che possono incidere sulla relazione terapeu-

---

<sup>1</sup> Il tema delle violazioni del setting non richiama, ovviamente, solo la valutazione iniziale: è facile pensare, infatti, che si tratti di un problema che rinvia anche agli itinerari formativi di analisti e psicoterapeuti.

tica, quali sono appunto le patologie segnalate da Gabbard e Lester (1999) <sup>2</sup>.

Risulta tuttavia evidente che un'attenta valutazione della relazione transfert controtransfert – sin dal primo incontro diagnostico – sia quanto mai necessaria per tentare di superare situazioni che potrebbero gradualmente slittare verso quella che gli Autori sopra menzionati indicano come “*la china scivolosa*”. E' in questo senso che si vuole riproporre una riflessione, per altro avviata da tempo e sicuramente molto importante per chi scrive, relativamente alla valutazione clinica e al processo formativo che uno psicologo clinico deve seguire per approcciare la pratica psicoterapeutica.

Questo tema è sicuramente uno dei punti fermi della *SIRPIDI*, che incentra, sottolinea e formalizza un ancoraggio forte nel continuum psicologia clinica/psicoterapia psicoanalitica.

### • **Primo esempio clinico**

Per descrivere le caratteristiche di base del modello psicologico-clinico al quale si fa riferimento, ricorreremo ad una sintetica illustrazione di casi clinici. Lo scopo non è, quindi, quello di giungere ad un inquadramento psicopatologico dei pazienti, ma ad una riflessione che tenga conto, come si diceva, di un modello su cui innestare un eventuale intervento psicoterapeutico.

Mario ha 47 anni ed è nato in un paese del Centro Sud. Ha un diploma di scuola media superiore e lavora come impiegato in una società assicurativa. E' sposato ed ha una figlia di 18 anni (i colloqui sono stati effettuati successivamente alla richiesta della moglie di ottenere la separazione legale).

---

<sup>2</sup> Gabbard e Lester hanno individuato le seguenti condizioni: l'analista con il “mal d'amore”, l'analista con la resa masochistica, l'analista che presenta disturbi psicotici e l'analista con psicopatie predatorie. Come risulterà evidente al lettore, si tratta di quadri tutti riconducibili a forme narcisistiche.

Il padre di Mario è morto improvvisamente quando lui aveva pochi mesi: le informazioni ed i vissuti riferiti nei confronti di questa figura appaiono quindi piuttosto vaghi, pur affermando – già nel primo colloquio – che il problema alla base della sua richiesta di intervento deriva in parte proprio da questa precoce perdita.

La madre di Mario (70 anni) è tuttora vivente: a seguito della morte del marito è stata costretta a lavorare per sostenere se stessa ed i figli. Mario la descrive come una donna depressa, con forti difficoltà ad esprimere una partecipazione emotiva ed affettiva nei confronti dei figli e con un atteggiamento svalutante rispetto ai loro desideri ed aspirazioni.

Mario sembra aver sviluppato un rapporto molto ambivalente con la propria madre: da un lato desiderava un riconoscimento affettivo da parte sua, dall'altro tendeva a mantenere le distanze da lei per evitare i suoi giudizi; al momento dei colloqui di consulenza la frequentazione con lei appare piuttosto scarna e limitata a qualche visita nei giorni festivi.

Mario ha due fratelli più grandi: Carlo (53 anni) e Francesco (50 anni). Anche con loro i rapporti sono praticamente assenti e si limitano a semplici telefonate in occasione delle principali festività. Dichiarò di non avere mai avuto con loro un legame realmente affettivo e di averli anzi percepiti spesso come degli estranei.

A causa delle forti difficoltà economiche che la madre ebbe a seguito della morte del marito, Mario ed il fratello maggiore furono inseriti in un istituto religioso dove frequentarono le scuole dell'obbligo. Mario dichiara di aver avuto sempre un buon rendimento e di non aver incontrato eccessive difficoltà nello studio.

