

Editoriale

Dall'anno prossimo, dal 2013, la *Rivista di Psicologia Clinica* realizzerà alcuni cambiamenti, per noi importanti.

Con questo Editoriale intendiamo far partecipi, sia i lettori che gli autori della rivista, delle decisioni prese dal Comitato di Direzione della Rivista.

Un obiettivo dei cambiamenti è quello di avviare la Rivista di Psicologia Clinica (RPC) ad una sua indicizzazione presso le banche dati internazionali. Ciò al fine di permettere la valorizzazione, secondo i criteri bibliometrici, dei lavori in essa pubblicati.

Il dibattito sull'indicizzazione della RPC, all'interno del Comitato di Direzione, è stato molto intenso e approfondito. I vincoli per giungere all'indicizzazione potrebbero essere visti come contrastanti con l'obiettivo generale della RPC, quello di promuovere una cultura dell'intervento e della ricerca, nell'ambito della Psicologia Clinica, nel nostro paese. D'altro canto, le recenti scelte operate dalla Psicologia accademica italiana rendono ormai indifferibile l'adeguamento della nostra rivista alla normativa che concerne l'indicizzazione delle pubblicazioni scientifiche internazionali.

Queste due considerazioni, preservare le caratteristiche di diffusione della cultura psicologico clinica in Italia e adeguare la Rivista di Psicologia Clinica agli standard richiesti per la sua indicizzazione, hanno portato alle decisioni che proponiamo ai nostri lettori.

Dal 2013 il sito della Rivista di Psicologia Clinica ospiterà tre differenti e coerenti tipi di pubblicazione:

1 – la *Rivista di Psicologia Clinica*, ove verranno pubblicati lavori scientifici coerenti con gli standard che la rivista intende mantenere ai fini della sua indicizzazione. Gli articoli continueranno ad essere sottoposti alla procedura di peer review che già qualifica la Rivista. A differenza del passato, tuttavia, si darà maggiore impulso all'uso di revisori non italiani; inoltre, il processo di peer review verrà gestito in modo tale da garantirne la tracciabilità. Gli articoli saranno pubblicati in lingua inglese. Sarà tuttavia possibile, per gli autori interessati, pubblicare anche la versione italiana dei lavori.

2 – i *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, ove verranno pubblicati contributi teorici, resoconti di esperienze d'intervento, note di metodologia dell'intervento sia nell'ambito della psicoterapia che in quello del lavoro clinico entro le strutture organizzative. Anche questi contributi saranno valutati con la metodologia della peer review, come d'altro canto è stato fatto da sempre nell'ambito della nostra rivista, ma con criteri specifici: volti a motivare gli psicologi clinici italiani a rendere conto del loro lavoro e a confrontarsi con i colleghi dello stesso ambito professionale. I Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica saranno pubblicati in lingua italiana.

3 – i *"li@belli" [99 pagine dense]*: piccoli volumi di circa 100 pagine, verteranno su tematiche interessanti della Psicologia Clinica e saranno distribuiti su rete. I *"li@belli" [99 pagine dense]*, saranno pubblicati in lingua italiana.

Questa suddivisione, o meglio questa tripartizione del sito ove viene pubblicata la Rivista di Psicologia Clinica, intende perseguire differenti obiettivi.

Consentire agli studiosi che operano nell'ambito della psicologia clinica italiana di veder riconosciuta la propria produzione scientifica entro i parametri bibliometrici che caratterizzano usualmente la valutazione internazionale. I responsabili della RPC si riservano di verificare la congruenza di tale produzione scientifica con la linea editoriale della rivista e con i suoi obiettivi culturali.

Consentire agli psicologi clinici italiani, in particolare ai giovani e a quei colleghi che lavorano nell'ambito dei servizi sanitari o delle organizzazioni del terzo settore, di proporre contributi teorici, resoconti di esperienze, proposte metodologiche innovative, divagazioni culturali nell'ambito della psicologia clinica, liberi dalle strettoie e dai vincoli delle pubblicazioni indicizzate e al contempo utili

per la costruzione di una cultura psicologico clinica e per l'avvio ad un dibattito tra studiosi e professionisti del campo.

Con i "li@belli" [99 pagine dense] si pensa a contributi di più ampio respiro, non necessariamente ristretti alle dimensioni di un articolo, anche se nei limiti di proposte agili, divertenti.

Abbiamo deciso di ampliare il gruppo del Comitato di Direzione della RPC, invitando a farne parte la prof.sa Maria Francesca Freda e il prof. Vittorio Cigoli che, da questo numero, saranno dei nostri.

Anche la Redazione della rivista vede nuovi ingressi che si affiancano allo zoccolo duro che ha reso possibile, sino ad ora, la pubblicazione del nostro periodico. Si tratta di colleghi, psicologi clinici, che contribuiranno fattivamente al percorso di indicizzazione della RPC, alla pubblicazione dei Quaderni e all'avvio dei li@belli.

Che gli dei, benigni, ci aiutino!

Il Comitato di Direzione

Renzo Carli (Direttore Responsabile), Vittorio Cigoli, Alessandra De Coro, Franco Di Maria, Anna Di Ninni, Maria Francesca Freda, Massimo Grasso, Rosa Maria Paniccia, Sergio Salvatore, Pietro Stampa.

Il tirocinio in ospedale

di Renzo Carli*

Abstract

Nel lavoro vengono analizzate le conseguenze delle riforme sanitarie succedutesi negli ultimi anni in Italia: sulla relazione tra pazienti e struttura sanitaria, sulla relazione tra medici e pazienti. Alla diffusa critica al funzionamento sanitario, da parte dell'utenza, si contrappone la cosiddetta medicina difensiva e la ricerca di redditività negli interventi praticati, in funzione dell'alleanza tra direttori generali e primari, entro l'ospedale. Si propone, al fine di far fronte alla disfunzione crescente che ha nei dipartimenti di medicina d'urgenza e nel pronto soccorso i suoi luoghi di massima problematicità, il ripristino della relazione d'informazione tra personale sanitario e pazienti – familiari, prospettando nel potenziamento di tale funzione un possibile ruolo degli psicologi clinici.

Parole chiave: Ospedale generale; Comunicazione sanitaria; Medicina difensiva

Sin dagli esordi della nostra scuola di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica¹, alcuni allievi hanno svolto attività di tirocinio presso diverse aziende ospedaliere di Roma. Attività importante per la loro formazione al lavoro di intervento psicologico clinico e di psicoterapia.

L'ospedale rappresenta un luogo di grande interesse per lo psicologo clinico e per lo psicoterapista. Interesse che può non risultare di facile lettura. Vediamo di approfondire il tema, iniziando da una lettura "storica" dei cambiamenti che, nel recente passato, hanno caratterizzato l'organizzazione ospedaliera nel nostro paese.

I cambiamenti nella relazione tra pazienti e familiari da un lato, personale sanitario dall'altro, in Ospedale

Usualmente, ogni ospedale prevede pratiche o riti specifici, volti al controllo di chi viene ricoverato al suo interno. Si pensi, ad esempio, al fatto che i malati debbono stare a letto, anche se la forma patogena della quale sono portatori non comporta, in sé, l'allettamento. Quando il malato, spogliato dei suoi abiti usuali, è costretto a letto tale evento comporta dinamiche di controllo reali e simboliche molto evidenti: dalla regressione, dalla spersonalizzazione che l'essere costretti a letto induce nel malato alla limitazione nei movimenti, alla dipendenza che chi è a letto vive nei confronti di ogni sua esigenza vitale; alla passività, alla perdita pressochè assoluta del proprio ruolo sociale, della propria identità. Pensiamo agli orari dell'ospedale, ad esempio quelli dei pasti, più vicini a quelli di un convento religioso che alle abitudini di vita familiare. Pensiamo alle limitazioni negli orari delle visite, al dover condividere la stanza di degenza con altri malati, alle modalità di relazione tra infermieri e malati. Il malato ospedalizzato, solitamente, viene espropriato del tempo: attende per ore l'effettuazione di un prelievo, la misurazione della pressione arteriosa o l'applicazione di una fleboclisi, senza alcuna conoscenza della tempistica con cui sarà sottoposto ai vari interventi. Nell'ospedalizzazione le persone vengono rese obbedienti e passive, al fine di ottenere una completa remissività del paziente verso tutte le azioni messe in atto, nei suoi confronti, da parte del personale sanitario; azioni che giungono il più delle volte all'improvviso e delle quali, spesso, il paziente non conosce nulla o quasi nulla. Anche la procedura del consenso informato, voluta per ovviare al potere del sistema sanitario sul malato, si è spesso risolta in una

* Già professore ordinario di Psicologia clinica presso la Facoltà di Psicologia 1 dell'Università "Sapienza" di Roma, membro della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association. Direttore della Rivista di Psicologia Clinica e della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento psicologico clinico e analisi della domanda.

¹ Si tratta della "Scuola di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica, intervento clinico e analisi della domanda", organizzata dallo Studio di Psicosociologia di Roma (SPS). L'autore di questo contributo è il Direttore della Scuola.

pratica adempitiva, svuotata di ogni vera valenza partecipativa alle decisioni mediche, o peggio in una procedura funzionale alla cosiddetta medicina difensiva, della quale parleremo più avanti. La condizione di ospedalizzazione è simile, per molti aspetti, a quella delle “istituzioni totali” descritte, all’inizio degli anni sessanta, da Erving Goffman² entro un ospedale psichiatrico statunitense. Potremmo continuare a lungo; rimane il fatto che l’istituzionalizzazione ospedaliera è provvisoria, nella maggioranza dei casi reversibile e caratterizzata da obiettivi generali e condivisi di cura; l’intervento medico, in altri termini, è condiviso dal paziente e dai suoi familiari in quanto il presupposto fondamentale dell’ospedalizzazione è che tutto avvenga “per il bene” del paziente. Il sistema di regole della convivenza ospedaliera e l’intervento medico sono le due componenti centrali dell’ospedalizzazione medica. Si tratta di due aspetti dell’ospedalizzazione che si possono analizzare dal punto di vista organizzativo, descrivendone caratteristiche operative, tempistica, efficacia, limiti, inconvenienti. Di queste componenti dell’ospedalizzazione, d’altro canto, è possibile un’analisi simbolico emozionale. Si tratta di una analisi che prende in considerazione la dinamica delle relazioni simboliche di quanto Fornari³ chiamava *onfalocentrismo* (il prendersi cura) e *fallocentrismo* (il curare), con riferimento all’ombelico (in greco: *omfalos*) e al fallo. Questa bipartizione è di grande rilievo per capire come nascono gli ospedali, nella storia antica e in particolare in quella europea.

Ricordiamo, sinteticamente che la cura ha origini sacre; veniva tenuta all’interno di templi dedicati al dio, in particolare ad Esculapio (Asklepion). Ippocrate (nato a Cos nel 460 a. C.), considerato il fondatore della medicina “scientifica” e autore del giuramento che ancora oggi segna e impegna l’ingresso del giovane medico nella professione, lavorò presso l’Asklepeion di Cos, molto noto in tutta la Grecia antica e che ancora oggi si può visitare, immerso in un bosco e circondato da acque sorgive. Un luogo salubre, alla sommità di un colle, costruito nel quarto secolo a. C., ma con resti risalenti a periodi precedenti, alcuni all’età minoica.



² Goffman, E. (1961). *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Anchor Books, Doubleday & Company, Inc. Trad. it.(1968). *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*. Torino: Einaudi.

³ Fornari, F. (1976). *Simbolo e codice. Dal processo psicoanalitico all'analisi istituzionale*, Feltrinelli, Milano. Riportiamo il passo di Fornari che parla di questa distinzione: “Al modello *onfali centrico* (da *onfalos* = cordone ombelicale) che si esprime nell’aver cura di tipo materno, si sostituisce il modello *fallocentrico* della lotta contro il male condotta dal medico – stregone come figura di tipo paterno. Il modello onfalocentrico di terapia si fonda sul vivere il male dell’altro come se fosse proprio, vissuto cioè in una situazione di appartenenza che dice del sentirsi confusamente responsabili del male che si vuole curare. Il modello fallocentrico tratta il male proprio come se fosse altro, per cui si lotta contro la malattia come alienità intrusiva e nemica”. (p. 199). A parte l’imprecisione di Fornari nel citare la dizione greca di *omfalos*, e il suo significato di ombelico più che di cordone ombelicale, la distinzione proposta è di grande importanza per capire la struttura dell’ospedale e la sua dinamica simbolico – istituzionale.



In epoca medioevale, gli ospizi (dai quali prende il nome l'ospedale moderno), i ricoveri, gli *xenodochia*, gli hotel-Dieu francesi, si trovavano spesso presso i conventi di molti ordini religiosi. L'ospitalità consisteva nel rifocillare, offrire un giaciglio per la notte, prendersi cura dei bisognosi, dei poveri, delle vedove, degli indigenti (da *in* rafforzativo e *egere* che vale "aver bisogno"). Questi luoghi, per lo più religiosi nell'europa cristiana, si moltiplicano con lo spostamento di grandi masse di persone. In particolare con le Crociate, che vedono un gran numero di cristiani percorrere l'Europa per raggiungere il Santo Sepolcro e le terre del Medio oriente o per tornare dai luoghi di confronto con gli eserciti musulmani. Lungo il percorso dei crociati si sviluppò una vera e propria rete di ospizi volti a prendersi cura delle persone affaticate, malate, senza le energie per proseguire il cammino. Se si guarda allo sviluppo successivo degli ospedali, se ne può cogliere, in Italia soprattutto, la loro origine religiosa, diretta eredità delle tradizioni medioevali. Sono alcuni ordini religiosi, pensiamo ai Camilliani, ai Fatebenefratelli, alle ospedaliere del Sacro Cuore di Gesù e della Beata Vergine, agli Ospedalieri di San Giovanni di Gerusalemme (Sovrano Militare Ordine di Malta), agli ospedalieri di Nostra Signora della Carità e a molti altri.

E' sul finire del '700 che i medici fanno il loro ingresso entro le istituzioni ospedaliere che, come s'è detto, erano nella maggior parte di fondazione religiosa. Questo ingresso, che sarebbe interessante ricostruire nelle sue ragioni, nelle sue motivazioni e nella modalità della sua realizzazione, segna l'affiancarsi, da allora inestricabile, del prendersi cura e del curare.

Queste due funzioni sono complementari: da un lato il prendersi cura implica, in chi si prende cura, una sorta di identificazione con lo star male dell'altro, quindi una funzione fondata sull'assunzione di colpa che comporta, poi, l'atto riparatorio. Senza questa dinamica della colpa volta alla riparazione, non si dà il prendersi cura. E' importante cogliere il senso della "colpa volta alla riparazione"; Fornari parlava della madre che, di fronte al pianto rabbia del bambino, sa ironicamente colpevolizzarsi (povero piccolo, che cattiva mamma che hai!) per poi mettere in atto la riparazione (vieni, piccolo, che adesso la mamma ti pulisce, ti cambia, ti dà da mangiare ...). Non si tratta di senso di colpa, quindi, con la sua inutile distruttività dell'altro. Si tratta della capacità di identificazione con la sofferenza dell'altro, al fine di coglierne i bisogni per un intervento che attenui la sofferenza stessa⁴. Il prendersi cura, la sollecitudine caritatevole nei confronti dell'altro sono possibili se l'altro bisognoso, malato, viene simbolizzato quale "bambino" inerme e dipendente. Questo è il motivo per cui l'ingresso in ospedale comporta dipendenza e, necessariamente, una sorta di regressione obbligatoria del malato, al fine di rendere possibile l'istituirsi del prendersi cura da parte del personale infermieristico⁵. Nel momento in cui i medici fanno il loro ingresso negli ospedali – ospizi, portando con loro il sapere medico, fondato sulla

⁴ Fornari dice: "La madre libera il bambino dal male, cioè cura il bambino avendo pena e sollecitudine per lui, condividendone cioè il male" (*op. cit.*, p. 198).

⁵ Si pone, oggi, un problema di grande rilevanza simbolica, nel rapporto tra personale infermieristico e degenti, in ospedale: molto spesso, infatti, rimane la necessaria regressione del malato a condizione infantile, senza che l'infermiere, dal canto suo, sia più in grado di identificarsi con la sofferenza e i bisogni del malato.

classificazione delle malattie, la capacità diagnostica riferita alla stessa nosografia e l'iniziativa terapeutica adeguata; la "malattia" si affianca, per così dire, alla persona bisognosa di cure. La malattia è "altra" rispetto alla persona malata; spesso, nel linguaggio ospedaliero, nella stanza n.7 o nel letto n. 3 ci sta un'epatite virale, una broncopolmonite, uno scompenso cardiocircolatorio, non il signor Rossi o la signora Verdi. La malattia altra, per il medico, prende il posto della persona che ne è portatrice. Questo è il motivo per cui, con l'ipotesi di compensare questa generale sostituzione della malattia alla persona, si parla oggi di "umanizzazione" della medicina. Una umanizzazione che, quando esisteva solo il prendersi cura, non aveva senso proporre. Una umanizzazione caratterizzata dai seguenti elementi, nel rapporto di cittadinanza attiva del quale parleremo tra poco: *Atteggiamenti sgarbati, Incuria, Maltrattamenti, Indisponibilità a fornire informazioni, Dolore inutile, Violazione della privacy.*

A ben guardare, si tratta di problematiche che non dovrebbero porsi entro relazioni "civili", entro le regole del gioco della convivenza. Si tratta di componenti problematiche, comprensibili solo entro la dimensione "fallogentrica" del curare il male altro, visto come separato dal "bene proprio" del paziente che, spesso, non riesce a farsi prendere in considerazione entro l'azione del curare.

Sino a pochi decenni fa, la relazione delle singole persone con il sistema sanitario, in particolare con l'organizzazione ospedaliera, era quindi regolata da un duplice sistema di regole, che così si possono sintetizzare:

1 – la relazione vedeva come protagonisti la singola persona ricoverata, isolata e separata dal proprio contesto familiare, amicale, lavorativo, dal proprio ruolo sociale; dall'altro lato c'era il personale sanitario, organizzato da regole, ruoli, modi di relazione all'interno del gruppo e con i malati; regole e strutture che il malato non conosceva e si trovava costretto a subire passivamente.

2 – la singola persona sperimentava una relazione con il contesto infermieristico, preposto al "prendersi cura", prevalentemente religioso⁶ o laico ma formato da appartenenti al sistema religioso. Relazione fondata su modi e modelli ove il malato era simbolizzato quale bambino dipendente, da uniformare ai ritmi e alle abitudini del sistema sanitario. Conseguenze: una sorta di spersonalizzazione e di perdita dell'identità, per assumere la nuova identità del "malato" obbediente e passivo.

3 – il malato aveva poi a che fare con il personale medico; questa relazione implicava un affidarsi totale del malato alle iniziative dei medici. Un affidarsi senza informazioni sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle azioni diagnostiche e terapeutiche che il personale medico decideva unilateralmente, senza alcun consenso del malato.

4 – era impensabile, in un contesto caratterizzato da relazioni come quelle alle quali abbiamo accennato, ogni protesta, ogni rivendicazione del malato. Il malato, isolato e solo, poteva soltanto accettare le iniziative e le regole del personale sanitario, senza alcuna voce in capitolo.

Poi arrivano gli anni settanta; anni caratterizzati, nel nostro paese, dal venir meno dei patti di divisione del potere tra i due grandi partiti di massa. Cade, in un certo senso, la Yalta italiana⁷.

E' una stagione di grandi riforme, ma anche di un profondo cambiamento culturale. Vengono messi in discussione alcuni poteri "forti" della cultura italiana: la Chiesa, con i referendum che negano l'abrogazione dell'istituto del divorzio e con l'approvazione di quello sull'interruzione di gravidanza; l'azienda, con l'approvazione dello statuto dei lavoratori; la cultura borghese della discriminazione dei sessi con la riforma del diritto di famiglia e la parità dei diritti e doveri tra uomini e donne; lo stereotipo, ancora borghese, della segregazione del diverso, con l'inserimento degli handicappati a scuola e la legge 180 che prevede la chiusura degli ospedali psichiatrici e l'inserimento del malato mentale in famiglia e nel sistema sociale; il potere delle forze armate, con l'istituzione del diritto all'obiezione di coscienza; si vara la riforma penitenziaria, si istituisce il servizio sanitario nazionale, si fondano i corsi di laurea in psicologia. A metà degli anni settanta, abbiamo in Italia i primi laureati in psicologia.

⁶ In molti contesti ospedalieri italiani, sino a poco tempo fa, la struttura infermieristica era formata e diretta da ordini religiosi femminili, ove le suore ricoprivano molto spesso il ruolo di capo sala, quindi di coordinamento del personale infermieristico.

⁷ Si veda al proposito: Carli, R. & Paniccia, R.M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia*. Milano: FrancoAngeli.

Riportiamo quando avvenne nell'ambito del sistema sanitario ospedaliero, così come è presentato nel sito di Cittadinanza Attiva (www.cittadinazattiva.it/):

- Nel 1978 nasce a Roma il Movimento Federativo Democratico, oggi Cittadinanzattiva, e Giancarlo Quaranta pubblica "L'uomo negato", un saggio sulla condizione del malato che, in ospedale, soffre sia per la malattia che per le disfunzioni del sistema.
- Nel 1979 la signora Maria Grazia C. passa alla storia per aver pronunciato la frase "...perché non accada ad altri..." in una lettera-denuncia per la morte della sua bambina, avvenuta in ospedale in condizioni disumane
- Nel 1980 si formano, in tutta Italia, gruppi di volontari per lottare contro le sofferenze inutili dei malati. Viene proclamata la prima "Carta dei 33 diritti del cittadino malato"; ne seguono altre 89 in tutta Italia.
- Nel 1990 viene realizzato il primo Rapporto sullo stato dei diritti dei cittadini nel servizio sanitario: una indagine civica che coinvolge 300 strutture e 25.000 cittadini.
- Nel 1991 parte la campagna "Abbiamo un sogno: trasformare gli ospedali italiani in ospedali".
- Nel 1996 nasce il Pit Salute, il servizio di informazione, consulenza e assistenza per i cittadini alle prese con i problemi della sanità.
- Nel 1997 viene presentato il 1° Rapporto Pit salute, alla presenza del Capo dello Stato.
- Nel 2001 nasce l'Audit civico, un programma che permette ai cittadini di essere soggetti attivi nella valutazione della qualità.
- Nel 2002 viene presentata a Bruxelles la Carta europea dei diritti del malato, frutto del lavoro comune con altre organizzazioni civiche di 11 Paesi europei. La carta ha ottenuto riconoscimenti dal Parlamento Europeo, dalla Commissione europea e dal Comitato Economico e Sociale, oltre che dal Parlamento Italiano in una mozione approvata all'unanimità.

La relazione tra malato e sistema sanitario, in pochi anni, cambia profondamente. Il malato non è più la persona sola, isolata dal suo contesto, in balia di un sistema di relazioni che, per il suo bene, ha un potere pressoché assoluto su di lui. Il malato diventa cittadino, con doveri e diritti eguali a quelli dei cittadini che svolgono la professione sanitaria. La cultura degli anni settanta mette in discussione anche il potere "medico".

Cittadinanza Attiva, ma anche altre associazioni (malasanità, alziamo la voce, obiettivo risarcimento, *sanihelp*, disinformazione etc.) pongono fortemente in discussione l'operato del sistema sanitario. Tutto questo viene recepito dalla sanità come una minaccia, non come un riscontro. Di qui la trasformazione del malato, per i medici in particolare ma anche per il personale paramedico, dalla figura amica perché dipendente ed acritica in una sorta di "nemico" dal quale difendersi. Nasce la "medicina difensiva".

Proponiamo una rassegna delle osservazioni critiche contenute nel Rapporto PiT Salute (Progetto integrato di Tutela) di Cittadinanza Attiva del 2011. L'obiettivo di questa citazione è quello di cogliere il senso delle critiche al sistema ospedaliero, da parte dei cittadini del paese.

Ricordiamo che questo lavoro di raccolta e commento delle osservazioni critiche nasce nel 1997 come Audit civico, volto alla valutazione delle aziende sanitarie, con l'intento di giungere ad una valutazione della sanità italiana in generale; l'Audit civico aveva l'obiettivo di dare una forma concreta alla centralità del cittadino, impegnandolo nel processo di valutazione del suo incontro con i servizi sanitari; ma anche l'obiettivo di rendere trasparente e verificabile l'azione delle aziende sanitarie e di prevenire la frammentazione del servizio sanitario.

Rapporto PIT salute 2011

Il PiT Salute nazionale riceve le segnalazioni dei cittadini da tutto il territorio italiano. È stato attivato nel 1997 per:

- fornire gratuitamente informazioni, assistenza e consulenza ai cittadini in ambito sanitario;
- utilizzare la forza delle segnalazioni per promuovere azioni politiche di tutela, su questioni problematiche e criticità del panorama sanitario.

Le informazioni presentate nel *Rapporto 2011* fanno riferimento all'analisi di 23.524 segnalazioni pervenute nel corso del 2010 e gestite dal PiT Salute nazionale, dalle sedi del Tribunale per i diritti del malato presenti sul territorio nazionale e dai servizi PiT Salute locali.

Osservando il quadro generale delle *segnalazioni inerenti l'assistenza ospedaliera*, vediamo che a soffrire maggiormente risulta essere *la rete dell'emergenza - urgenza*; risultato derivante dai pesanti tagli ai posti letto, dal blocco del turn over degli operatori sanitari e dalla incapacità di presa in carico da parte del territorio. Il dato cresce enormemente dal 29,8% registrato nel 2009 al 41,4% nel 2010.

A seguire troviamo le segnalazioni sulle *dimissioni*, anche queste in forte crescita rispetto allo scorso anno, confermando l'inadeguatezza di una presa in carico troppo ancorata ai DRG e pertanto avvertita come assolutamente inadeguata alle reali esigenze dai cittadini. Il dato sale infatti dal 23,8% del 2009 al 35,1% del 2010.

Infine la percentuale delle segnalazioni sui *ricoveri* (46,4% nel 2009, 23,5% nel 2010), in cui si evidenzia una insufficiente offerta di servizi ospedalieri, il mancato raccordo tra le varie strutture ed una crescente difficoltà di accesso; frutto di politiche di razionalizzazione della spesa e di piani di riordino della rete ospedaliera avviati soprattutto nelle regioni sottoposte a piani di rientro. La logica economica ancora una volta, sembra prevalere sulla necessità di fornire servizi di qualità.

A - Il Pronto Soccorso

Le principali carenze sono così descrivibili:

- Mancato raccordo tra rete pronto soccorso e rete ospedaliera (Regioni con criticità più elevate: *Umbria, Basilicata, Campania, Calabria, Sicilia*);
- Mancato raccordo tra rete pronto soccorso ed assistenza territoriale;
- Mancato contatto radio con mezzi di pronto soccorso (Regioni con criticità più elevate: *Abruzzo, Toscana, Campania, Sicilia*);
- Anomala distribuzione di DEA ed EAS1 su territorio nazionale (il 47% dei DEA e il 25% degli EAS sono stati individuati senza tener conto dei dati territoriali, demografici ed epidemiologici), (Regioni con criticità più elevate: *Calabria, Campania, Abruzzo, Sicilia, Lazio*);
- Assenza di sistemi informativi e software gestionali;
- Carenze di programmi per la verifica e la promozione di qualità prestata (in oltre il 20% degli ospedali del centro e nel 50% degli ospedali del sud), (Regioni con criticità più elevate: per le regioni del nord, la *Liguria*; per le regioni del centro, *l'Abruzzo*; per le Regioni del Sud, *la Calabria ed il Molise*);
- Sovraffollamento dei pronto soccorso. Innanzitutto i tempi di attesa. I cittadini lamentano lunghe attese per accedere al *triage*, per ottenere una visita con un codice bianco, giallo o verde. Lunghe attese per avere un posto letto o essere inviati in un'altra struttura. Problemi che riguardano il trasporto in ambulanza: ambulanze non adeguatamente attrezzate, e cioè senza medico a bordo; costi per il trasporto, ritardi nell'arrivo del mezzo richiesto. Richiesta di informazioni per l'assegnazione dei codici in pronto soccorso.

Tempi di attesa. Sia nel 2009 che nel 2010 rispettivamente il 59% ed il 42% dei cittadini hanno lamentato lunghe attese per accedere al *triage*, per una visita con un codice bianco, verde o giallo. Lunghe attese per avere un posto letto o essere inviati in un'altra struttura. Il dato è in calo (- 17,8 punti percentuali rispetto al 2009) ma comunque di grande importanza poiché si riferisce ad 1/3 di tutte le segnalazioni inerenti il pronto soccorso.

I cittadini raccontano che i propri cari rimangono ad attendere su una barella, una sedia, una lettiga per ore, dopo l'assegnazione del codice. Dopo la visita, se è necessario trovare un posto letto, si aspetta anche 24/72 ore in astanteria. *I cittadini segnalano la disattenzione del personale sanitario, il disinteresse per le proprie condizioni di salute: a volte non viene offerto un bicchiere d'acqua o non si aiuta la persona malata a recarsi in bagno. Si segnala la carenza di informazioni, la sensazione di non essere presi in considerazione, di non essere ascoltati.*⁸

Il monitoraggio civico effettuato dai volontari di Cittadinanzattiva (nonostante sia stato eseguito in un giorno ferialo e durante le ore diurne) rafforza il racconto dei cittadini. E' stato rilevato, infatti che, se per l'accesso al *triage* si aspetta da pochi minuti a mezz'ora, un codice giallo può essere preso in carico fino a 5 ore dopo il suo arrivo al pronto soccorso; un codice verde può attendere fino a 12 ore. L'attesa dei malati per accedere ad un posto letto va anche dalle 24 ore a 3-4 giorni. I cittadini segnalano, inoltre, attese per ottenere le risposte dei referti provenienti da altri reparti.

⁸ Il corsivo è nostro

Per ciò che riguarda alcune Regioni, i tempi minimi di attesa per una visita in codice giallo vanno: in Lombardia da pochi minuti a 20 minuti, in Toscana da 10 minuti a 80 minuti, nel Lazio da pochi minuti a 4 –6 ore. I tempi di attesa per una visita in codice verde, invece vanno, in Lombardia da pochi minuti a 60 minuti, in Toscana da 15 minuti a 2 ore, nel Lazio da 10 minuti a 12 ore.

L'indagine conoscitiva del Senato che, tra gli altri, ha valutato anche il tempo medio di attesa del *triage* (in minuti) prendendo in considerazione tutti i codici di gravità, mostra che si può attendere in media per accedere al *triage* del DEA 15 minuti in Trentino, 11 in Puglia, 15 in Calabria. 37 minuti in Lombardia, 39 in Emilia Romagna, 38 nel Lazio. Per accedere al *triage* degli EAS si attende in media 10 o 11 minuti, rispettivamente in Calabria e Campania, ma si arriva addirittura 241 minuti in Abruzzo.

B - Dimissioni

Le segnalazioni sulle dimissioni ritenute improprie sono enormemente aumentate passando dal 63,9% del 2009 all'82,7%; quasi 20 punti percentuali in più. Se già il dato è allarmante per la sua dimensione, allarma ancora di più il fatto che questo cresca così vistosamente da un anno all'altro. Qualcosa ci staranno pur dicendo i cittadini e solo uno sprovveduto non si porrebbe qualche domanda.

Nelle segnalazioni dei cittadini si nasconde la paura che si sia sottovalutato un sintomo o un esame, che la fretta nel dimettere possa causare un danno o un mancato recupero funzionale, che non ci siano le condizioni per affrontare la malattia a domicilio, perché eccessivamente gravoso per il paziente ed i familiari. I cittadini percepiscono la logica che sottostà ai ricoveri: percepiscono che il tempo che viene loro dedicato ha un costo, che il letto che occupano ha un costo, che l'esame o la visita hanno un costo, che il farmaco somministrato ha un costo. Tuttavia è difficile, se pur cognitivamente non lo sia perché siamo ormai abituati, collegare la propria malattia, il proprio malessere, alle logiche economiche dei DRG ed accettare che per una appendicectomia si può essere ricoverati al massimo 2 giorni, non importa se si hanno 6 anni o 40 o se ci sia un quadro clinico più compromesso come in un anziano.

Si ha l'impressione di entrare in un supermercato anziché in un ospedale, dove a qualsiasi cosa è dato un prezzo e si avverte se stessi come un peso, piuttosto che come persone che hanno bisogno di attenzioni.⁹

Siamo davvero troppo lontani da quella che dovrebbe essere la missione del servizio sanitario ovvero: garanzia di cure adeguate e sicure, presa in carico celere, attenzione per la qualità della vita; chiediamo a gran voce che questi valori vengano recuperati. Gli stessi medici dichiarano di avere le mani legate, invischiati anch'essi in logiche economiche più grandi di loro, laddove invece il senso di responsabilità dovrebbe prevalere. Rimandiamo per l'appunto ad una esemplare Sentenza della Cassazione: *"il medico risponde anche a un preciso codice deontologico"* e *"non è tenuto al rispetto di quelle direttive, laddove esse siano in contrasto con le esigenze di cura del paziente, e non può andare esente da colpa ove se ne lasci condizionare, rinunciando al proprio compito e degradando la propria professionalità e la propria missione a livello ragioneristico"*.

A segnalare maggiormente i disagi causati da una dimissione sono, soprattutto, i pazienti affetti da patologia neurologica (traumatizzati, esito di ictus, esito di ischemia ecc) che raggiungono il 23,8% delle segnalazioni. Queste patologie, più di altre, compromettono alcune funzioni elementari della vita e necessitano di una presa in carico complessa (riabilitazione funzionale, neurocognitiva, logopedica) che l'ospedale non può fornire ma alla quale neanche il territorio sa rispondere.

È interessante notare le patologie che, in questo ultimo anno, hanno registrato un trend in crescita. Oncologia (+ 8,1 punti percentuali), Cardiologia (+4,4 punti percentuali), Chirurgia generale (+3,7 punti percentuali) sono solo alcune delle aree che subiscono un evidente incremento di segnalazioni. L'aumentare delle segnalazioni in oncologia, come in cardiologia, mostra un dato allarmante se consideriamo che sono le cause di maggiore mortalità nel nostro paese. Inoltre l'aumento delle segnalazioni rispetto alla chirurgia generale evidenzia la difficoltà per i cittadini di confrontarsi con gli esiti di un intervento chirurgico, dove la convalescenza è più aggravata dalla

⁹ Il corsivo è nostro

necessità di medicazioni della ferita chirurgica spesso affidata agli stessi cittadini (laddove spetterebbe al medico di famiglia o agli infermieri dell'assistenza domiciliare).

C - Ricoveri

Il dato più evidente è l'aumento notevole delle segnalazioni inerenti il rifiuto di ricovero che sale dal 36,6% del 2009 al 42,4% nel 2010. Questo dato riassume le segnalazioni dei cittadini ai quali è stato negato il ricovero presso gli ospedali a causa della carenza di posti letto. I tagli ed il riordino previsto, in molte regioni, della rete ospedaliera ha prodotto per il momento solamente malcontento, chiudendo le porte ai malati.

Sebbene il riordino e la conversione di alcune strutture in ambulatori si è reso indispensabile a causa dei pesanti disavanzi creati dalle cattive gestioni dei fondi sanitari regionali, è sempre e comunque il cittadino a farne le spese. Come spesso accade in questo paese, prima si corre ai ripari tagliando, poi si pensa a giustificare in modo quasi pedagogico la motivazione di tali scelte e si cerca di convincere che è la scelta più razionale. Forse allora è solo un problema di "comunicazione" quello di cui ci troviamo a discutere perché al cittadino comune non è stato affatto facile comprendere il perché della chiusura dell'ospedale di zona.