Fa risalire a quel periodo la “*prima*” esperienza omosessuale con un bambino. Poi ci sono state esperienze sporadiche e via via sempre più frequenti nell'adolescenza e nella vita adulta. Ha frequentato le scuole superiori in una scuola statale ed in seguito avrebbe voluto frequentare l'Università, per laurearsi, ma la sua aspirazione venne frustrata dalla madre che lo spinse a trovare lavoro presso una società assicurativa. Dopo qualche anno

– formalmente per arrotondare lo stipendio – Mario iniziò a lavorare anche presso uno studio tecnico (situazione che si dimostrerà molto ambigua perchè il titolare dello studio diventerà l'amante della moglie).

Ad eccezione della moglie e della madre, Mario afferma di non aver avuto esperienze positive con altre figure. Nel corso della sua esistenza ha avuto pochi contatti sociali. Dopo il matrimonio, che ha sempre ritenuto insoddisfacente e che ha scelto come “maschera sociale” rispetto alla propria omosessualità, si è avviata una condizione perversa di rapporti a tre. Inizia, infatti, lui stesso la moglie a questo tipo di pratica, tanto che alla fine la moglie lo lascia per il compagno “*di giochi erotici*” che poi risulterà essere, come detto, il titolare dello studio presso cui lavora.

Descrivendo l'esperienza dei rapporti a tre, delinea il senso di “*potenza*” che acquisiva nel guardare la penetrazione che l'altro agiva nei riguardi della moglie. Nelle pratiche omosessuali lui era attivo e passivo, e tuttavia i suoi resoconti su queste argomentazioni sono molto riservati.

Prima che lui si sposasse iniziò una psicoanalisi di un non chiaro registro teorico che si protrasse per circa un anno e mezzo; poi, su invito dell'analista, la concluse perché ormai “*guarito*”.

Nota importante è che lui fece di tutto per assicurarsi un “grosso nome”.

La motivazione che lo spinge a chiedere un colloquio, è quello, di un'ampia ricostruzione della sua personalità, e solo secondariamente sulla sua omosessualità. Sembra molto motivato alla terapia, anche se con un eccesso di dipendenza tanto da chiedere, in seguito, un incontro in più rispetto a quelli proposti, motivando la richiesta con il desiderio di non essere “*abbandonato a se stesso*”.

Mario si mostra come una persona dalla discreta capacità verbale anche se, a volte, e soprattutto all'inizio degli incontri, ha bisogno di essere incoraggiato. La comunicazione non verbale è molto controllata. E' difficile per Mario reggere lo sguardo dell'altro per più di trenta/quaranta secondi. Lo sviluppo intel-

lettivo è molto buono, la capacità di analisi è discreta e, anche se con molte reticenze, mostra una buona capacità introspettiva. La capacità organizzativa, soprattutto nell'ambito del lavoro, appare adeguata. L'immaginazione è abbondante, soprattutto per le fantasie sessuali, ma ciò lo porta verso una certa chiusura. L'autoimmagine personale non è ben definita e tantomeno lo è quella psicosessuale. L'autostima e l'autoaccettazione – tranne nell'ambito lavorativo – sono piuttosto basse soprattutto in riferimento ai pregiudizi sull'omosessualità.

Da questo sintetico resoconto è doveroso porci almeno tre interrogativi:

- quale intervento psicologico clinico per Mario ed i pazienti in genere;
- quale o quali eventuali interventi psicoterapeutici da proporre al paziente;
- quali possibili cambiamenti potrebbero essere previsti durante il trattamento.

### • **L'intervento psicologico clinico**

Cercando di rispondere al primo dei quesiti posti, e coerentemente con lo spirito scientifico e formativo della SIRPIDI, definiamo la psicologia clinica come la scienza che si occupa della comprensione e del miglioramento del funzionamento umano (Korchin, 1976).