Di fronte a simili problemi di accesso, è chiaro che appaia quasi secondario, al cittadino, segnalare la scarsa assistenza medica e infermieristica durante il ricovero; sebbene segnalato nel 19,1% dei casi, scende rispetto allo scorso anno (24,4% nel 2009).

Per un 15,5% delle volte il cittadino segnala che, a causa della carenza dei posti letto, viene ricoverato in un reparto inadeguato dove non è garantita la presenza dello specialista nella patologia sofferta. Un esempio fra tanti riguarda il caso di un paziente affetto da rettocolite ricoverato nel reparto di cardiologia, dove erano chiaramente assenti farmaci utili ai suoi bisogni.

A preoccupare in modo crescente i cittadini è la mancanza di servizi/reparti, chiusi anch'essi per razionalizzare la spesa (7,8% nel 2010 contro il 7,3% nel 2009).

Inoltre è segnalato come emergente (12,2% nel 2009; 15,2% nel 2010) il problema dei trasferimenti presso strutture più specializzate.

Ad incontrare queste difficoltà sono spesso pazienti costretti a sobbarcarsi costi di ambulanze per il trasferimento in strutture più specializzate o ad organizzare da sole il trasferimento non potendo contare sulla complicità/collaborazione del medico o dell'intero reparto. La necessità del trasferimento poi, il più delle volte, non rappresenta una libera scelta del paziente ma piuttosto una necessità espressa dalla stessa struttura per inadeguatezza delle competenze specialistiche.

In sintesi

Il Tribunale dei malati e Cittadinanza attiva hanno istituito un sistema di controllo sull'assistenza sanitaria in Italia, fondato sulle segnalazioni dei cittadini concernenti le disfunzioni sperimentate entro il sistema sanitario nazionale (entro il sistema ospedaliero, in particolare).

Come si vede, è nel '78 che i cittadini italiani sentono il bisogno di verificare e dare riscontri sull'operato del sistema sanitario nel nostro paese. Lo si fa in un anno di protesta radicale, studentesca e proletaria, che culminerà nel rapimento Moro da parte delle Brigate Rosse. Sono anni molto difficili per un paese che vede formalizzate alcune dimensioni della protesta del '68: l'università di massa, la radicalizzazione della lotta entro le frange dell'estrema sinistra, frange che si staccano definitivamente dalla sinistra parlamentare per dare inizio ad una sorta di "rivoluzione proletaria". Sottolineo tutto questo perché è importante cogliere il clima politico e culturale entro cui prende forma una forte contestazione nei confronti del potere "medico", o sanitario in generale, sino a quel momento dotato di una forza indiscussa e indiscutibile.

La risposta del mondo medico fu molto allarmata e intimorita, venata di incredulità e di sarcasmo, in un primo momento. I medici, più che gli infermieri o le capo sala, si sentivano messi sotto accusa, ingiustamente criticati nel loro operato e pericolosamente sottoposti a quelle regole del gioco, controllate dal potere giudiziario, che fondano ogni sistema di convivenza. Si pretendeva che la relazione medico-paziente non fosse in alcun modo regolata da dimensioni terze, quali la magistratura, al fine di mediare possibili conflitti tra le parti e valutarne la responsabilità. Questo,

perché si pretendeva che tale relazione potesse essere fondata, ineluttabilmente grazie alla forte tradizione culturale, sulla conflittualità.

Una sorta di alleanza scontata, fondata sulla scontata finalità del medico, simbolizzata consensualmente come volta ad operare “per il bene” del paziente.

Questa scontatezza stava alla base del potere medico.

I rapporti di Cittadinanza attiva e del Tribunale dei malati sono fondati sulle segnalazioni di lamentele e di malfunzionamento del sistema sanitario italiano nel suo complesso, provenienti da tutto il territorio del nostro paese; una prima considerazione concerne l'esistenza e l'efficacia di sistemi, quello succitato ma anche altri analoghi, capaci di canalizzare e dare visibilità sociale e politica alle obiezioni dei cittadini che hanno subito le disfunzioni del sistema sanitario. Prima degli anni ottanta, ciascun “paziente” era solo, indifeso, nei confronti del sistema sanitario. Un sistema che, come ebbi a dire ormai molti anni fa, si fondava su uno specifico potere indiscusso del medico: il potere insito nella visita medica, nella rilevazione di sintomi, segni e prove di laboratorio, nella prescrizione di farmaci, nella scarsità di informazioni ricevute dal paziente, considerato un profano a cui tacere notizie e valutazioni per ricevere le quali non era all'altezza, nel sottoporre a esami clinici, interventi chirurgici, manipolazioni del corpo del paziente senza alcuna informazione che desse senso a quanto il medico decideva di fare. Paziente dicevo allora, deriva dal verbo latino *patior, passus sum, pati*, che letteralmente significa “soffrire”. Anche la parola “passivo” deriva dallo stesso verbo latino, e vale: “soffrire della dipendenza”. Il paziente è quindi “colui che soffre”, ma nella sua passività nei confronti del medico e del sistema sanitario, è anche “colui che soffre della dipendenza”. Nell'ambito di questa dinamica della dipendenza, le cose sono molto cambiate grazie al fatto che il sistema sanitario è sottoposto a riscontri che non derivano solo dal proprio interno, ma anche e soprattutto da strutture rappresentative dell'utenza della sanità. L'istituirsi di questa verifica del funzionamento della sanità, nei suoi vari comparti, ha profondamente cambiato la dinamica simbolica della relazione tra medico e paziente; in particolare entro il sistema ospedaliero. Ne è una spia eloquente la cosiddetta “medicina difensiva”: quell'insieme di iniziative diagnostiche o terapeutiche, messe in atto dal sistema sanitario principalmente come garanzia nei confronti delle possibili responsabilità medico legali conseguenti alle cure mediche prestate, piuttosto che per perseguire la salute del paziente. Con la medicina difensiva, il paziente e i suoi familiari si costituiscono simbolicamente come “nemico” del medico, pronto a confrontarlo con le sue responsabilità, anche legali. Il sistema sanitario, in particolare l'area medica, ha mal sopportato il venir meno della dipendenza passiva e acritica del paziente nei suoi confronti. Il potere medico ha goduto per secoli di una sorta di impunità, difficile da immaginare per altri comparti professionali. Alla fine degli anni settanta tutto questo è scomparso; anche per i medici si sono sollevati contenziosi civili e penali: il magistrato ha fatto la sua comparsa, negli anni sempre più frequente, per regolare i conflitti con i pazienti nel caso di problemi sorti quali conseguenze dell'operato medico o sanitario, dall'errore casuale del medico sino all'incompetenza colpevole, a casi di *medical malpractice*¹⁰ o di malasanià.

Torneremo più avanti sul tema, ma si può facilmente intuire come sia profondamente cambiato il sistema delle relazioni emozionali tra medici da un lato, pazienti e familiari dall'altro, entro l'ospedale.

Il cambiamento delle relazioni tra il personale sanitario, dopo le riforme

Ricordiamo brevemente i passi legislativi concernenti il sistema sanitario nel nostro paese.

a - Con la Legge 833 del 1978 si sopprime il sistema mutualistico in vigore dagli anni '30 e si istituisce il Servizio Sanitario Nazionale. Con questa legge si vincola la sanità nazionale ad alcuni principi coerenti con il dettato costituzionale: principio della *globalità* delle prestazioni, principio

¹⁰ *Medical malpractice* è una negligenza professionale, attuata con atti od omissioni, dal personale sanitario il cui trattamento non corrisponda agli standard professionali generalmente accettati dalla comunità sanitaria. La *medical malpractice* può comportare danneggiamento del paziente, sino alla morte del paziente stesso, direttamente riconducibili a errori medici.

dell'*universalità* dei destinatari, principio dell'*eguaglianza* di trattamento e della *uniformità* delle prestazioni su tutto il territorio nazionale.

Va ricordato che in tutti gli anni '80 e nei primi anni '90 sale vertiginosamente la spesa sanitaria pubblica italiana in tutti i suoi comparti, dalla spesa medica a quella farmaceutica. Ciò è dovuto alla incompetenza generale nella gestione del servizio sanitario, alla forte ingerenza dei partiti politici nella nomina degli enti di gestione, con un clientelismo diffuso e devastante per i costi della sanità. Inoltre, alla confusa ripartizione dei poteri gestionali e delle responsabilità tra stato, regioni e comuni. All'ingente spesa pubblica per la sanità si contrappone una diffusa insoddisfazione dei cittadini per i servizi offerti.

Nel 1992 scoppia nel paese "tangentopoli" o, se si vuole, "mani pulite". Il 17 febbraio del 1992 il Pubblico Ministero Antonio Di Pietro ottiene l'arresto dell'ingegner Mario Chiesa, presidente del Pio Albergo Trivulzio di Milano. Con "mani pulite" si dissolve il vecchio mondo partitico italiano e viene allo scoperto l'intricato e preoccupante sistema di tangenti che collega politica e affari. Le tangenti hanno rilevanza di prove per i Pubblici Ministeri del pool che si occupa della vicenda, ma quanto emerge va ben al di là del solo scambio di danaro, per mettere in evidenza l'influenza degli uomini politici su un vasto territorio della vita pubblica del paese, dalle raccomandazioni alle strategie aziendali, dalle carriere nelle aziende pubbliche alla Sanità in tutti i suoi aspetti organizzativi e istituzionali. La crisi finanziaria ed economica del paese è di una gravità che solo ai nostri giorni stiamo rivivendo.

b – Con i Decreti Legislativi 502 del 1992 e 517 del 1993, si procede al riordino del SSN: si realizza una trasformazione dell'assetto istituzionale, gestionale e organizzativo del SSN stesso. Si procede all'*aziendalizzazione* dei servizi sanitari, trasformando le Unità Sanitarie Locali (USL) in Aziende Sanitarie Locali (ASL); dalle ASL escono gli ospedali di rilievo nazionale e ad alta specializzazione che divengono Aziende Ospedaliere (Aosp). Asl e Aziende Ospedaliere sono enti strumentali delle Regioni, dotate di personalità giuridica, quindi pubblica, propria. Alle Asl e alle Aosp viene attribuita un'ampia autonomia organizzativa, contabile, tecnica, gestionale, patrimoniale.

Infine, e sarebbe l'innovazione più rilevante, al posto degli organi collegiali e politicizzati che reggevano la gestione delle Usl (come il Comitato di Gestione), a capo di ciascuna Asl e Aosp viene posto il Direttore Generale (coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo), nominato dalla Regione.

Con il Direttore Generale si istituisce un ruolo "monocratico", in quanto il DG è l'unico responsabile della gestione aziendale di fronte alla Regione, dotato di poteri di indirizzo politico e di controllo sui risultati conseguiti.

Si realizza, con la riforma in analisi, la concorrenza amministrata, mediante una separazione non obbligatoria tra acquirenti e produttori. In particolare: le Aziende Sanitarie Locali (Asl) possono mantenere al proprio interno le strutture di produzione (presidi ospedalieri, laboratori e ambulatori Asl). L'acquirente/committente (soggetto finanziatore) è la Asl o la Regione stessa.

E' peraltro prevista una pluralità di produttori: presidi ospedalieri o ambulatori Asl, Aosp ma anche erogatori *privati accreditati* (ad esempio case di cura, cliniche di riabilitazione e altro, gestite da imprese private).

Per operare sul mercato privato, tutte le strutture di produzione devono essere in possesso dell'*autorizzazione* al funzionamento (requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi).

Se vogliono operare per conto del SSN, oltre all'autorizzazione le strutture di produzione (pubbliche e private) devono conseguire l'*accreditamento* (requisiti di qualità).

Le strutture accreditate, pubbliche e private, sottoscrivono contratti di fornitura (accordi di servizio) con le Asl (o direttamente con la Regione).

I pazienti possono recarsi presso qualsiasi struttura (pubblica o privata) accreditata: *principio della libertà di scelta della struttura di cura*.

Le Asl (o le Regioni stesse) finanziano i produttori:

- le proprie strutture di produzione, mediante l'attribuzione di *budget* da rispettare

- le Aosp e le strutture private accreditate, secondo tariffe nazionali e regionali a prestazione (ambulatori) o a episodio di ricovero (degenze ospedaliere). Queste ultime sono basate sul sistema dei DRG¹¹.

Con la riforma Bindi¹², del 1999 (d.lgs. 229/99), si consolida l'aziendalizzazione e si promuove la cooperazione amministrata: integrazione dei fornitori privati nel sistema di produzione pubblico mediante l'uso dello strumento contrattuale (Toscana, Emilia-Romagna) o mediante la programmazione centrale (Veneto, Friuli-V.G.). L'efficienza e l'appropriatezza vengono garantite mediante una programmazione negoziata o centralizzata. Viene mantenuto il sistema DRG. Con la legge costituzionale 3/2001 si rafforza la regionalizzazione del sistema sanitario.

Tutto bene, quindi?

I risultati di questa serie di riforme, che dal 1978 ad oggi si susseguono ininterrotte, non rispondono pienamente (qualche critico dice: per nulla) alle attese di contenimento della spesa per la sanità, nel nostro paese. Anzi, il contributo delle spese sanitarie alla voragine del debito pubblico italiano è imponente.

L'ex ministro della sanità Rosy Bindi, che ha retto il dicastero in questione dal 1996 al 1999, tiene una interessante lezione all'European Studies Centre dell'Università di Oxford nell'ottobre del 2002, in cui commenta il senso delle riforme sanitarie delle quali stiamo parlando. In particolare parla della "controriforma" attuata da De Lorenzo con il D. L. 502, affermando che gli elementi innovativi contenuti nel decreto "sono inseriti in un contesto politico e legislativo contraddittorio, volutamente ambiguo, soprattutto per quel che riguarda i rapporti tra pubblico e privato, e in un quadro di drastica contrazione delle risorse pubbliche per la salute"¹³.

Questa contrazione della spesa ha, per l'ex ministro, una specificità peculiare che l'onorevole Bindi così stigmatizza: "Nella legge n. 833 del 1978, istitutiva del SSN, i bisogni rappresentavano la variabile indipendente e la spesa era concepita come variabile dipendente (*determinata cioè dal grado di soddisfacimento di quei bisogni*)¹⁴). A partire dalla riforma del 1992 la spesa diventa, invece, una variabile indipendente (stabilita annualmente dal Governo, in funzione delle compatibilità economiche e finanziarie del Paese), mentre i bisogni di salute rappresentano una variabile dipendente. *Alle nuove ASL viene affidato il compito di garantire anzitutto il pareggio del bilancio, a prescindere dai risultati di salute degli assistiti*¹⁵. Il metodo delle risorse definite ex ante produce una inevitabile e costante riduzione dei fondi a disposizione e il finanziamento pubblico risulta decisamente sottostimato rispetto al fabbisogno."

La spesa per la sanità sembra doversi districare, dai primi anni '90, tra Scilla e Cariddi: da un lato il paradosso dell'efficacia¹⁶ che non pone limiti agli obiettivi di perseguimento della salute per uno

¹¹ DRG è l'acronimo di Diagnosis Related Group. Il DRG è un sistema di diagnosi che permette di classificare tutti i pazienti dimessi da un ospedale (ricoverati in regime ordinario o di *day hospital*) in gruppi omogenei per assorbimento di risorse impegnate (*isorisorse*). Tale connotazione caratterizzante, permette di quantificare economicamente l'assorbimento di risorse e quindi di remunerare ciascun episodio di ricovero. Una delle finalità del sistema è quella di controllare e contenere la spesa sanitaria. Il sistema DRG viene applicato a tutte le aziende ospedaliere pubbliche e a quelle private accreditate (ovvero che possono emettere prestazioni ospedaliere per conto del SSN) italiane e alle ASL.

¹² Il ministro Bindi sembra fosse contraria al sistema DRG e volesse profondamente modificare il conteggio economico delle prestazioni istituito con il D.L. 502 o decreto De Lorenzo, volto a modellare il SSN italiano a quello degli USA; ma il mantenimento del sistema DRG le fu imposto, si dice, dalla componente di sinistra del suo partito, visto che erano favorevoli al sistema stesso i compagni di partito dell'Emilia - Romagna, della Toscana e, in parte, del Veneto.

¹³ L'intero testo della lezione di Rosy Bindi si può trovare nel sito della rivista *Aggiornamenti Sociali* on line: www.aggiornamentisociali.it/0302bindi.html.

¹⁴ Il corsivo è nostro

¹⁵ Il corsivo è nostro

¹⁶ Si veda in proposito: Carli, R. & Paniccia, R.M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia*, Milano: FrancoAngeli. Ecco una sintesi del fenomeno di cui stiamo parlando: "Proponiamo di denominare "paradosso dell'efficacia" questo curioso quanto problematico modo di intendere l'obiettivo organizzativo, entro l'organizzazione sanitaria. Un paradosso che, ponendo obiettivi "illimitati" ad un'area organizzativa che, comunque, deve operare entro un contesto economico di spesa e di bilancio, pone chi opera nell'ambito sanitario, illusoriamente, al di fuori di ogni vincolo e di ogni previsione economica. Evidentemente, questo non è vero nella realtà. Ma è vero nella fantasia organizzativa, o se si vuole nella cultura medica. Ciò

stato, quindi non prevede confini prevedibili alla spesa quando la spesa stessa è la variabile dipendente; dall'altro lo stanziamento di cifre compatibili con il bilancio dello stato, a prescindere dai risultati di salute degli assistiti, quando la spesa è la variabile indipendente.

E' stata, purtroppo, trovata una soluzione al dilemma; quella di fare della sanità uno dei luoghi più frequentati dal potere dei partiti politici e dal suo stretto legame con quello che qualcuno chiamò sistema del "doppio stato"¹⁷.

Già l'on. Bindi sottolineava l'ambiguità della relazione tra pubblico e privato in sanità. A questo si è aggiunta l'abitudine, endemica in molte regioni d'Italia, dello *spoil system* (letteralmente: sistema del bottino) definibile, nel caso della sanità, come quella pratica grazie alla quale le forze politiche, al governo in una regione, distribuiscono ai propri affiliati e simpatizzanti cariche istituzionali, titolarità di uffici pubblici e posizioni di potere (segnatamente le Direzioni Generali delle ASL e delle Aosp), come incentivi ad appartenere e a favorire il partito o l'organizzazione politica.

Siamo arrivati a comprendere, considerando l'iter delle riforme e la tendenza alla loro attuazione perversa, la relazione conflittuale tra personale sanitario e Primari.

I Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere, come s'è detto, sono in gran parte del paese un'espressione delle forze partitiche al governo nella regione. Viene loro richiesto, ufficialmente, di contenere le spese e di contribuire al pareggio di bilancio dell'organizzazione ospedaliera che dirigono. Spesso, senza tenere in considerazione il livello di assistenza e di soddisfazione del "cliente", vale a dire di chi fruisce del servizio sanitario ospedaliero. La tecnicità redditizia finisce così per prevalere sul prendersi cura dei malati. I Primari si propongono, spesso, come la *longa manus* dei Direttori Generali, nel loro provarsi a garantire economicità all'impresa, come richiesto dal gruppo di potere partitico che nomina il DG stesso. I Primari, con i quali il DG fissa l'obiettivo economico per ciascun reparto dell'ospedale, hanno un potere assoluto sul personale sanitario, su delega dello stesso Direttore Generale; al personale viene richiesto di agire secondo ritmi e livelli prestazionali tali da garantire il massimo del profitto, in base ai DRG. I Primari sono tanto più potenti, quanto più dispongono, nell'ambito delle loro competenze, di DRG redditizi; un esempio: l'impianto di pacemaker o la coronarografia hanno DRG elevati economicamente, e molti Primari dei reparti di cardiologia spingono per l'incremento delle prestazioni in tale ambito. In un reparto di patologia respiratoria un anziano Primario, attento a non creare problemi irreversibili ai pazienti, aveva ridotto al minimo la pratica della tracheostomia, preferendo altre modalità di cura. Il giovane Primario che gli succede trova "utile", visto l'altro DRG della tracheostomia, incrementare questo tipo di intervento.

I ritmi del lavoro ospedaliero, spesso, rendono difficili le relazioni con il paziente, sia per i medici che per gli infermieri. Si moltiplicano gli stili autoritari di conduzione dei reparti, da parte dei Primari, con tensioni interne al personale che raggiungono, a volte, livelli preoccupanti di insoddisfazione e di burnout.

Tutto questo avviene entro una concezione economica dell'impresa sanitaria che potremmo definire "delirante". Il DRG, infatti, rappresenta un sistema di monetizzazione delle prestazioni sanitarie di un reparto dell'ospedale. Ma le ASL e le Aziende Ospedaliere sono, al contempo, produttori e committenti delle prestazioni stesse. L'elevata prestazione economica di un ospedale, seguendo la logica dei DRG, grava sulla spesa della Regione o della ASL alla quale la struttura appartiene. E' un giro economico del tutto fittizio. L'introduzione del profitto fittizio, peraltro, consente a Direttori Generali e Primari di poter disporre di "numeri", tramite i quali stendere classifiche di verifica e di confronto tra le varie realtà sanitarie della regione. E' un obiettivo fittizio ma è comunque un obiettivo verificabile. Questo, a nostro modo di vedere, il motivo per cui in

significa che la sanità è vincolata da dimensioni economiche, come molte altre realtà organizzative di servizio, nel nostro paese. Ma tende a sfuggire ai modelli di pianificazione degli obiettivi, alla verifica dei risultati, alla scelta strategica delle priorità degli investimenti ed alla declinazione nel tempo delle strategie" (p. 94).

¹⁷ Nel 1941 un esule tedesco, Ernst Fraenkel, scrisse in America un libro intitolato *Il doppio Stato*, in cui spiegava il funzionamento del potere nazista: secondo lui, allo "Stato normativo", lo Stato delle istituzioni legali, la Germania di Hitler affiancava un secondo Stato, lo "Stato discrezionale", che funzionava con l'arbitrio e la violenza, al di là di ogni norma e di ogni garanzia. In Italia la teoria del "doppio stato" nella conduzione della cosa pubblica e nelle vicende stragiste degli anni sessanta, settanta, e oltre, è stata sostenuta da De Felice e, tra gli altri, da Violante, Tranfaglia, Ginsborg.

molte realtà ospedaliere il “pareggio di bilancio” e la redditività aziendale assurgono a linee guida prioritarie della gestione, pur senza seguire una condivisibile regola economica. L’obiettivo verificabile del DRG assomiglia, nella sua illusorietà, alla verifica in atto nelle università italiane tramite il sistema dell’impact factor.

La condizione del personale sanitario in ospedale

Il personale sanitario si trova costretto entro due relazioni altamente conflittuali: la relazione con i pazienti e i parenti, ove alla dipendenza si è sostituito un atteggiamento esigente e critico; la relazione con la gerarchia ospedaliera, Direttori Generali e Primari, che in nome di una pretesa efficienza economica dell’azienda, chiedono ritmi di lavoro e intensità delle prestazioni elevati, a discapito spesso della qualità della relazione con il paziente. Il personale sanitario, quindi, si trova costretto tra due fonti di pressione al contempo emozionalmente impegnative e contraddittorie.

Nella ricerca sul “rischio psicosociale” che SPS ha effettuato all’ospedale San Filippo Neri di Roma, per conto del Servizio Prevenzione e Protezione Rischi, si rilevano due grandi aree di insoddisfazione tra il personale sanitario: da un lato c’è chi vive criticamente l’alta gerarchia dell’ospedale, Direttori Generali e Primari, e ne lamenta la scarsa competenza manageriale, l’incapacità di presidiare e realizzare gli obiettivi aziendali, di innovare la gestione, di raggiungere risultati soddisfacenti, di conferire affidabilità al sistema ospedaliero; dall’altro, c’è chi si lamenta del lavoro ospedaliero tout court, dai turni alla relazione con colleghi e pazienti, dal carico di lavoro all’affollamento, al rischio di contagio, alla tensione che il lavoro comporta, specie con pazienti acuti.

Gerarchia politicizzata e pazienti militarizzati nella critica attenta e impietosa dell’operato ospedaliero, sono i due grandi fattori di conflitto, di insoddisfazione, di disadattamento al lavoro.

Non in tutti gli ospedali italiani, evidentemente, le cose vanno in questo modo così critico. Non tutto il personale sanitario è insoddisfatto in modo preoccupante. Rimane il fatto che il vissuto di chi opera all’interno dell’ospedale è frequentemente connotato di ansia, disagio, stress, insoddisfazione, fatica per le pressioni emozionali che provengono da tutte le componenti con le quali si ha a che fare nel proprio lavoro quotidiano.

L’aziendalizzazione dell’ospedale può essere considerata la causa di tutto questo? Molti medici sono d’accordo nell’individuare nella trasformazione “aziendale” dell’ospedale la matrice di tutti i mali della sanità ospedaliera. Come se tra azienda ed ospedale ci sia una frattura incolmabile, una sorta di evoluzione blasfema di un istituto dedicato alla cura del paziente, inopinatamente trasformato in una struttura attenta al prodotto, al mercato, al bilancio economico.

Sull’ospedale quale azienda si sono versati fiumi d’inchiostro e caterve di veleni.

La nostra opinione è che la riforma ha reso l’ospedale simile a tutto, tranne che ad una azienda. L’aziendalizzazione è una denominazione di facciata, falsa quanto tendenziosa.

Un’osservazione tra tutte: ogni azienda capace di stare sul mercato fonda il suo funzionamento su due colonne portanti: la soddisfazione del cliente e la valorizzazione del personale come risorsa per lo sviluppo.

Ebbene, l’ospedale con la sua “aziendalizzazione” affidata ad una dirigenza partitica (vale a dire “politicizzata” solo in quanto la nomina della dirigenza sanitaria è affidata alle segreterie dei Partiti al governo delle Regioni) e a responsabili di reparto attenti al DRG, è agli antipodi di un’azienda capace di stare nel mercato. L’ospedale ha dimenticato il cliente e ha mortificato le risorse interne. Il tutto in nome del perseguimento di una redditività ambigua e spesso contraddittoria. L’attuale situazione ospedaliera, costellata di insoddisfazione del personale, di forti critiche da parte di pazienti e familiari, di campagne stampa costellate di malasana e di disfunzioni al limite del codice penale o oltre, sembra il risultato critico, fortemente critico, dell’incapacità gestionale che contraddistingue, nel nostro paese, tutte le organizzazioni collegate al mondo dei partiti politici o alle sue dirette dipendenze. Più che la corruzione e i collegamenti con la malavita organizzata, è grave l’incapacità caratterizzante un mondo fatto di pressapochismo familista. Si dice che la sanità italiana sia tra le prime d’Europa nel livello delle sue prestazioni. Può essere vero, anche se andrebbero verificati i criteri di questa valutazione; ma le disparità di funzionamento tra regione e regione, tra nord e sud del paese, tra grandi città e piccoli centri, rende il funzionamento

ospedaliero molto disomogeneo, nonostante una generale dedizione del personale sanitario e la sua buona competenza.

La dinamica delle relazioni nell'ospedale, al giorno d'oggi

I cittadini raccontano che i propri cari rimangono ad attendere su una barella, una sedia, una lettiga per ore, dopo l'assegnazione del codice. Dopo la visita, se è necessario trovare un posto letto, si aspetta anche 24/72 ore in astanteria.

I cittadini segnalano la disattenzione del personale sanitario, il disinteresse per le proprie condizioni di salute: a volte non viene offerto un bicchiere d'acqua o non si aiuta la persona malata a recarsi in bagno. Si segnala la carenza di informazioni, la sensazione di non essere presi in considerazione, di non essere ascoltati.

I cittadini percepiscono la logica che sottostà ai ricoveri: percepiscono che il tempo che viene loro dedicato ha un costo, che il letto che occupano ha un costo, che l'esame o la visita ha un costo, che il farmaco somministrato ha un costo. Tuttavia è difficile, se pur cognitivamente non lo sia perché siamo ormai abituati, legare la propria malattia, il proprio malessere, alle logiche economiche dei DRG ed accettare che per una appendicectomia si può essere ricoverati al massimo 2 giorni, non importa se si hanno 6 anni o 40 o se ci sia un quadro clinico più compromesso come in un anziano ecc. Si ha l'impressione di entrare in un supermercato anziché in un ospedale, dove a qualsiasi cosa è dato un prezzo e ci si avverte come un peso piuttosto che come una persona che ha bisogno di attenzioni.

Ripetiamo due passi critici del rapporto di Cittadinanzattiva che appaiono, a nostro avviso, importanti e significativi. Nelle critiche riportate c'è confusione tra fatti e vissuti. Confusione tra eventi e loro valenza simbolica.

Per quanto concerne gli eventi, ci si sente ripetere quasi alla noia che mancano le risorse per poter garantire un servizio soddisfacente ai pazienti e per poter coltivare rapporti gratificanti con il personale sanitario. Sembra che l'"aziendalizzazione" dell'ospedale non abbia insegnato, a chi ne ha responsabilità gestionali, che le organizzazioni debbono funzionare a *risorse scarse*. La competenza manageriale serve esattamente a questo: rendere ottimale la gestione dell'azienda, con il minimo delle risorse disponibili. Quando ci si lamenta per le risorse (economiche, umane, di mezzi, di tempo) ciò è un indicatore pressochè certo dell'incompetenza manageriale della struttura entro cui si pretendono più risorse per un suo buon funzionamento. Il problema, troppo spesso, non è di risorse, ma di scelta e di gestione delle priorità.

Su questo tema, evidentemente, lo psicologo clinico, lo psicoterapeuta non possono intervenire. Si può solo sottolineare, e questa è una vecchia ma ancor valida osservazione, che il lamentarsi quale espressione dell'impotenza incompetente non serve a nulla, non aiuta al miglioramento del servizio. Così come non servirebbe al miglioramento del servizio un aumento delle risorse, visto che il comparto della sanità, per le ragioni dette all'inizio, sembra un pozzo senza fondo, causa principale del deficit preoccupante dello stato italiano. Certo, i tagli alla sanità sono stati pesanti negli ultimi tempi, come lo sono stati i tagli alla scuola, alle pensioni, alla cultura. Il problema, in tempi di grave crisi finanziaria, può essere attribuito alla diminuzione delle risorse a disposizione del paese. Ma anche ai criteri con i quali si sono effettuati i tagli, alle resistenze che si oppongono a modelli di funzionamento meno costosi e più efficaci. Un esempio per tutti: gli ostacoli che ancora oggi incontra, nel nostro paese e segnatamente nel Lazio, l'assistenza domiciliare con la sua economica efficacia.

Proviamo a considerare la componente simbolica delle critiche ora riportate. Emerge il vissuto di una forte trascuratezza nei confronti del cittadino ricoverato in ospedale, il sentimento di non essere il centro dell'interesse del personale sanitario, occupato dai costi delle varie operazioni sanitarie più che dal loro destinatario. Con queste critiche viene comunicato, da parte dei cittadini, un vissuto molto importante, centrale per l'istituirsi di una sanità efficiente: il paziente non si sente "visto" dal personale sanitario; preoccupato, quest'ultimo, da altre incombenze o priorità sino al punto da negare un bicchier d'acqua, una informazione, un ascolto.

Si diceva: al potere assoluto del medico nei confronti del paziente, si è ora sostituito il potere dell'obiettivo economico, quindi il potere del Direttore Generale e dei Primari su tutti, personale

sanitario e pazienti, nessuno escluso. Questo è il messaggio simbolico che la frequentazione dell'ospedale evoca nei pazienti, nel cliente dell'ospedale stesso.

Guardiamo ancora alle critiche espresse: *problemi economici*, nell'ospedale, sono sempre esistiti; *problemi di comunicazione* tra personale sanitario e pazienti sono sempre esistiti. Oggi hanno assunto, peraltro, una rilevanza elevatissima.

Perché?

Pensiamo che la risposta a questo interrogativo sia centrale per cogliere il principale nucleo problematico per la vita e la percezione dei pazienti in ospedale.

Questo nucleo problematico sta, a nostro modo di vedere, nella scarsa propensione del personale sanitario, dei medici in particolare, a comunicare con i pazienti e a dare loro le informazioni necessarie per comprendere quanto sta loro succedendo.

Si sa che il tenere l'"altro" all'oscuro di quanto avviene nel contesto in cui l'"altro" è implicato, conferisce potere a chi mantiene per sé le informazioni. Questa regola del potere comporta, però, una forte conflittualità tra chi tiene per sé le informazioni e chi ne è tenuto all'oscuro.

I medici del passato, anche recente, erano usi a non dare informazioni al paziente. Basterebbe ricordare il linguaggio tecnico utilizzato, dai medici, nel "giro" mattutino di visite ai vari malati del reparto, appositamente marcato proprio per rendere incomprensibile ai pazienti quanto viene scambiato tra gli stessi medici. Gustoso l'episodio del XVI° secolo ove tre medici, utilizzando il latino, parlottano tra loro al capezzale di un malato: "[Faciamus experimentum] in corpore vili" propone uno di loro; il malato, Marc-Antoine Muret, un umanista che collaborava con l'editore veneziano Manunzio per la pubblicazione di testi latini, sentita e compresa perfettamente la frase, balza dal letto e scappa a gambe levate, trovandosi d'incanto guarito. Anche allora la iatrogenesi delle malattie aveva una sua rilevanza. La ritrosia nel comunicare, da segno del potere si trasforma, in epoca recente, in un processo difensivo. Ma con la scarsa propensione a comunicare, la cultura medica mostra anche scarsa attitudine a ricevere feed back sul proprio operato. La cultura medica, in sintesi, è una cultura di tipo autoritario. E il personale sanitario, nella sua interezza, si è uniformato a questa tendenza a comunicare ad una via, lesinando le informazioni e scoraggiando i riscontri.

L'informazione è quell'elemento di realtà che consente di elaborare l'emozionalità fantasmatica evocata dal contesto e di passare dal mito, con le sue simbolizzazioni affettive, ad un pensiero capace di dare senso al rapporto tra sé e contesto. La cultura medica ospedaliera ha a che fare con il paziente, su due piani: *il piano della realtà clinica*, fatta di diagnosi eziopatogenetica, prognosi e pratiche terapeutiche; *il piano del vissuto* nei confronti del paziente e della forma patogena che ne motiva il ricovero. Si può comprendere che il medico non voglia comunicare al paziente le conclusioni, anche provvisorie, cui arriva circa il primo piano della conoscenza; va peraltro rilevato che il medico non può non comunicare il suo vissuto concernente il paziente, le sue attese, la domanda di conoscere, per quanto la ritualizzazione della relazione tenda a mascherare questo ordine di comunicazione. Ciò che, spesso, "passa" come comunicazione concernente il vissuto del medico nei confronti del paziente, è il tentativo di scindere il "male da curare" dal sé del paziente come persona che non ha alcun diritto di partecipare, anche attraverso la semplice informazione delle cose più banali, alla vita dell'ospedale e alle vicissitudini che caratterizzano il suo iter ospedaliero¹⁸. L'esclusione del paziente dall'informazione circa le sue

¹⁸ Chi scrive fu ricoverato in un ospedale romano qualche mese fa, per un piccolo intervento chirurgico. Si trattava di un ricovero in regime di *day hospital*, quindi con la prospettiva di essere dimesso in giornata. Mi si chiese di arrivare in ospedale alle sette del mattino. Dopo essermi fatto riconoscere, mi si chiese di spogliarmi completamente e di indossare una camicia che arrivava al ginocchio e che era completamente aperta dietro; ciò mi avrebbe creato qualche problema se avessi dovuto recarmi al bagno, visto che nella stanza c'erano quattro letti e molti parenti di persone che, come me, aspettavano di sottoporsi ad intervento chirurgico. Un'infermiera sbrigativa esegue un prelievo di sangue e, senza dir nulla, se ne va. Sono le sette e dieci del mattino. Nessuno mi avvicina e mi dice più nulla sino a mezzogiorno, quando mi si annuncia il viaggio verso le sale operatorie. Sono passate circa cinque ore di attesa, senza alcuna informazione, senza che qualcuno mi avvicinasse, si prendesse cura del mio attendere. Durante il trasporto, le due portantine resero pericoloso il mio viaggio, urtando violentemente il letto, dotato di ruote, contro i vari ostacoli che incontravamo sulla via. Una delle portantine, all'ennesimo urto, dice all'altra: "Dobbiamo stare un po' più attente; questi pazienti non sono mica sacchi di patate!". Il dialogo avvenne tra le due, senza nemmeno uno sguardo verso di me. L'attesa davanti alle sale operatorie dura circa due ore e si svolge in un androne

vicende ospedaliere può essere, in alcuni casi, totale e per ciò stesso angosciante. Il medico sembra voler fondare il potere professionale, l'ascendente sull'altro, il proprio prestigio, la propria immagine sociale sul non dare informazioni, sul non comunicare con il paziente. Sembra essere presente, nel medico, il timore di implicarsi emozionalmente, di non poter più contare sulla necessaria distanza emozionale dal paziente, se coinvolto in un processo di comunicazione fondato sulla reciprocità affettiva.