In quanto disciplina clinica, essa si dedica a migliorare la sorte degli individui sofferenti servendosi delle migliori cognizioni e tecniche disponibili sforzandosi, attraverso la ricerca, di accrescere la conoscenza e di affinare le tecniche necessarie ad aumentare l'efficacia degli interventi futuri. Il fine di ogni intervento clinico consiste, quindi, nell'aumentare il livello di benessere e l'efficienza degli individui che soffrono di disturbi. Nell'ottica di Korchin (1976), questi interventi possono essere sintetizzati nei seguenti punti:

- comprendere lo stato della persona (valutazione);
- modificare la personalità ed il funzionamento dell'individuo (terapia);
- modificare i fattori che agiscono sulla persona generando o acuendo i suoi problemi (controllo ambientale).

Nella cultura psicologica italiana,<sup>3</sup> nonostante i numerosi contributi al riguardo (Kendall, Norton-Ford, 1987; Grasso, Lombardo, Pinkus, 1988; Carli, 1993; Lombardo, Malagoli Togliatti, 1995), il modello clinico, contrariamente a quanto sopra esposto, sembra sovrapporsi all'intervento psicoterapeutico (Grasso, Lombardo, Pinkus, 1988; Circolo del Cedro, 1991), di conseguenza, la parola "clinica" e la parola "psicoterapia" vengono erroneamente considerate sinonimi.

E' pur vero, comunque, che nel momento in cui lo psicologo clinico non si limita ad effettuare una semplice valutazione psicodiagnostica, ma analizza la modalità con cui l'utente agisce la propria richiesta di intervento, di fatto già svolge una qualche azione terapeutica. Pur senza approfondire il tema dell'analisi della domanda (Carli, 1993, 1997), a cui ovviamente si fa riferimento, si evidenzia come la restituzione non possa essere ritenuta tale se non fondata anche su una analisi della dinamica istituzionale agita dall'utente che richiede un intervento psicologico.

Non a caso, la Malagoli Togliatti (1991) sottolinea che l'analisi della domanda può essere considerata un modello che la psicologia clinica offre a chi intende effettuare un intervento clinico teso a superare l'autoreferenzialità implicita nei diversi approcci psicoterapeutici. La stessa autrice (1991, pag. 124), fa notare come *"l'enorme aumento di richiesta di psicoterapia sia da intendersi non tanto come la richiesta di uno specifico intervento tecnico, ma come desiderio o aspirazione da parte di ogni individuo di ricevere un adeguato aiuto nel processo di rifles-*

---

<sup>3</sup> Si pensi al notevole dibattito scientifico apparso soprattutto sulla Rivista di Psicologia Clinica negli anni '80 fino all'inizio degli anni '90.

sione su se stesso, di conoscere i condizionamenti cui il nostro comportamento è soggetto e di rendere trasparenti ed espliciti i conflitti, spesso evitati o misconosciuti e che si manifestano più o meno inconsapevolmente nelle varie forme del disturbo mentale.”

- Obiettivo della valutazione psicodiagnostica

Coerentemente con il modello psicologico clinico proposto, sono stati effettuati, con Mario, un piccolo gruppo di colloqui il cui fine era l’esplorazione e la valutazione della sua domanda di intervento psicologico. Tale approccio si fonda sulla convinzione che sia possibile una “*differenziazione temporale*” tra la fase diagnostica e di analisi della domanda e quella di intervento.

A questo proposito è utile ricordare che Saraceni (1987), come vedremo nei prossimi capitoli, distingue un “*tempo del clinico*”, necessario allo psicologo per giungere ad una visione di insieme della situazione ed un “*tempo del paziente*” necessario a quest’ultimo per giungere ad una prima elaborazione della propria realtà. Questo è il motivo per cui la valutazione iniziale si dispiega – ma deve anche concludersi – nell’arco di alcune settimane.

Anche Balestri ed altri (1993) affrontano la questione dei “tempi” osservando che la possibilità e la capacità di “autodiagnosticarsi” del paziente diventa un elemento centrale nella costituzione di un rapporto che si snoda soprattutto come interazione co-costruttiva del processo di cambiamento.

Da più parti si è ormai concordi, infatti, (Kernberg, 2001; Lachman, 2002) che il processo terapeutico è un’esperienza che riguarda entrambi i protagonisti dell’interazione e questo sia da un punto di vista epistemologico che teorico tecnico (Villegas, 1992). Nel momento in cui si costituisce un rapporto psicodiagnostico, perciò, sia l’eventuale paziente che il clinico sono in una qualche misura coinvolti nel processo conoscitivo (Baranger, Baranger, 1990; Mitchell, 1997; Lachman, 2002). Tale processo tuttavia non si snoda come un conoscere soltanto la “*real-*

*tà malata*” o sintomatologica del paziente, ma soprattutto come momento fondamentale di una verifica della richiesta che una persona (il paziente) fa ad un professionista (il clinico). Tale richiesta non è da considerarsi come una mera descrizione di sintomi pari, per definizione, al modello medico, quanto piuttosto come una trasposizione dei termini sintomatologici della domanda alla sua espressione fenomenologica. Questa visione delle cose, come la propone Villegas (1991) è un lavoro ermeneutico che inizia con l’analisi della domanda e che percorre tutto l’eventuale processo terapeutico.

In tale ottica, quindi, la valutazione diagnostica e la psicoterapia si interesserebbero al contenuto fenomenologico.

Quello che viene analizzato, prosegue Villegas (1991, pag. 193) “*è il modo in cui l’essere umano struttura la sua esperienza o modo di vita, il quale rimanda all’intenzionalità strutturale del soggetto (matrice ideologica o Welthanshaung), che si esprime discorsivamente attraverso testi verbali o attivi, stimolati da eventi o circostanze esterne o interne. In poche parole: l’attività clinica si rivolge al discorso.*”

Da questa visione delle cose se ne ricava come la psicoterapia sia un processo di cambiamento psicologico di risoluzione dei problemi. Al riguardo Villegas (1992) propone un “*modello processuale di intervento clinico*”, che risulta utile al nostro discorso.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> E’ da sottolineare che tale schema è utile soprattutto per descrivere la processualità del contesto terapeutico ed in riferimento alla verificabilità del processo stesso. In questa sede viene utilizzato per sintetizzare la fase iniziale del processo clinico.

<b>FASI</b>	<b>SCOPI</b>	<b>STRATEGIE</b>	<b>ABILITA' DEL CLINICO</b>
<b>INIZIALE</b>	Contratto (analisi della domanda)	Esplorazione	Attenzione Ascolto Empatia
<b>INTERMEDIA</b>	Riformulazione del problema Rapporto terapeutico Riformulazione del contratto	Comprensione	Concretezza Analisi del discorso (psicologico, semiotico, ecc.) Ermeneutica
<b>FINALE</b>	Cambiamento Apprendimento comprovato Fine rapporto	Risoluzione	Dialettica - confronto Problem solving Attaccamento sicuro

Il modello processuale del colloquio clinico proposto da Villegas, mette in evidenza un aspetto interattivo–collaborativo nella risoluzione dei problemi. D'altra parte non può essere che così, in quanto un processo clinico terapeutico è un'interazione (Di Sauro, 1990, 1991, 1993) che riguarda due o più persone coinvolte emotivamente nello stesso processo. E' importante, tuttavia, non confondere il modello interattivo partecipativo con un modello direttivo.

La direttività, in questo caso, rappresenterebbe non una collaborazione con il paziente, e quindi la possibilità di co-costruire una realtà fenomenologica, ma un imporre in modo del tutto asimmetrico una visione delle cose che è del clinico e non del paziente.

Tutto ciò ci riporta ad un esame attento della domanda che attraverso l'attenzione, l'ascolto e l'empatia si esplicita nella strategia dell'esplorazione che, nella fase iniziale del processo terapeutico, si concretizza nella costituzione di una salda alleanza terapeutica, così come anche proposto dallo schema di Villegas. Tale alleanza di lavoro rinforza la capacità collaborativa del paziente (le parti sane) costituendosi come possibilità di autodefinirsi e di essere consapevole dei propri sviluppi.