Ora, le persone che per necessità si accostano all'ospedale, chiedono di essere informate su quanto succederà loro.

Questa è, a mio modo di vedere, una delle discrepanze centrali tra cultura medica e cultura del cliente entro l'ospedale. La tendenza della cultura sanitaria è quella di avere a propria completa disposizione il paziente, che si vuole capace di attendere, sopportare "pazientemente" appunto, senza richieste o pretese, i tempi e i metodi dell'ospedale; un paziente rassegnato ad accettare quanto gli può succedere senza lamenti, riscontri critici, orientato all'attesa fiduciosa e acritica nei confronti dell'iniziativa diagnostica e terapeutica.

La tendenza dell'utenza, di contro, è spesso volta, oggi, alla diffidenza e alla richiesta, sempre più pressante, di essere informati sul proprio iter diagnostico e terapeutico. Un'informazione che non concerne la technicalità medica, quanto la dinamica emozionale del processo. L'assenza di informazioni creava, nel passato, dipendenza acritica e passività; oggi, per le ragioni che più sopra abbiamo esposto, genera ansietà, irritazione, rifiuto critico. Di qui la sempre più frequente conflittualità, nell'ospedale, tra pazienti e parenti da un lato, personale sanitario dall'altro.

La relazione ospedaliera poteva funzionare in modo ottimale, nel passato, solo se si realizzavano le componenti rimotive di un processo collusivo tra malato, medico e infermiere: il medico poteva rimuovere la persona portatrice del male, per occuparsi solo del "male altro" che caratterizza la persona stessa; il malato poteva rimuovere la malattia della quale era affetto per comunicare, durante il ricovero ospedaliero, soltanto le sue esigenze di base come persona; l'infermiere poteva rimuovere il malato quale interlocutore adulto, dotato di ruolo e potere sociale, per simbolizzare il degente quale bambino dipendente e bisognoso di cure. Con la rimozione di quelle parti di sé o dell'altro che implicano una potenzialità ansiogena, si crea una sorta di contenimento del conflitto. Questa dinamica collusiva, per lungo tempo efficace nel connotare le relazioni entro l'ospedale, oggi è profondamente in crisi.

Il tirocinio in ospedale per gli specializzandi in psicoterapia psicoanalitica

Il tirocinante, ripercorrendo l'esperienza dei nostri allievi quale è stata analizzata in questi cinque anni, può svolgere in ospedale una funzione sostitutiva o una funzione integrativa.

Utilizzo un vecchio modello, quello delle funzioni sostitutive e integrative, che a mio modo di vedere è ancora utile.

Guardiamo alla funzione sostitutiva: il tirocinante può assumere una *funzione di comunicazione nei confronti del paziente o dei parenti*; funzione di vicarianza nei confronti del personale sanitario, là dove quest'ultimo, per i più diversi motivi, è carente in tale funzione e pone una domanda in proposito. La comunicazione di cui stiamo parlando, spero sia chiaro, non concerne specificamente le dimensioni mediche. Riguarda, di contro, il processo di adattamento delle persone, o dei gruppi familiari, alla struttura e alla cultura dell'ospedale. Si tratta di una funzione psicologica, è importante sottolinearlo. Una funzione alla quale dovrebbe essere formato il

stipato all'inverosimile di letti ove alcune persone erano serene, come era nel mio caso vista l'assoluta non gravità della forma per cui mi operavo, altre erano seriamente preoccupate, trattandosi di forme tumorali per le quali l'intervento doveva dare il responso sulla malignità del male. Il personale sanitario passa tra i letti a fatica, tutti parlano a voce alta e sono completamente disinteressati ai pazienti in attesa, occupati a parlare delle proprie speranze sulla partita della squadra di calcio del cuore, del modo in cui avrebbero impiegato il week end etc.. All'uscita dalla sala operatoria sperimentai la stessa situazione dell'andata, e anche l'attesa nella stanza di degenza avvenne senza alcuna informazione. Dopo qualche ora, un'infermiere mi chiese di alzarmi e di verificare se soffrivo di qualche capogiro. Vista la mia risposta negativa, mi si dimise. Prima di uscire dall'ospedale incontrai un medico che mi consegnò antibiotici, antidolorifici e fece alcune raccomandazioni sulla medicazione della ferita.

personale sanitario¹⁹, ma che di fatto può realizzare lo psicologo preparato al compito. Pensiamo al pronto soccorso, ove alcune persone, e i loro familiari, si trovano improvvisamente in relazione con la struttura sanitaria, in situazioni di emergenza e spesso senza alcuna preparazione, alcuna risorsa emozionale atta ad affrontare simbolicamente e operativamente l'evento. Queste persone trovano un sistema frequentemente efficiente nell'affrontare l'emergenza medica, ma non trovano alcun aiuto nell'adattamento alla situazione, nella comprensione delle regole del gioco che reggono l'organizzazione che provvederà ad intervenire sull'urgenza. Una persona arriva al triage e gli viene assegnato il codice verde, viene visitato dal medico e gli si chiede poi di attendere nella sala d'aspetto, senza alcuna informazione al riguardo; questa persona aspetta per un'ora circa, e nel frattempo la sua rabbia si fa sempre più angosciante. Dopo un'ora d'attesa all'oscuro di tutto, questa persona prende a male parole una infermiera, minacciandola. Succede un parapiglia. Si viene poi a sapere che il medico aveva pensato all'opportunità di tenere in osservazione la persona per un'oretta, per poi vedere l'evoluzione della situazione cardiaca. Bastava poco, anche una sola frase, per informare di questo la persona che, all'oscuro di tutto, si era sentita trascurata, ignorata, negletta di fronte alla sua preoccupazione di poter essere grave, bisognoso di cure immediate. Esempi di questo tipo sono all'ordine del giorno non solo nel pronto soccorso, ma in molte situazioni ospedaliere. Comunicare significa farsi carico delle angosce, delle fantasie, delle simbolizzazioni del paziente o del familiare; fantasie che sono ancorate sia alla malattia che al sistema ospedaliero entro il quale si è ricoverati. Ciò comporta l'analisi della domanda che, inevitabilmente, verrà posta dai degenti o dai familiari a chi si dichiara disponibile a comunicare con loro.

Le lamentele espresse nel rapporto PiT salute possono essere intese, anche, come domande non analizzate. Domande che si organizzano attorno alla simbolizzazione affettiva dell'evento "ricovero in ospedale", con tutte le dinamiche che tale evento motiva.

Analizzare la domanda del degente e dei suoi familiari significa svolgere una funzione di *mediazione simbolica tra utenza e persone che lavorano entro il sistema sanitario ospedaliero*. Quella mediazione simbolica che, spesso, non viene ritenuta necessaria dal personale sanitario o alla quale non ci si sente preparati. Risolvendo il problema con la richiesta di adattamento passivo e obbediente alla situazione che il paziente incontra, entro un contesto per nulla intenzionato ad adattarsi alle esigenze dell'utenza. Gli allievi della scuola, con le loro relazioni porteranno esperienze di questa funzione sostitutiva, svolta in diversi contesti e quale analisi di differenti domande.

La funzione integrativa, di contro, prevede uno studio dei modelli culturali che caratterizzano un contesto ospedaliero, un reparto, una specifica situazione di cura. Studio dei modelli culturali che consenta interventi volti a istituire un pensiero condiviso su eventi, simbolizzazioni, dinamiche conflittuali, processi collusivi che, senza l'intervento psicologico, trovano la via dell'agito più che quella del pensiero, del confronto, della proposta e del progetto.

Anche per questa funzione avremo relazioni esemplificative.

Come si vede, sto parlando di una funzione del tirocinante, ben diversa da quella che lo stesso può svolgere entro un CSM, un Centro Diurno di un Dipartimento di Salute Mentale. Contesti, questi ultimi, ove la funzione del tirocinante sarà quella di svolgere, a fianco del personale incardinato nella struttura, quelle attività che la struttura prevede (ad esempio psicoterapia, terapia istituzionale, counselling, analisi della domanda). In quest'ultimo caso, il tirocinante potrà utilizzare

¹⁹ Spesso si afferma che l'umanizzazione dell'ospedale, la maggior attenzione ai pazienti e ai loro bisogni non solo medici, l'applicazione in pratica del "modello bio-psico-sociale" sono dimensioni che spettano al personale sanitario e che dipendono, nella loro fattibilità, dalla formazione offerta al personale stesso. Vale solo ricordare brevemente che l'auspicio "bio-psico-sociale" fu formulato dall'OMS nel 1947, in un'epoca in cui si usciva dalla seconda guerra mondiale e dalle dittature nazi-fasciste che avevano sostenuto pesantemente la rilevanza del "biologico", sino al razzismo e alle grandi parate ginniche, chiedendo sottomissione e acriticità sociale nei confronti delle violenze perpetrate in nome della razza e dell'ideologia unica. Penso, anche, che la cultura medica e paramedica siano profondamente incistate entro modelli "autoritari" di comportamento e di relazione con il paziente per poter cambiare, almeno nel medio periodo. Resistendo, in questo, ad ogni sforzo formativo. Credo, quindi, che la funzione psicologica non possa avere che una funzione sostitutiva nei confronti del personale sanitario, refrattario ad ogni cambiamento in proposito. Questa funzione di comunicazione, d'altro canto, si porrà poi in integrazione con l'operato del personale sanitario stesso.

tecniche, prospettive, vertici di lettura dei problemi, modalità di relazione diversi da quelli del personale incardinato, potrà sviluppare prospettive più vicine a quelle che la scuola di formazione elabora e propone, ma seguendo sempre gli obiettivi che le strutture di tirocinio si danno.

Nel caso dell'ospedale, di contro, la funzione del tirocinante può essere diversa da quella del personale ospedaliero, anche se in stretta integrazione con questo, ampliando gli obiettivi dell'istituzione "ospedale". La comunicazione con i degenti e i familiari, la loro integrazione entro il sistema simbolico dell'ospedale, comporta processi di partecipazione che si propongono come una evoluzione sia della dipendenza acritica del passato come anche della conflittualità critica del presente. C'è da chiedersi se l'ospedale sia interessato a questa funzione che il tirocinante in psicoterapia psicoanalitica può svolgere²⁰. La nostra esperienza ci dice che la domanda dell'ospedale esiste a tale riguardo, anche se ambivalente, con forte conflittualità al suo interno. L'atteggiamento del personale sanitario e delle diverse strutture dell'ospedale nei confronti di questa funzione psicologica, può essere inteso come una sorta di *analyseur*, di rivelatore delle differenti culture che caratterizzano l'ospedale. In questo senso, il tirocinio in ospedale, il suo proporsi, il suo a volte faticoso realizzarsi, può essere visto come un processo di analisi istituzionale dell'ospedale stesso.

Bibliografia

Bindi, R. (2002). La riforma sanitaria. Lezione tenuta presso lo European Studies Centre dell'Università di Oxford il 25 ottobre. *Aggiornamenti Sociali*. Retrieved from: www.aggiornamentisociali.it/0302bindi.html

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia*. Milano: FrancoAngeli.

Fornari, F. (1976). *Simbolo e codice. Dal processo psicoanalitico all'analisi istituzionale*. Milano: Feltrinelli.

Fraenkel, E. (1941). *The Dual State*. New York. (Trad. It. Il doppio stato. Contributo alla teoria della dittatura. Torino: Einaudi, 1983).

Goffman, E. (1961). *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Anchor Books, Doubleday & Company, Inc. (Trad. It. Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza. Torino: Einaudi, 1968).

²⁰ Ricordo che gli ospedali di Roma ove si è svolto il tirocinio dei nostri allievi sono: Fatebenefratelli, San Filippo Neri, Santo Spirito. Nel primo e nel terzo ospedale esiste un servizio di Psicologia Clinica, nel secondo opera una psicologa entro il Servizio Prevenzione e Protezione Rischi. L'esistenza di una funzione psicologica all'interno dell'ospedale sembra necessaria perché si possa sviluppare un interesse al tirocinio, anche nella versione che qui proponiamo.

Ospedale, sofferenza, psicologia: intercettare domande

di Andrea Civitillo*

Abstract

Quali problemi incontra la psicologia in Ospedale, in quali modi può intervenire? Come può trattare le domande che pone la cultura sanitaria? Questo lavoro vuole contribuire a tali questioni proponendo un metodo di intervento basato su modelli psicologico clinici della relazione. Siamo presso l'Unità di Psicologia di un Ospedale romano, per la quale l'autore collabora come tirocinante, ed il lavoro presentato propone possibili interventi psicologico clinici che trattano la sofferenza dei pazienti oncologici, i problemi dell'équipe sanitaria del reparto di Oncologia, le domande rivolte all'Unità di Psicologia e la sua offerta di intervento clinico. Una delle ipotesi è che l'Ospedale tenda spesso a presentarsi come contesto portatore di questioni scisse: ad esempio quella che vede da un lato il sintomo del paziente, dall'altro le dimensioni emozionali ed organizzative del personale sanitario. Questo lavoro vuol proporre delle ipotesi di intervento che, a partire dalla specificità dei problemi portati dalle persone, mirano ad incidere sulla molteplicità di rapporti in cui le persone stesse sono implicate (siano pazienti, famiglia, o personale sanitario).

Parole chiave: ospedale, sofferenza, psicologia clinica, oncologia, intervento.

Introduzione

Sono da un anno tirocinante¹, presso l'Unità di Psicologia dell'Ospedale San Giovanni Calibita Fatebenefratelli (UOP). Le domande di cui si occupa l'UOP provengono da tutti i reparti dell'Ospedale e dal Pronto Soccorso. Inoltre chiunque può recarsi in UOP e chiedere consulenze psicoterapeutiche. Composta da quattro strutturati (di cui uno ha la funzione di coordinatore) una consulente e due borsiste, ad essa afferiscono attualmente 18 tirocinanti. L'offerta formativa dell'UOP consente al tirocinante di sperimentarsi e prendere parte a molte delle attività di cui si occupa il Servizio: il briefing dell'Unità Operativa di Psicologia (UOP); il briefing e giro visita del reparto di Oncologia; consulenze psicoterapeutiche; consulenze psicologiche richieste dai pazienti nei vari reparti; servizio di accoglienza, progetti promossi dall'UOP o al quale UOP è invitata a partecipare.

L'esperienza di tirocinio nell'UOP

Scelgo qui di parlare della mia esperienza di collaborazione con il reparto di Oncologia. Per la sua densità emozionale e per la quantità di relazioni nelle quali mi sono trovato, voglio condividere alcune riflessioni. Questa esperienza di lavoro mi ha permesso di esplorare i modi in cui stanno insieme Ospedale, sofferenza e psicologia. Il primo inteso come contenitore all'interno del quale si intrecciano una fitta rete di relazioni; la seconda intesa come le emozioni che vi circolano all'interno e la psicologia vista dal vertice dell'UOP, quindi del mandato, delle funzioni, delle domande che le arrivano e di cui si occupa.

La cooperazione tra Oncologia e UOP impegna i due reparti in un lavoro costante di pensiero e relazioni che ha prodotto negli anni numerosi interventi e attività:

- Gruppi terapeutici per pazienti oncologici.
- Gruppi per caregiver.

* Psicologo clinico, Specialista in psicoterapia psicoanalitica, intervento psicologico clinico e analisi della domanda.

¹ Per SPS, Studio di psicosociologia, scuola di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica. Per i presupposti teorici del modello di intervento adottato in questo lavoro, si vedano Carli & Paniccia, 2011 e 2003.

- Consulenze in reparto. Le richieste di consulenza sono principalmente di due tipi: quelle effettuate da pazienti o familiari; quelle effettuate dal personale medico per segnalare problemi dei pazienti o familiari ritenuti in difficoltà. Da citare anche quelle richieste dal personale ospedaliero (per questioni private od organizzative).
- Partecipazione dello psicologo al briefing mattutino: riunione con medici, paramedici e assistenti sociali in cui si analizzano le situazioni di ogni paziente ricoverato.
- Partecipazione dello psicologo al giro visita con medici e paramedici: vengono visitati tutti i pazienti del reparto, monitorate ed aggiornate le terapie, comunicate le diagnosi e le dimissioni.