Come vedremo in seguito (Di Sauro, 1991), la possibilità di risoluzione di problemi si esplicita anche attraverso la capacità di interiorizzare un processo diagnostico. Il fatto di poter lavo-

rare con il paziente, già in una prima istanza conoscitiva così come il fatto di lavorare su tale possibilità di crescita, significa spostare il focus terapeutico da un processo di medicalizzazione verso un processo costruttivo delle intenzionalità e delle possibilità di cambiamento del paziente.

E' giunto il momento di tornare all'esemplificazione clinica per riflettere sulle domande espresse a seguito del caso. In questo senso, è utile rilevare il paradosso in cui ci siamo posti descrivendo – almeno in parte – le informazioni emerse nel corso dei colloqui preliminari. In effetti, i dati proposti all'attenzione del lettore presuppongono già un modello psicologico-clinico: implicano cioè l'istituzione di una relazione concretizzata in una serie di incontri guidati da una precisa logica operativa. In questa sede, quindi, è solo per comodità comunicativa e di riflessione che facciamo “finta” di trovarci davanti alla richiesta del paziente come se quest'ultima non fosse già emersa all'interno di un preciso *frame*.

Un altro aspetto – anch'esso fondamentale per chi scrive e legato alla riflessione precedente – riguarda la discutibilità di un intervento terapeutico attuato in assenza di una precedente valutazione diagnostica. Questo passaggio risulta determinante per indirizzare il paziente al percorso terapeutico a lui più congeniale e funzionale. Di conseguenza a questa prima riflessione sull'approccio psicologico clinico si ricollega il secondo quesito: qual è l'intervento terapeutico migliore in funzione delle caratteristiche del soggetto e del suo stile di domanda (Grasso, De Coro, 1993)?

La riflessione svolta, in funzione di questo secondo quesito, si è avviata sulla considerazione che il paziente aveva già effettuato un'analisi, “liquidata” dall'analista come “guarigione raggiunta”.

Ora, sembra plausibile affermare che, sul piano psicodinamico, l'interruzione dell'analisi sia stata in un qualche modo una ripetizione dell'esperienza abbandonica che il paziente ha subito prima alla morte del padre, successivamente nell'atteggiamento scostante e poco affettuoso della madre ed infine nel suo inserimento nel collegio. A proposito di questi

eventi, è utile ricordare la richiesta di Mario di ottenere dallo psicologo una frequenza di incontri maggiore di quella inizialmente concordata. Tale richiesta, che può essere considerata un tentativo di deviazione dal setting, rinvia al tentativo di Mario di evitare le emozioni connesse all'abbandono attraverso un agito e non grazie ad un processo di elaborazione. Sembra possibile pensare, quindi, che un'eventuale accettazione della richiesta avrebbe potuto spingere lo psicologo proprio in quella "china scivolosa" (Gabbard, Lester, 1999) collusiva a cui abbiamo già fatto cenno.

Un'altra valutazione, questa volta di metodo, è stata fatta in relazione all'esperienza analitica precedente, ovvero, rispetto al quesito posto a proposito dell'intervento terapeutico migliore per Mario. Da questo punto di vista si è pensato che fosse più conveniente proporre una psicoterapia psicoanalitica, piuttosto che una psicoanalisi, anche alla luce delle differenze che i due interventi propongono rispetto al setting <sup>5</sup>.

Al fine di illustrare meglio alcune delle riflessioni fatte a proposito dei quesiti che ci siamo posti, può però essere utile proporre un'altra breve esemplificazione clinica.

- Secondo esempio clinico

Marta è una donna di circa trenta anni e chiede una consulenza psicologica su indicazione di un dermatologo a cui si era rivolta per un problema di vitiligine <sup>6</sup> che la affligge da circa tre

---

<sup>5</sup> Senza approfondire la questione, è tuttavia utile osservare che una interazione *vis a vis* agevola il contenimento dei fenomeni regressivi e delle dinamiche transferali, aspetti particolarmente funzionali nel caso di Mario. C'è infatti da dire che Mario non aveva chiesto un intervento basato sul superamento sintomatologico della propria omosessualità egodistonica, quanto piuttosto una esplorazione del proprio modo di collocarsi nelle relazioni.

<sup>6</sup> Per una maggiore comprensione della sintomatologia, diciamo che la vitiligine è un disturbo dermatologico ad eziologia complessa che in-

anni. E' sposata ed ha due figli, il primo di tre anni ed il secondo di sette mesi.

Marta è figlia unica e proviene da una famiglia di contadini. Afferma di aver avuto un buon rapporto con il padre, anche se non ricorda di essere mai stata coccolata o abbracciata da lui. Nonostante l'assenza di una chiara connotazione affettiva, Marta vive il genitore come una persona molto presente e sempre pronto ad aiutarla. La madre è descritta, in modo sintetico, come una donna molto "ansiosa" ed "iperprotettiva".

Marta è sempre andata bene a scuola, le piaceva studiare e conoscere cose nuove ed ha concluso le scuole superiori con un voto piuttosto alto. Non ha tuttavia continuato gli studi sia per aiutare i genitori, sia perché – a causa di una gravidanza inattesa – è stata spinta a sposarsi. Il legame si interrompe, però, per serie difficoltà relazionali suscitate dalla forte aggressività del marito. Dopo qualche anno dalla separazione, Marta conosce il suo attuale partner con il quale dichiara di avere un ottimo rapporto sia affettivo che sessuale. Nonostante questo, i vissuti prevalenti di Marta sono di forte ansia ed insicurezza.

Ritornando ora ai nostri quesiti, in modo particolare a quello relativo alla scelta dell'intervento terapeutico da consigliare <sup>7</sup>, in sintonia con il modello valutativo proposto da Korchin, sembra opportuno evidenziare alcune considerazioni. Rientrando il disturbo di Marta nell'ambito delle patologie psicosomatiche, si è giunti alla decisione di proporre alla paziente un grup-

---

teressa il sistema neuroendocrino ed immunologico e si manifesta con chiazze di cute completamente acromica, circondata da una zona ipercromica. Colpisce individui di entrambi i sessi e a tutte le età. Le zone di predilezione della vitiligine sono le superfici dorsali delle mani, i genitali, le regioni palpebrali ed il collo. Spesso il paziente che ne è affetto non accusa una sintomatologia specifica ed è disturbato dalla dermatosi solo per la sua inesteticità. Le terapie farmacologiche generalmente prescritte si basano su enzimi che favoriscono la produzione di melanina oltre che sull'esposizione solare o a lampade.

<sup>7</sup> Anche in questo caso valgono le considerazioni generali effettuate a proposito del caso di Mario.

po psicocorporeo a caratterizzazione psicodinamica. Tale gruppo, che si esprime nella formula dei workshop mensili, della durata di sei ore circa, si iscrive in quelle esperienze cliniche e psicosociali di “psicologia della salute”. L’intervento prevedeva la partecipazione della paziente a dieci incontri, condotti sulla base della prospettiva di sviluppo di Erickson (1966). In altre parole, ad ogni incontro si fa corrispondere un tema generale ed i partecipanti sono sollecitati – attraverso esercizi psicocorporei proposti a livello non direttivo – a confrontarsi, sia sul piano corporeo che su quello della elaborazione, con aspetti fondamentali del processo di sviluppo psicofisico.

Accanto all’intervento di gruppo, si è proposto a Marta anche una psicoterapia psicoanalitica a cadenza settimanale, al fine di fornirle un contenitore individuale in grado di dare supporto e spazi elaborativi per gli aspetti emozionali esperiti (in parte anche agiti) all’interno delle attività psicocorporee <sup>8</sup>.