Il lavoro nel Reparto di Oncologia: dal singolo caso a costruire relazioni

L'attività in reparto ha rappresentato per me un'opportunità importante per osservare e al contempo partecipare dei rapporti tra medico e paziente, tra paziente e psicologo, tra medico e psicologo, tra UOP e Oncologia, tra tirocinante e UOP. Tutti rapporti in cui gli aspetti organizzativi, amministrativi, emozionali, professionali sono diffusamente intrecciati. Credo che sia il costante lavoro di tenere insieme tutti questi rapporti a costituire una possibilità per proporre un intervento clinico la cui efficacia non interessi soltanto il singolo (ad esempio l'équipe medica piuttosto che il paziente) ma piuttosto il sistema di relazioni nel suo complesso.

Durante i primi tempi della mia partecipazione a queste attività riscontravo delle dimensioni emozionali che io stesso attribuisco separatamente agli uni o agli altri: da un lato c'erano quelle dell'UOP, dall'altro le questioni dell'Oncologia, dall'altro quelle dei pazienti; per ciascuno si poteva pensare un intervento mirato, che nel farsi carico del singolo, lasciava sullo sfondo il resto. Col tempo ho potuto spostarmi su una posizione diversa, per la quale oggi ipotizzo che vi sia una forte circolarità di emozioni, ovvero che ad esempio, senso di solitudine, paura, sofferenza, necessità di essere riconosciuti, siano a carico tanto dei professionisti che operano nel reparto, quanto nell'UOP e dei pazienti.

Con in mente quella che chiamo la circolarità delle emozioni - in altre parole la condivisione di emozioni entro un contesto - diventano interessanti proprio perché affrontabili (cioè premesse di domande, richieste di relazioni) due questioni che in altre occasioni mi sono sembrate ostacolare più che promuovere un'interazione tra reparto oncologico e UOP: si tratta della richiesta di presenza costante di psicologi in Oncologia; ed il fatto che gli psicologi si sentono chiamati ad intervenire quasi esclusivamente sui pazienti (depressi piuttosto che non collaborativi, o con sintomi psichiatrici).

Ipotizzo che la possibilità di proporre interventi psicologici volti all'elaborazione dei vissuti emozionali che sostengono la necessità di richiedere consulenze psicologiche diventi un obiettivo del lavoro, piuttosto che una sua premessa. In altri termini la costruzione di una committenza, fare ipotesi su cosa porti a domandare consulenze, creare la possibilità che si possa parlare di problemi diventa un obiettivo dell'intervento psicologico, non un'analisi che precede il "vero intervento tecnico". Durante il tirocinio sto proprio verificando quanto la competenza a costruire relazioni e la capacità a stare entro esse, rappresentino veri e propri strumenti di lavoro a carico della professione psicologica. L'esperienza di tirocinio entro l'UOP mi sta aiutando molto in tal senso: individuo problematiche, formulo ipotesi su di esse, ne discuto con referenti e colleghi, ne verifico l'utilità e gli esiti.

Entro ora nello specifico del mio lavoro presso il reparto, accennando a tre situazioni nelle quali mi sono trovato implicato. Sono situazioni in cui ho potuto verificare l'utilità della posizione di cui vi ho fino ad ora anticipato.

La pedata al fondoschiava

I primi tempi, durante briefing e giro visita in Oncologia ero incastrato nella fantasia secondo cui l'intervento psicologico potesse essere diretto ai pazienti oppure ai medici. Guardingo e disponibile, intervenivo solo quando lo sentivo esplicitamente richiesto. Sono andato avanti così fino al giorno in cui è successa una cosa che si è rivelata preziosissima. Durante un briefing si era parlato di un paziente ricoverato che si stava sottoponendo a radioterapia. L'uomo preoccupava l'équipe medica per l'umore depresso, per la scarsa voglia di lottare e reagire alla malattia, si stava

lasciando andare, rinunciava persino a parlare. L'oncologo aveva lasciato intendere che voleva che io parlassi con il paziente in questione. Al giro visita, che segue il briefing, entriamo nella stanza del paziente al cui capezzale erano presenti moglie e figlia. Il medico, dopo aver visitato l'uomo e verificato la sua terapia farmacologica, passa ad premuroso ed energico predicazzo: "Lei non deve lasciarsi andare, deve parlare, deve camminare". Detto questo indicando me aggiunge: "Adesso parli un po' con il nostro psicologo!" Andando via dalla stanza mi bisbiglia "Ci parli tu?".

Al che, dopo aver detto qualcosa al povero paziente, il quale non voleva proprio sapere di parlare, rivolgo la mia attenzione alla moglie ed alla figlia, e finalmente mi interesso un po' ai loro problemi, le loro preoccupazioni, sento cosa avevano da dire. Qui ho trovato subito persone che avevano bisogno di parlare, ma che nessuno voleva sentire. La sensazione dello spintone, dell'avermi messo in mezzo in modo violento come se il medico mi avesse dato una pedata è stato necessario a farmi capire che prima di quel momento *non* vedevo il paziente né le altre persone presenti. O meglio vedevo solo il "qualcosa da fare" che mi chiedeva il medico. Lo "spintone" mi ha fatto capire che trasformavo in realtà la mia fantasia di un potere medico persecutorio, che se da un lato non si sa cosa vuole, dall'altro bisogna fare alla lettera ciò che chiede e quando lo chiede.

Er canòne maròne

Durante un altro briefing si parla di una donna ricoverata vissuta dal reparto come molto problematica in quanto sembra versare in un continuo stato ansioso ma rifiuta, o quantomeno, si mostra riluttante ad assumere farmaci sedativi. I medici mi parlano dell'ipotesi di una consulenza psichiatrica chiedendomi un riscontro su questa possibilità. Qui mi propongo e chiedo di parlare con la donna prima di procedere in tal senso. Al termine del briefing mi reco dunque nella stanza della signora. La donna è molto spaventata dagli effetti del farmaco che le hanno dato due sere prima. Vede la mia presenza lì in quel momento come un segnale del fatto che in équipe non la prendano sul serio e che pensano che lei stia dando i numeri. Le rispondo che sono uno psicologo e voglio semplicemente vedere se è possibile fare qualcosa per lei. La sua malattia le comporta problemi respiratori per cui deve inspirare l'aria con la bocca. Il torpore e lo stordimento provocatole dal farmaco le hanno fatto temere di non essere in grado di inspirare volontariamente con la bocca in caso di crisi respiratoria tanto che sotto l'effetto del farmaco ha temuto di morire soffocata. Inoltre racconta di aver avuto allucinazioni per la prima volta in vita sua (sempre attribuite al farmaco) che l'hanno ulteriormente spaventa: un giocatore di cricket ed un uomo in abito elegante piuttosto minacciosi, ed un bel "canòne maròne" (un cagnone marrone) seduto accanto al letto e che aveva voglia di accarezzare. La donna tra le lacrime mi chiede di fare in modo che non le venga più dato quel farmaco.

Riporto il mio colloquio all'équipe ed i medici decidono di non chiedere al momento la consulenza psichiatrica. Aggiungo che probabilmente la paziente, nel dire di sentirsi angosciata, non chiedeva necessariamente un farmaco, ma che qualcuno la ascoltasse. Forse voleva semplicemente qualcuno a cui dire di essere angosciata. Qui mi sembra di aver visto subito la paziente, la sua angoscia ed il rapporto che intorno alla sua angoscia si andava costruendo nel reparto. Sostenere la paziente ascoltando le sue parole mi ha consentito di intervenire utilmente sul rapporto tra la paziente e l'équipe.

La paziente ostile

In un successivo briefing si prende in esame il caso di una donna di 60 anni che ha perentoriamente, riportano i medici, rifiutato la consulenza psicologica suggeritale dal primario. I medici mi dicono che è molto abbattuta, depressa e a tratti ostile. Parla pochissimo e quando lo fa si lamenta continuamente del servizio e rifiuta qualunque forma di sostegno psicologico offerto, persino quello dei familiari. Comunico all'équipe (dando parole ad una domanda che sentivo proveniente dalla stessa équipe) di voler esplorare la situazione della paziente e faccio loro qualche domanda sulla malata e sulla sua famiglia.

Una volta arrivati nella stanza, che la paziente condivide con altre due persone, conosco il marito della donna ed esco con lui in corridoio durante le visite dei medici. Utilizzo questo spazio per parlare con lui e vengono fuori elementi che aiutano ad orientarmi. L'uomo è un imprenditore in pensione; sua moglie, anch'ella in pensione, lavorava presso una multinazionale. Mi parla

brevemente della loro storia d'amore, dei progetti fatti insieme andati in frantumi a causa della malattia. Si dice molto rattristato dalla freddezza di sua moglie (concomitante la malattia), dice che spesso quando lui va a trovarla, lei neanche lo saluta e che si sente impotente rispetto al fatto che lei rifiuti il suo supporto. Poco dopo i medici riaprono la porta della stanza, e la donna sentendo la voce del marito lo chiama intimandogli di non parlare di lei con altre persone. Lui le si riavvicina dapprima negando che stava parlando di lei e poi chiedendole di parlare con lo psicologo (indicando me). La donna risponde con aria seccata: "ho detto che non ci voglio parlare, basta!". La scena di questa sorta di principe azzurro preoccupato e premuroso insieme alle emozioni di pietà ed impotenza che mi sembrava di cogliere nei medici mi permettono di dire al simpatico imprenditore che sua moglie non vuol parlare con lo psicologo perché non vuol essere compatita, commiserata.

Queste parole mi permettono di entrare in sintonia con la donna e di avere un dialogo con lei, nel corso del quale marito e medici escono dalla stanza. Si dice pienamente d'accordo sul fatto di non voler essere trattata con pietà, mi dice che non può mica fare salti di gioia, che è normale essere un po' sotto tono in quel contesto. Non ama condividere il bagno con altri pazienti, odia sentire lamenti..., ha delle difficoltà ma non capisce come mai le vogliano stare tutti addosso. Dico alla paziente che aveva capito bene quando pensava che il marito stesse parlando di lei con me. Ma le spiego che stava parlando con me della sua enorme difficoltà ed impotenza rispetto al rapportarsi con lei negli ultimi tempi. La paziente risponde che il marito è molto pesante e che lei ha bisogno di avere intorno persone che le diano serenità, lui le mette ansia. Il nostro colloquio continua diversi minuti in cui mi parla anche del suo lavoro, dei posti che ha visto nei suoi numerosi viaggi. Ci salutiamo, saluto anche il marito e vado via pensando che la paziente aveva voglia di parlare eccome!

Depressione ed ostilità risultano in questo caso espressione di lucida e profonda sofferenza, e allo stesso tempo appaiono non in sintonia con l'idea di cura sostenuta da medici e familiari. In questa situazione trovare un accesso alla comunicazione con la paziente consente di ristabilire degli equilibri nelle relazioni.

Occuparsi di rapporti

Torniamo al problema cui avevo accennato precedentemente, ovvero in che modo l'intervento psicologico in un'organizzazione possa tenere insieme le molte componenti del contesto, che ho riassunto in Ospedale, sofferenza, psicologia. Gli incontri con i pazienti di cui ho appena detto possono venire trattati come problemi del singolo, dunque l'intervento psicologico può avere come obiettivo principale il supporto del paziente triste che non parla, gestire l'ansia della paziente che non vuole il farmaco, oppure cercare di convincere la "paziente ostile" a parlare con lo psicologo.

Un aspetto centrale che ha reso possibile l'intervento psicologico nelle tre situazioni sopra descritte è stato quello di porsi nella condizione di chiedere all'altro che succede, come sta, se ha qualcosa da dire o meno. Azioni semplici e sicuramente poco riconoscibili dall'esterno (di sicuro meno di un colloquio di cinquanta minuti in una stanza), ma dotate di grande impatto ed efficacia. Sono azioni che comportano il rinunciare, da parte dello psicologo, a voler condurre il problema del paziente o dell'équipe in contenitori creati a prescindere dal problema, a voler fornire risposte prima ancora di conoscere, a voler modificare a tutti i costi una condizione che si è stabilito essere patologica o dannosa (esser tristi, rinunciatari, ostili, angosciati). Cogliere gli aspetti simbolici delle dispercezioni, ovvero cogliere che le istanze minacciose e rassicuranti fossero connotazioni emozionali dei rapporti della paziente del *canone marone* è tanto importante quanto la condivisione di tale lettura con l'équipe del reparto. Il grosso cane marrone seduto placidamente di fianco al letto potrebbe essere il marito della paziente (sempre presente e premuroso), oppure lo stesso psicologo a cui racconta l'episodio delle allucinazioni? Condividere con l'équipe quell'episodio, la possibilità di considerare un piano simbolico (il solo fatto che questo livello del rapporto medico-paziente possa esistere), fare ipotesi sul modo in cui il sintomo psichiatrico parli dei rapporti che la paziente vive, ha reso trattabili le angosce della donna, ha prodotto la sospensione del sedativo o quantomeno la possibilità di negoziarne l'utilizzo con la diretta interessata. Lo stesso discorso vale per la paura di essere privata di un "bene prezioso" evocato dalla "paziente ostile" quando mi parlava del fatto di scoprirsi per la prima volta in vita sua

preoccupata che qualcuno rubi la costosa automobile di famiglia o che dei ladri si introducano in casa. Individuare gli aspetti simbolici, occuparsene con il paziente e connetterli alla relazione con l'équipe permette di tenere quest'ultima nell'intervento psicologico.

Infatti l'équipe nel segnalare un problema rispetto alle condizioni psicologiche di un paziente si fa essa stessa portatrice di una questione problematica tutt'altro che semplice da trattare. Si potrebbe quindi centrare l'intervento sulla proposta di un lavoro psicoterapeutico o se si vuole di consulenza rivolto a medici e paramedici. In altri termini torniamo al "mi occupo dei pazienti oppure dei medici", ed alla fantasia che essi incarnino questioni scisse, cose separate. Oppure alla fatica di affermare, scoprire o imporre all'altro chi sia il depositario di problematiche entro un contesto. Nel mio lavoro ho potuto sperimentare come, nonostante l'eventuale richiesta di consulenza sia a carico del singolo, può risultare utile per il reparto considerarla un problema di un rapporto. La paziente ostile, la donna che non vuole il farmaco, l'uomo depresso possono essere visti anche come problemi espressi entro il reparto, con il quale il reparto inevitabilmente interagisce. Esplorare quei problemi vuol dire occuparsi innanzitutto del reparto nel suo complesso. Prendiamo il caso della paziente che rifiuta i sedativi pur dichiarandosi angosciata. In questo caso la dimensione di rapporto maggiormente problematica è quella tra paziente e medico. Lo psicologo accoglie e traduce ai medici i problemi portati dalla paziente e ciò permette di riorganizzare, sebbene entro certi limiti, le modalità di risposta rispetto all'angoscia di morte per soffocamento della signora.

Vediamo ora il vertice del rapporto tra pazienti e psicologo. La "paziente ostile" si dichiarava contraria alla proposta di parlare con uno psicologo, ma ciò non voleva dire che non sentiva di aver dei problemi. E soprattutto ciò non vuol dire che i problemi che la donna aveva fossero individuabili da chi gli stava intorno a prescindere da cosa avesse da dire. È stata la possibilità di uscire dalla scontatezza della compassione e del "sostegno morale" che ha permesso allo psicologo e alla paziente di entrare in rapporto e parlare di problemi. Aggiungo che dopo quel primo incontro la signora ha fatto in modo di ritagliarsi del tempo per parlare con lo psicologo durante ogni giro visita per tutta la durata del ricovero. Mi è sembrato tra l'altro che tale elemento facesse sentire molto sollevati sia familiari che équipe.

Si sente dire a volte come il medico provi a lavarsi le mani del rapporto col paziente richiedendo la consulenza dello psicologo. Certo il rischio c'è, ma è il modo di trattare la domanda/problema che differenzia l'adesione a quelli che alcuni chiamano delega, dall'intervento psicologico clinico. Ad esempio attraverso un'operazione di restituzione, il ricavarsi uno spazio per dare senso alla situazione critica incontrata in reparto. Riprendendo il caso della "paziente ostile", credo che un momento fondamentale dell'intervento siano stati i minuti che mi sono preso con l'équipe oncologica in cui provavo a dar senso alla presunta ostilità della paziente, spiegando quello che a mio modo di vedere era successo quando ad esempio le si era proposta una consulenza psicologica.

La stessa attenzione merita il rapporto tra me e la committenza dell'UOP. Come fare a tenere insieme il lavoro che faccio in Oncologia con l'UOP? Semplicemente tenendo insieme il mio lavoro con l'UOP! Le attività che svolgo nel mio tirocinio sono soprattutto all'interno di una cornice di interfaccia tra le due unità. Questa funzione di interfaccia può essere utilizzata come strumento di scambio, inteso come possibilità di parlarsi, di individuare problemi, di pensare le domande, di costruire obiettivi assieme, di verifica sul lavoro svolto con i pazienti.

Tempo fa, leggendo un libro che parla dei poster di propaganda della Cina comunista, mi trovo di fronte un'immagine in cui sono raffigurati Mao Tse Tung ed un funzionario del partito. I due personaggi sono sorridenti e mostrano un atteggiamento di fiducia ed intesa. La figura ha il titolo "Se te ne occupi tu allora mi si solleva il cuore". Ho sorriso pensando come questo poster possa essere collegato alle questioni di cui mi occupo nel reparto di Oncologia. Ipotizzo che una domanda fatta allo psicologo in un servizio non sia in sé delegante o competente, ma piuttosto ritengo che sia l'intervento stesso, ove sia possibile, a dare significato alla domanda posta inizialmente. "Se te ne occupi tu allora mi si solleva il cuore", è molto diverso da "Occupatene tu che a me non importa un tubo". E forse ciò che trasforma l'una nell'altra frase sta nel modo in cui lo psicologo tratta le domande intercettate.

Bibliografia:

Carli, R., & Paniccchia, R.M.(2003). *Analisi della Domanda*. Bologna: Il Mulino.

Carli, R., & Paniccchia, R.M.(2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia. Dai malati psichiatrici alla nuova utenza: l'evoluzione della domanda di aiuto e delle dinamiche di rapporto*. Milano: FrancoAngeli.