A questo punto si possono esplicitare alcune considerazioni conclusive. La prima fa riferimento – come descritto – all’imprescindibilità del processo psicodiagnostico e, quindi, all’individuazione di un intervento terapeutico in grado di superare “l’autoreferenzialità” della formazione dello psicoterapeuta. Si ritiene tale atteggiamento di fondamentale importanza per poter indurre cambiamenti e realizzare un divenire esistenziale basato sull’autoconsapevolezza e la responsabilità dell’individuo. Ciò non vuol dire che il cambiamento in psicoterapia sia un evento semplice; al contrario, proprio perchè di na-

---

<sup>8</sup> Ora, il lettore potrà pensare – e saremmo lieti se si aprisse un dibattito su questi ed altri argomenti trattati – ad un intervento terapeutico in un qualche modo scisso fra la componente mentale e quella corporea, con il rischio di colludere con le scissioni che caratterizzavano la domanda agita da Marta nella sua richiesta di intervento, tesa ad ottenere una risoluzione sintomatologica (cfr. Grasso, Cordella, Limoncelli, Pennella, 1996). In realtà, siamo convinti che il clinico in grado di superare il “modello autoreferente”, sia in grado anche di individuare la strategia terapeutica migliore, accettando anche di colludere con le fantasie del paziente al fine di promuoverne comunque il cambiamento.

tura clinica, i quattro concetti fondamentali che strutturano il quadro di riferimento di base, teorico e operativo, del pensiero moderno (evoluzione, relatività, complessità e provvisorietà) non possono essere compresi se non sulla base di una adeguata definizione di quello di “cambiamento” che, a sua volta, viene da loro ulteriormente specificato e caratterizzato (Foglio Bonda, 1983).

Ma a quale cambiamento stiamo facendo riferimento? Nel caso di Marta, del sintomo corporeo? O del processo di scoperta di un modo diverso e nuovo di comprendere, elaborare, integrare, accrescere ed espandere, anche se con molta fatica, la propria soggettività?

E' in questa seconda ottica, pur tenendo presente la necessità di un possibile cambiamento nella sintomatologia della paziente, che si è basata la scelta terapeutica, scelta inevitabile se si intendeva veramente avviare un processo di cambiamento negli assetti psicologici della paziente che non si limitavano, ovviamente, solo alla vitiligine. Da un colloquio di follow up con la paziente dopo circa dieci anni, sono emerse le seguenti considerazioni: che al momento della presa in carico, la vitiligine, grazie a tante ore di esposizione al sole e alle cure farmacologiche prescritte, ma grazie anche, e forse soprattutto, ai workshops ed alla psicoterapia, è migliorata notevolmente.

Sicuramente è cambiato il modo della paziente di affrontare se stessa e le sue dinamiche intrapsichiche e interpersonali, anche in virtù dell'impostazione psicologico-clinica esposta, che considera le transazioni complesse e articolate, delle persone, di “essere al mondo” e che, soprattutto, ridà all'individuo quell'unità psicocorporea senza più “trattini divisorii” tra corpo e psiche che, per il fatto stesso di esistere, gli appartiene.

La vitiligine, al momento attuale, è molto ridotta e soprattutto tenuta sotto controllo. Marta riferisce che ciò che la rende serena è il modo in cui accetta il problema e che quando si verificano alcune recidive lei affronta la questione con maggiore capacità di problem solving. Marta riferisce, inoltre, che a distanza, il ricordo e l'elaborazione sia delle riflessioni effettuate

attraverso la psicoterapia, sia degli esercizi nei workshop, le sono stati e le sono di grande conforto.

Mario, invece, dopo alcuni anni di psicoterapia psicoanalitica a due incontri settimanali, è oggi una persona sufficientemente soddisfatta di sé e delle sue relazioni interpersonali nonché di quelle affettivo sessuali, che vive con una nuova compagna.

Per concludere, la nostra speranza è che, anche in virtù di queste brevi riflessioni, potremo aiutare noi stessi, gli allievi, o i terapeuti in supervisione, ad avere un maggior controllo delle dinamiche costruttive del processo terapeutico, nonché di quelle situazioni di deviazioni di confini del setting che sono state descritte nella introduzione di questo lavoro.