L'esperienza di tirocinio in un Pronto Soccorso: vedere il rapporto tra clienti e struttura. Un intervento in costruzione in un contesto senza tradizione di funzione psicologica.

di Raffaella Quaglia*, Francesca Reale*

Abstract.

Gli Autori propongono una riflessione sulla funzione psicologica in Pronto Soccorso, un contesto ospedaliero che non ne ha tradizione. A partire da situazioni cliniche incontrate nell'ambito del tirocinio, vengono presentate alcune ipotesi sulla cultura che organizza un servizio di Pronto Soccorso. Il vertice da cui viene condotta tale esplorazione è relativo a cosa rappresenta una criticità nel rapporto tra il reparto e i suoi clienti. Viene inoltre proposta una categorizzazione riferita al metodo dell'intervento psicologico clinico in Pronto Soccorso, attraverso i costrutti di de-reificazione ed interpretazione. Secondo tale modello l'intervento psicologico clinico in Pronto Soccorso si basa sull'interpretare: attraverso interventi psicologici semplici che sono azioni interpretative, si opera una de-reificazione di ciò che, nel contesto ospedaliero dell'emergenza, viene velocemente concretizzato come una cosa del singolo, accogliendone invece la costellazione emozionale a carico del rapporto cliente-servizio. Con questo articolo gli Autori si interrogano sull'utilità e sulle modalità di partecipazione di una funzione psicologica alle attività di accoglienza del Pronto Soccorso.

Parole chiave: Psicologia clinica, ospedale, Pronto Soccorso, accoglienza, de-reificazione, interpretazione

Introduzione

Con questo contributo vogliamo resocontare lo stato dell'arte del nostro tirocinio attualmente in corso presso un ospedale romano, con l'obiettivo di proporvi una riflessione sull'intervento in un contesto sanitario che non ha tradizione di funzione psicologica.

Vi parleremo del tirocinio che da qualche mese svolgiamo nel Pronto Soccorso di questo ospedale: questa esperienza ci sta sollecitando alcuni interrogativi su cui stiamo lavorando entro la doppia committenza del corso di specializzazione e dell'Unità di Psicologia Clinica-Ospedaliera.

Ad esempio ci chiediamo: quali culture organizzano un servizio di Pronto Soccorso? Quali sono i problemi nel rapporto tra il Pronto Soccorso e i suoi clienti, e come può intervenire la psicologia?

Soprattutto l'interrogativo su cui vi chiediamo di lavorare insieme oggi è: quanto è possibile che una funzione psicologica partecipi alle attività di accoglienza del Pronto Soccorso?

Il vertice da cui abbiamo scelto di proporre una lettura è "cosa rappresenta un problema in Pronto Soccorso": ovvero quali eventi e situazioni cliniche ci sembrano mettere in crisi i rapporti tra clienti e struttura. Tenere il focus su questa relazione, che proviamo a sviluppare attraverso alcune nostre esperienze cliniche, rappresenta il criterio che ci sta orientando nell'intervento con il reparto, e che ci consente di costruire alcune categorie a proposito di un modello e di un metodo dell'intervento psicologico in ospedale che intendiamo proporvi.

Cosa rappresenta un problema nel rapporto reparto-cliente e come ci interveniamo

La prima committente del nostro tirocinio, insieme al corso di specializzazione, è l'Unità Operativa (U.O.) di Psicologia dell'ospedale. L'equipe di psicologi offre il suo servizio all'ospedale, inteso come l'insieme di tutte le figure che vi operano e i pazienti e familiari che usufruiscono o hanno usufruito delle prestazioni sanitarie; non prevede un'apertura diretta al territorio. La sua attività concerne principalmente l'erogazione di consulenze che vengono richieste dai medici per i

* Psicologa, specializzanda presso la Scuola di Specializzazione quadriennale in Psicoterapia Psicoanalitica di Studio di Psicosociologia, Roma.

ricoverati o più raramente dai pazienti stessi, l'organizzazione di corsi di formazione al personale, l'attivazione di progetti specifici con alcuni reparti, la costruzione di reti con i servizi del territorio.

L'inizio del nostro tirocinio coincide con l'investimento da parte dell'Unità Operativa in un nuovo progetto, relativo al Pronto Soccorso, su cui ci proponiamo di lavorare. Per un nostro inserimento nel progetto la nostra tutor ci aggiorna su quanto fatto nei mesi precedenti, durante i quali, su incarico della dirigenza ospedaliera, ha iniziato un'esplorazione del funzionamento del reparto dopo accordi presi anche con il Primario e i Responsabili medico e infermieristico. Gli obiettivi che ci vengono proposti in merito alla committenza a questo intervento riguardano l'intenzione di migliorare l'accoglienza dell'ospedale, a partire dal primo contatto che è rappresentato dal Pronto Soccorso.

Concordiamo con la tutor una nostra presenza in reparto finalizzata alla conoscenza del contesto, attraverso l'esplorazione e l'istituzione di rapporti con operatori, pazienti e famigliari di cui in seguito rendicontare a lei e all'Unità Operativa. L'incontro tra il reparto e chi vi accede è scandito da una serie di passaggi e di luoghi: il triage, in cui si valuta la sintomatologia e si attribuisce un codice di priorità d'accesso basato sulla gravità; la sala d'attesa e infine le sale visita di medico internista, chirurgo e ortopedico. E' questo un passaggio importante. Fino all'avvio del progetto infatti, il rapporto tra reparto e U.O. di Psicologia ha funzionato in una modalità tipica della prassi ospedaliera: la richiesta di consulenze specialistiche.

Siamo arrivate in Pronto Soccorso con tutte le nostre fantasie rispetto al contesto, sollecitate dall'immagine che ne danno i media e dalla nostra esperienza e storia di vita; a partire da queste fantasie cominciamo a lavorare, mettendole a verifica ma soprattutto cogliendole come indizi di componenti culturali che ipotizziamo organizzino il funzionamento del servizio. Ci aspettiamo, ad esempio, che l'emergenza, la gravità, l'agire in fretta siano gli organizzatori principali del modo di funzionare in Pronto Soccorso; come se il fatto stesso di chiamarsi "Pronto Soccorso" configurasse una rappresentazione emozionale del reparto come luogo in cui "se ho bisogno, troverò qualcuno che mi curerà immediatamente". Ovvero abbiamo operato noi per prime, all'esordio del tirocinio, una reificazione di quella rappresentazione, trattando questa fantasia come un dato concreto¹ di realtà, che nella nostra esperienza abbiamo riscontrato anche negli utenti che vi afferiscono.

E' a partire dal confronto con queste nostre fantasie che ci sembra di poter riconoscere nella de-reificazione² di ciò di cui si occupa il reparto il metodo con cui abbiamo proceduto e procediamo nella collaborazione con lo stesso: problematizziamo con i medici e gli infermieri alcune situazioni che arrivano e che riconosciamo o ci vengono proposte come critiche nel rapporto tra reparto e cliente.

Per costruire questo accordo a lavorare, continuamente oscillante, perciò continuamente da monitorare e rifondare, sono stati necessari dei tempi e dei passaggi, e un lavoro su alcuni eventi critici nella nostra relazione con il reparto, ad esempio espressi in una perplessità dei medici in merito ad una nostra collocazione fisica specifica (triage o sale visita?), perplessità che abbiamo pensato come espressione di un disagio rispetto ad una nostra collocazione in termini di funzioni.

Ci ha aiutato la resocontazione, e l'istituzione di alcuni momenti di riunione con i medici ai quali abbiamo potuto chiedere cosa si aspettavano da noi. Ci sembra che aver formulato questa domanda abbia consentito uno spostamento interessante: dall'essere visti come osservatori inviati della dirigenza, al cominciare a rappresentare interlocutori interessati ai loro problemi.

In ciò che i medici ci hanno detto abbiamo riconosciuto vissuti di solitudine e il desiderio di non essere lasciati soli, in particolare in alcune situazioni che possono riguardare fantasie di onnipotenza-impotenza a poter intervenire; o in altre che sollecitano la frustrazione di non dare una risposta coerente a problemi complessi; oppure ancora in situazioni cui gli operatori si sentono invischiati in rapporti aggressivi.

¹ Sul pensiero concreto si veda Stampa P. (2009)

² Con il concetto di reificazione facciamo riferimento all'operazione, legata al funzionamento inconscio della mente, di sostituzione della realtà esterna con quella psichica. Per l'approfondimento di tali concetti si rimanda alla Prima Topica freudiana (1900) e alla modellizzazione di Matte Blanco (1975)

Proviamo a vedere a partire dalla nostra esperienza alcune di queste situazioni che rappresentano un problema nella relazione reparto-cliente e su cui stiamo lavorando.

L'obbligo

Una prima questione con cui il reparto si confronta riguarda eventi di crisi nel rapporto di fiducia medico-paziente, passaggio culturale che oggi interessa l'intera istituzione ospedaliera ma che ha alcune connotazioni interessanti nel Pronto Soccorso.

Abbiamo avuto modo in questi mesi di fare esperienza di come gli utenti del Pronto Soccorso mettano spesso in crisi l'aspettativa del personale di avere a che fare con un paziente prevedibile, in cui è scontata la relazione di fiducia e di affidamento al servizio. Medici e infermieri, funzionalmente, si aspettano che il paziente si affidi velocemente e deleghi loro il ripristino del suo stato di salute, e che accetti "per il suo bene" protocolli o prescrizioni che non sempre comprende o che non desidera.

Questo affidamento accade ancora, funzionalmente, nei casi gravi, ma non in quelli meno gravi in cui invece si genera un conflitto tra le aspettative degli operatori e le aspettative dei pazienti. Ci sembra interessante notare come spesso chi arriva al Pronto Soccorso sembri un paziente-non-paziente, un "quasi paziente", ovvero una persona che non ha ancora operato quella trasformazione della rappresentazione di sé da sano, quello che era fino a pochi minuti prima nel suo flusso di vita, e l'arrivo in Pronto Soccorso. Questa trasformazione non avviene immediatamente, richiede un tempo di ripensamento, a volte più lungo dell'arrivo in ospedale. Alcune volte anche gli arrivi di tipo coatto, come i TSO o l'invio da parte della pubblica sicurezza per accertamenti, tutte quelle situazioni che hanno implicato un obbligo al ricorrere al Pronto Soccorso, minano quella relazione di fiducia auspicabile perché il medico possa operare. Quando la collusione sul tipo di relazione di affidamento tra medico e paziente salta, il reparto incontra criticità, una difficoltà a lavorare che spesso l'ha portato ad attivare la funzione psicologica. Ci viene in mente una situazione che aiuti a comprendere quanto stiamo dicendo.

La signora Piera arriva al Pronto Soccorso con un'ambulanza del 118 per accertamenti tossicologici richiesti dalla polizia municipale; nel fax di richiesta si diceva che la signora a causa di una manovra maldestra aveva provocato un tamponamento a catena, e che appariva in evidente stato confusionale non imputabile all'assunzione di sostanze però, ad una prima valutazione sul campo, per cui l'invio a personale sanitario dotato di strumenti idonei. La signora è molto arrabbiata e non ha nessuna intenzione di farsi visitare, ancor più dice che non capisce perché l'hanno portata in ospedale, visto che sta bene. Il medico prova a visitarla e a farle il prelievo di sangue per gli accertamenti, ma la signora comincia ad urlare che non vuole essere toccata. Veniamo attivate dal medico, che ci dice in modo emozionato quanto non sappia che fare in questa situazione e se noi possiamo capire perché la signora non vuole farsi visitare e magari convincerla. Abbiamo ipotizzato che il medico si sentisse pressato dall'obbligo istituzionale e che fosse disorientato nel sentire di non avere strumenti di intervento; del resto sembrava anche preoccupato dello stato di salute della signora, che a stento stava in piedi, e non voleva dimetterla o comunque lasciarla andare senza neanche averla visitata, ma a questo non poteva obbligarla. È questa una situazione di rapporto che confronta il medico ma anche l'intero reparto con un vissuto di impotenza.

Troviamo la signora visibilmente arrabbiata. Ci presentiamo e le chiediamo se ha voglia di parlarci di quello che le è successo. La signora risponde, come ha fatto con tutti gli operatori che le si sono avvicinati, cercando di allontanarsi e urlando che lei non vuole farsi toccare, ma solo andare via. Le diciamo che non siamo lì per farle un prelievo e che non è obbligata a farlo. Questa proposta di relazione viene letta dalla signora come non persecutoria e le permette di spiegare quanto si sia sentita aggredita e circondata da vincoli obbliganti di cui non capiva il senso. L'ansia della signora ha a che fare con il tempo che sente di star perdendo, dovendo fare visita ad una persona cara in un altro ospedale e dovendosi occupare del cane che era in auto con lei e crede di aver perso. Sembra non ci sia altra questione per la signora Piera che andare a risolvere le sue situazioni fuori da lì e rispetto alle quali si sente impotente, disperata e inascoltata dal reparto. La signora parla in un modo confuso e disorientato, in un evidente stato di alterazione psicofisica: la ascoltiamo,

accogliendo le sue emozioni angosciate rispetto alla perdita, proponendole anche una ristrutturazione di campo, ovvero introducendo degli elementi nuovi di contesto che l'aiutino a riconfigurare quanto sta accadendo. Ipotizziamo che la signora, presa da una fantasia generalizzata³ di minaccia e di impotenza, stesse assimilando la relazione con gli operatori sanitari a quella con gli agenti di pubblica sicurezza: il medico in quel momento è per lei un altro nemico obbligante a cui ribellarsi. Proponiamo al medico questa rilettura del comportamento della signora Piera: tale restituzione ha un effetto di smorzamento anche della rabbia del reparto nei confronti della signora, e uno spostamento da quell'emozione paralizzante di impotenza che è esitato nel poter parlare con lei rispetto a un problema.

L'individuo-contesto

Ancora un'altra situazione clinica in cui la relazione reparto – cliente va in crisi. Soprattutto nei casi di più spiccata emergenza e gravità, il reparto, impegnato in una presa in carico tecnico-specialistica del problema organico di una persona, sembra avere necessità di scotomizzare un sistema di relazioni che è attorno alla persona malata e che pure porta una sua domanda in Pronto Soccorso: ci riferiamo al fatto che spesso chi accompagna un familiare o un amico in Pronto Soccorso è parte di un intero sistema di convivenza che va in crisi attorno all'evento imprevisto di emergenza.

Pensiamo ad Ambra, una ragazza quindicenne arrivata con il 118 e subito raggiunta dai genitori per una sospetta prima crisi epilettica, avvenuta a scuola. Dopo il triage e durante l'attesa per la visita, Ambra ha una nuova crisi: la situazione rapidamente evolve in codice rosso ed entra direttamente in reparto, mentre i due genitori restano fuori davanti ad una porta chiusa, in una condizione di solitudine e presi da fantasie angoscienti di morte. Il lavoro della tutor e nostro in quell'occasione è stato occuparci di loro, creare una comunicazione tra dentro e fuori il reparto, essere presenti rappresentando l'istituzione ospedale. Abbiamo lavorato per un accoglimento delle angosce dei due genitori, consentendogli di utilizzarci, in quelle ore di attesa, come riscontro di realtà della loro emozione generalizzata e totalizzante di frammentazione⁴, in modo che il tempo non fosse vissuto come vuoto e ancor più elicitante fantasie di morte subito concretizzate.

Idealizzazione/svalutazione, onnipotenza/impotenza⁵

Un'altra situazione che fa problema nella relazione tra reparto e i suoi clienti ci sembra riguardare alcune fantasie legate ad una dinamica di idealizzazione-svalutazione nel vissuto dei pazienti e di onnipotenza-impotenza nel vissuto degli operatori.

Ci sembra presente in alcune persone che arrivano in Pronto Soccorso la fantasia che esso sia una madre infinita, che deve a prescindere prendersi cura di loro e, in maniera ambivalente, anche la fantasia di essere non accolti, invisibili. Pensiamo che questa ambivalenza si traduca in resistenza ad essere paziente e, insieme, nell'attesa di una accoglienza totale: ci viene in mente che sia la stessa fantasia di avere a che fare con un interlocutore onnipotente che fa poi svalutare e aggredire il Pronto Soccorso nell'incontro con i dati di realtà. Su questa fantasia angosciata di invisibilità ci sembra di poter intervenire interessandoci al paziente e, attraverso questo riconoscimento dell'altro, sconfermare l'attesa di non essere accolti e lavorare così sulla rappresentazione dell'ospedale.

Ma, come dicevamo, ci sembra interessante collocare questa fantasia in un rapporto, e vedere a cosa corrisponde nel vissuto del reparto. Ci viene in mente quanto spesso arrivino persone in triage per un problema ambulatoriale o da medico di base con la pretesa che il soccorso sia

³ Per il principio di generalizzazione, quale modalità di funzionamento inconscio della mente, si veda Matte Blanco (1975).

⁴ Idem, come sopra

⁵ Quanto proposto in questo paragrafo fa riferimento alla teorizzazione di Melanie Klein, in particolare al costrutto di posizione schizoparanoide. Per approfondimenti si rimanda agli "Scritti" (1958)

pronto, immediato, a partire da un vissuto di urgenza autocentrato che non può aspettare, un vissuto che non viene messo in relazione con il funzionamento della struttura in cui si accede. Rispetto a queste situazioni gli operatori ci parlano di un sentirsi sotto assedio. Il servizio non prevede di occuparsi dell'angoscia dell'utente che motiva la richiesta di presa in carico immediata, o del suo disorientamento nell'entrare in un luogo che non conosce, oppure della confusione per quello che gli è accaduto.

Si tratta in questi casi di proposte di rapporto con il Pronto Soccorso che valicano la richiesta esplicita di cura sanitaria e che vengono percepite come incongrue da parte del servizio. Gli operatori sentono di dover lavorare sull'emergenza, numericamente piuttosto rara, e si difendono in modalità attacco-fuga (Bion, 1961) rispetto a tutte le proposte di rapporto che sentono non corrispondenti alle loro attese e divergenti dall'emergenza: ad esempio l'attesa di essere presi in carico immediatamente non giustificata da situazioni cliniche obiettive di gravità; i codici bianchi che non si sono rivolti al medico di base; le persone che vogliono essere accolte anche nei loro vissuti emozionali relativi all'evento che li porta in Pronto Soccorso.