## **Bibliografia**

- ANZILLIERO, D., MARIOTTI, G., PANIZZA, S., ZUCCONI, S. (2001), *Confini del setting*, Gli Argonauti, 91, 337-361
- BALESTRI, L., OREFICE, S., PANDOLFI, A. M. (1988), *La diagnosi formulata dal paziente e la sua utilizzazione*, Rivista di Psicologia Clinica,
- BARANGER, W., BARANGER, M. (1990), *La situazione psicoanalitica come campo bipersonale*, Cortina, Milano
- CARLI, R. (1993), *L'analisi della domanda collusiva*, in R. CARLI, (a cura di), *L'analisi della domanda in psicologia clinica*, Giuffrè Editore, Milano
- CARLI, R. (a cura di), 1997, *Formarsi in psicologia clinica*, Edizioni Kappa, Roma
- CIRCOLO DEL CEDRO (1991), *Tre tesi e sei Questioni sulla psicologia clinica. Materiali per un confronto*, *Rivista di Psicologia Clinica*, 3, 251-259
- DI SAURO, R. (1990), *La formazione in psicoterapia durante il processo terapeutico con ipazienti borderline*, in P. Gentili (a cura di), *La formazione alla psicoterapia psicoanalitica*, Borla, Roma, pp. 117-121

- DI SAURO, R. (1991), *L'interiorizzazione del processo diagnostico nel vissuto del paziente come elemento costitutivo per la verifica e il cambiamento in psicoterapia*, in P. Gentili (a cura di), *Il cambiamento terapeutico: modelli, verifica e tecniche*, Borla, Roma, pp. 54-61
- DI SAURO, R. (1993), *Tra illusione, delusione e realtà: la costituzione del setting terapeutico*, in P. Gentili, M. Grasso (a cura di), *Psicologia clinica e psicoterapia*, Borla, Roma, pp. 150-157
- ERIKSON, E.H. (1966), *Infanzia e società*, trad. it. Armando Armando, Roma
- FOGLIO BONDA, P.G. (1983), *Principi e tecniche di psicoterapia. Guida alla pratica psicoterapeutica*, Angeli, Milano
- GABBARD, G.O., LESTER, E.P. (1995), *Violazioni del setting*, trad. it. Cortina, Milano, 1999
- GRASSO, M., LOMBARDO, G.P., PINKUS, L. (1988), *Psicologia Clinica*, NIS, Roma
- GRASSO, M., DE CORO A. (1993), *Analisi della domanda ed intervista diagnostica*, in R. Carli (a cura di), *L'analisi della domanda in psicologia clinica*, Giuffré, Milano, pp. 117-142
- GRASSO, M., CORDELLA, B., LIMONCELLI, L., PENNELLA, A. (1996), *La prospettiva psicologico clinica in psicosomatica: implicazioni in ambito psicoterapeutico e formativo*, *Il giornale degli psicologi*, 7, 42-49
- KENDALL, P.C., NORTON-FORD (1987), *Psicologia clinica*, il Mulino, Bologna
- KORCHIN, S.J. (1976), *Psicologia clinica moderna*, trad. it. Borla, Roma, 1977
- KERNBERG, O. (2001), *L'influenza del genere del paziente e dell'analista sulla relazione analitica*, *Gli Argonauti*, 90,183-206
- LACHAMAN, F. M. (2002), *La ricerca empirica sul bambino: un contributo alla psicoanalisi dell'adulto*, *Gli Argonauti*,
- LOMBARDO, G.P., MALAGOLI TOGLIATTI, M. (1995), *Epistemologia in psicologia Clinica*, Bollati Boringhieri, Torino

- MALAGOLI TOGLIATTI, M. (1991), *Psicoterapia e psicologia clinica: integrazione versus differenziazione*, Rivista di Psicologia Clinica, 2, 122-135
- MITCHELL, S. (1997), *Psychoanalysis and the degradation of romance*, in Psychoanalysis Dialogues, 7, 1, 23-41
- SARACENI, C. (1987), *Diagnosi e conoscenza*, Rivista di Psicologia Clinica, 1, 11-22
- VILLEGAS, M. (1991), *La scelta di un modello di riferimento nella formazione in psicologia clinica e psicoterapia*, Rivista di Psicologia Clinica, 2, 189-202
- VILLEGAS, M. (1992), *Intervento tenuto al seminario SIRPA sul tema L'elettismo in psicologia clinica e psicoterapia*  
materiale non pubblicato