La richiesta di rapporto

Un'ultima categoria di situazioni che rappresentano un problema in Pronto Soccorso è legata a domande di rapporto che arrivano al reparto stando al limite del suo mandato, o anche non avendolo.

Pensiamo a Carla, una senzatetto della zona, che ogni settimana da molti anni viene in Pronto Soccorso, da sola o accompagnata dalle forze dell'ordine perché gira nuda per strada. Carla spesso si aggira per la sala di attesa o davanti le telecamere e chiede agli operatori abiti che le vengono forniti. Oppure pensiamo ad Antonio, un uomo con problemi di emarginazione, che da circa quindici anni viene quasi quotidianamente a chiedere delle gocce di antidolorifico per un dolore ai piedi.

Ci sembrano queste delle situazioni in cui le persone utilizzano il Pronto Soccorso in modo incongruo, ma il reparto sceglie comunque di farsene carico. Dal confronto con gli operatori ipotizziamo che ciò non sia un problema per il reparto, in quanto è più esplicito il loro rappresentare domande di rapporto: questa chiarezza e la possibilità di dare risposta su un piano concreto (abiti e farmaci) si collegano ad un basso potenziale di minaccia.

Altre volte ci sono domande di rapporto che invece rappresentano eventi critici per il reparto. Ad esempio una mattina arriva in Pronto Soccorso un uomo con un infarto in atto. Il reparto si muove rapidamente e competentemente secondo protocolli, attivando la cardiologia e trasferendo il paziente in Unità Coronarica. Tra le azioni compiute dal medico che ha preso in carico il caso c'è quella di contattare il figlio dell'uomo, comunicargli lo stato clinico del padre e chiedergli di raggiungere l'ospedale. All'arrivo del figlio il medico si occupa di informarlo sull'accaduto e sulle operazioni mediche in corso, e di inviarlo al reparto in cui il padre è stato trasferito. Uno degli infermieri, avendo raccolto in una busta trasparente gli abiti dell'uomo, li consegna al figlio: è qui che il ragazzo reagisce, dicendo di non riuscire a guardare la busta di abiti e rifiutandosi di prenderla, generando molta sorpresa e irritazione tra gli operatori, che trovano irragionevole il suo comportamento. L'uomo si allontana dall'ospedale, tornando poco dopo, chiedendo di nuove indicazioni su come raggiungere il reparto in cui si trova il padre. Una di noi lo accompagna in reparto e accoglie le sue emozioni confuse, occupandosi della relazione.

In casi come questo il mandato del Pronto Soccorso sembra esaurirsi con la comunicazione dello stato di salute del padre, seguendo un protocollo che prevede appunto anche la consegna degli abiti. La domanda di rapporto e di accoglienza delle emozioni che invece il figlio fa in quella contingenza mette in evidenza la fatica del reparto di farsi carico delle conseguenze, come se fossero degli aspetti collaterali, del proprio competente operare. Ipotizziamo che il reparto non sempre senta di avere strumenti per riconoscere le connotazioni simboliche di certi passaggi, in modo da potersene occupare; in questo caso la nostra presenza in reparto ha permesso di integrarci nel farci carico di quella relazione, e soprattutto di tornare a problematizzarla con gli operatori.

Quello che stiamo dicendo è che spesso la presa in carico medica determina delle conseguenze, delle ricadute che mettono in evidenza un'ulteriore domanda, questa volta di rapporto, vissuta

come fuori mandato. In queste situazioni ipotizziamo che il reparto esprima una difesa, che è ancora più evidente quando corrisponde alla percezione di una pretesa di presa in carico totale, esulante da evidenze cliniche che la giustifichino. Pensiamo su questo ad un'ultima situazione: Donato arriva con una richiesta di accertamenti per un problema generico di salute e aspettandosi per questo di essere ricoverato; dopo gli esami il medico decide di dimmetterlo, ma Donato si rifiuta di andarsene cominciando a gravitare intorno al reparto, sollecitando l'irritazione del medico che non sa più come liberarsene. Quando, come in questo caso, la richiesta che arriva in reparto è di rapporto ma pretende di essere assecondata su un piano medico sanitario, ci sembra che il reparto si chiuda difensivamente: Donato fa una richiesta di presa in carico infinita, che non è mai abbastanza, qualsiasi sia la gestione medica della situazione clinica della persona. Pensiamo inoltre che la pretesa di presa in carico sia supportata dall'avere a che fare con una struttura pubblica che, in quanto tale, è obbligata ad accogliere.

Conclusioni

Proviamo ora ad organizzare un pensiero meta, una prima articolazione di modello sulla funzione della psicologia in Pronto Soccorso che stiamo contribuendo a sviluppare dalla nostra posizione tirocinante insieme con l'Unità Operativa.

Ci è utile riprendere l'assenza di tradizione di funzione psicologica in Pronto Soccorso (Trabucco & Buonocore, 2007); ci stiamo muovendo, ci pare, in un terreno particolarmente ambivalente rispetto alle fantasie sulla psicologia in ospedale: da un lato, trovandoci in ospedale, riscontriamo la fantasia di sapere già chi è e cosa fa lo psicologo; dall'altro il lavoro in un contesto insolito come il Pronto Soccorso, che impone di problematizzare continuamente funzione ed identità professionale. Potremmo connotare la psicologia in Pronto Soccorso come un progetto di intervento pionieristico, che apre spazi interessanti alla costruzione di categorie sul lavoro e impone un procedere non scontato in termini di obiettivi e metodi.

Pensiamo che il tirocinio che stiamo facendo in Pronto Soccorso si basi sull'interpretare: ci stiamo occupando di interventi psicologici semplici che sono azioni interpretative, in quanto operano per una dereificazione di ciò che, nel contesto ospedaliero dell'emergenza, viene velocemente concretizzato come una cosa del singolo, accogliendone invece la costellazione emozionale a carico del rapporto cliente-servizio.

La nostra posizione di tirocinanti, estranea ed esplorativa ha contribuito a che emergessero domande: ne rappresenta un prodotto l'accordo con i medici a definire la funzione psicologica come a servizio del reparto e a supporto della relazione operatore-paziente. L'andamento di questa relazione tra la psicologia e il Pronto Soccorso va continuamente monitorato: la nostra presenza li sollecita simbolizzazioni e consente di far emergere nuove domande sia dagli operatori che dai pazienti.

Quali siano i possibili sviluppi delle domande è l'interrogativo che ci orienta in questi movimenti oscillanti, che chiedono continuamente di interrogarsi su cosa sta accadendo nei rapporti e di problematizzare gli obiettivi e le funzioni. Su questo vi chiediamo oggi di lavorare insieme.

Bibliografia:

Bion, W.R. (1961). *Experiences in Groups*. London: Tavistock [Trad. It. *Esperienze nei gruppi*. Roma: Armando, 1971].

Carli, R. (1987). *Psicologia clinica. Introduzione alla teoria e alla tecnica*. Torino: Utet

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003). *L'analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia. Dai malati psichiatrici alla nuova utenza: l'evoluzione della domanda di aiuto e delle dinamiche di rapporto*. Milano: FrancoAngeli.

Freud, S. (1900). *The Interpretation of Dreams*. Standard Edition of the Complete Works of Sigmund Freud. Vol. 4-5. London: Hogarth. [Trad. It. *L'interpretazione dei sogni*. Torino: Bollati Boringhieri, 1989]

Klein, M. (1952), *Development in psycho-analysis*. London: Hogarth Press [Trad. It. *Scritti 1921-1958*. Torino: Bollati Boringhieri, 1978]

Matte Blanco, I. (1975). *The Unconscious as Infinite Sets: An Essay in Bi-Logic*. London: Gerald Duckworth & Company. [Trad. It. *L'inconscio come insiemi infiniti: Saggio sulla bi-logica*. Torino: Einaudi, 1981].

Stampa, P. (2009). *Parole-chiave per (non) confondere le idee a chi studia psicoterapia 1. NOMI, COSE. Trappole e trucchi del pensiero concreto*. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 121-137.

Trabucco, G., & Buonocore, F. (2007). *Il pronto soccorso triage. Accoglienza, assicurazione, cura, aspettative, vissuti psicologici, bisogni*. Verona: Cortina.

La funzione psicologica nel Servizio di Prevenzione e Protezione Rischi: adempiere a un obbligo di legge o sviluppare competenza organizzativa?

di Maria Sarubbo *

Abstract

Nel panorama dei professionisti che intervengono nel campo della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, lo psicologo che si occupa di valutazione e intervento sul rischio psicosociale può far riferimento a due diversi approcci. Uno risponde alle attese individualistiche rivolte alla psicologia applicando tecniche per valutare e rilevare problematicità individuali; l'altro vede la valutazione come una consulenza che, entro una lettura relazionale degli eventi, mira a sviluppare la competenza organizzativa del contesto. Attraverso un intervento in corso in un Ospedale romano si sostiene questo secondo approccio e si adotta la dizione rischio psicosociale perché si intende promuovere un'ottica di intervento che si occupa di relazioni e non di individui. Gli eventi critici della situazione lavorativa vengono analizzati entro i rapporti tra persone e contesto.

Parole chiave: rischio psico-sociale, intervento psicologico clinico, stress lavoro correlato, ospedale, accoglienza, pronto soccorso

Premessa

In questo lavoro mi interessa approfondire quale contributo può apportare la psicologia clinica al processo di valutazione e intervento sul rischio psicosociale. Per farlo utilizzerò l'esperienza del mio tirocinio di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica¹ presso il Servizio Prevenzione e Protezione Rischi (SPPR) dell'Azienda Complesso Ospedaliero del San Filippo Neri (SFN) di Roma.

Il servizio, dal 1994, supporta la direzione aziendale del SFN per la gestione della salute e della sicurezza dei lavoratori (come previsto dal decreto legislativo 626/1994 in materia di sicurezza e salute dei lavoratori sul luogo di lavoro). Nel servizio convivono diverse competenze: medica, tecnica, infermieristica e psicologica. Quest'ultima è stata attivata a partire dal 2004 ed è rappresentata dalla tutor del mio tirocinio. Sono gli stessi anni in cui, a livello europeo, parti sindacali e associazioni di categoria firmano un accordo quadro in cui viene ribadito che "considerare il problema dello stress sul lavoro può voler dire una maggiore efficienza e un deciso miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza sul lavoro, con conseguenti benefici economici e sociali per le aziende, i lavoratori e la società nel suo insieme"². In Italia l'accordo verrà tradotto, quattro anni più tardi, in una norma: il decreto legislativo 81/2008³ che obbliga il datore di lavoro a valutare anche il rischio da stress lavoro-correlato.

Il terreno entro cui nasce la valutazione dei rischi dell'attività lavorativa è dunque quello dell'obbligo, dell'adempimento normativo. Una premessa importante se pensiamo alle modalità

* Psicologa, specializzanda del secondo anno di corso presso la Scuola di specializzazione quadriennale in "Psicoterapia psicoanalitica. Intervento psicologico clinico e analisi della domanda" di SPS (Studio di Psicosociologia), Roma.

¹ "Scuola di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica, intervento clinico e analisi della domanda", organizzata dallo Studio di Psicosociologia di Roma (SPS). Nel mio contributo farò riferimento al modello di intervento sviluppato nella Scuola; per approfondimenti rimando a Carli & Paniccia (2011), *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia. Dai malati psichiatrici alla nuova utenza: l'evoluzione della domanda di aiuto e delle dinamiche di rapporto*, FrancoAngeli, Milano.

² Accordo Europeo sullo Stress sul Lavoro dell'8 ottobre 2004, p. 1

³ Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro".

con cui si sviluppano, nei contesti organizzativi, le diverse proposte di valutazione e intervento⁴. In questa cultura è iscritto anche l'SPPR, il cui mandato è legato a un adempimento legislativo: l'obbligo del datore di lavoro di valutare i rischi per elaborare strategie di intervento e misure correttive.

Inoltre, a partire dall'introduzione della parola stress nel testo legislativo, anche la figura dello psicologo sembra essere entrata a pieno titolo a occuparsi di sicurezza nei luoghi di lavoro. In virtù di questa parola, a valenza individualista, viene rivendicata la pertinenza del ruolo psicologico e organizzata una risposta professionale alla questione. Sarà uno dei punti che metterò in discussione in questo contributo.

Da stress lavoro correlato a rischio psicosociale

A partire da questi presupposti possiamo rintracciare due possibili aree entro cui collocare gli approcci alla valutazione dei rischi per la sicurezza sul lavoro. Un'area orientata dall'obbligo, la cui finalità diventa l'applicazione di tecniche volte a inquadrare individui e valutarne l'idoneità. La valutazione sembra esaurirsi entro una funzione di controllo, ispettiva e pertanto percepita dai lavoratori come ostile e pericolosa se attuata, inutile se ridotta ad adempimento burocratico.

Pensiamo all'Ospedale: ritroviamo una grossa componente di obbligo nella cultura che regge i rapporti. Ad esempio, le attività disposte dalla direzione strategica, dai dirigenti delle Unità Operative (UO), dai coordinatori infermieristici e più in generale da tutte le funzioni di governo, possono essere facilmente vissute come vincolanti, ricondotte a un obbligo⁵. Al tempo stesso il modello attraverso cui vengono letti i rapporti è strettamente individualista: si allude continuamente al carattere delle persone, alle problematiche individuali, scisse dai gruppi di lavoro, dal contesto organizzativo. Questa cultura, in verità non esclusiva del contesto ospedaliero, alimenta la rappresentazione della sicurezza come assenza di errori intesi come colpe individuali, rispetto a cui si sviluppa la reticenza a dichiararli perché vissuti come minacce, attacchi alla persona.

Assumendo un'altra ottica, meno scontata e meno collusa con la cultura dell'Ospedale, la valutazione può assumere una valenza consulenziale se attuata come processo che mira a sviluppare la capacità, di chi fa parte di quel contesto, di analizzare la situazione lavorativa che vive, comprendere le ragioni del verificarsi di alcuni eventi critici, delle disfunzionalità, sollecitando ad assumere un ruolo attivo per miglioramenti possibili (Enriquez, 2003).

Intendo sostenere questa seconda prospettiva, riferendomi a una metodologia psicologico clinica che sconfirma le attese individualistiche rivolte alla psicologia e considera possibile la comprensione degli eventi critici solo se inseriti all'interno delle relazioni, dei processi lavorativi, del funzionamento organizzativo. Nel caso dell'Ospedale mi riferisco ai gruppi di appartenenza degli operatori sanitari, alle Unità Operative, al rapporto con pazienti e familiari, al rapporto con le gerarchie.

Come dicevo, utilizzerò a sostegno di questa tesi l'esperienza del mio tirocinio iniziato a settembre del 2011 presso l'SPPR. Il tirocinio è inserito in un progetto di ricerca-intervento⁶ che lo Studio di

⁴ A livello istituzionale la Commissione Consultiva Permanente per la Salute e la Sicurezza del Lavoro (Decreto Ministeriale 3 dicembre 2008) rappresenta uno degli organismi deputati all'elaborazione e applicazione delle misure di prevenzione e protezione. La Commissione ha emanato le indicazioni, definite come il livello minimo di attuazione dell'obbligo, per avviare nelle aziende un percorso metodologico di valutazione del rischio da stress lavoro-correlato (Comunicato del Ministero del Lavoro in Gazzetta Ufficiale del 30/12/2010, n. 304). Per approfondimenti si veda Inail. (2011). *Valutazione e Gestione del Rischio da stress lavoro-correlato. Manuale ad uso delle aziende in attuazione del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.* Milano, Inail.

⁵ Faccio riferimento alla concettualizzazione di Carli e Paniccia (2003, p. 255) che scrivono "l'obbligo imposto a se stessi e agli altri, è una buona misura difensiva contro il rischio rappresentato dal chiedersi cosa si desidera e dall'impegnarsi a perseguirlo".

⁶ Si veda in proposito la ricerca pubblicata su questo stesso numero della Rivista di Psicologia Clinica

Psicosociologia (SPS), la scuola di specializzazione che frequento, ha avviato come partner dell'Ospedale entro la convenzione di tirocinio. L'intervento concerneva quello che si è deciso di definire rischio psicosociale, per non assumere il modello individualista sottinteso allo stress. La fase di valutazione ha visto implicati diversi docenti e colleghi di SPS; alcuni di loro si sono occupati, insieme a SPPR, della realizzazione di focus group con 15 Unità Operative, scelte per la loro rappresentatività, preliminari alla costruzione di un questionario rivolto a tutto l'Ospedale che ha consentito di individuarne le culture a rischio. Successivamente il progetto ha previsto la realizzazione di seminari di formazione rivolti al personale di alcune UO dell'Ospedale, per intervenire sul rischio psicosociale precedentemente valutato.

Quando SPPR e SPS hanno assunto la finalità di valutare il rischio psicosociale entro l'Azienda Ospedaliera, hanno effettuato alcune importanti scelte preliminari. La prima è stata quella di non rispondere all'obbligo di legge in modo formale, ma di individuare obiettivi, coerenti con le finalità di SPPR, che l'obbligo permetteva di convenire con la dirigenza strategica dell'Ospedale. La seconda è stata di sviluppare una componente di tali finalità, quella di consulenza alle UO, che caratterizza SPPR insieme a quella di valutarne la presenza di rischi. Come si può capire, la copresenza di una funzione valutativa e di una di consulenza è caratteristica complessa di SPPR, poiché la sua immagine presso le UO può essere vissuta in modo contraddittorio: non si espongono volentieri i propri problemi a chi si percepisce come un valutatore.

Come ho già ricordato, si è scelto quindi di non assumere un'ottica individualista, e anche la dizione "rischio psicosociale" invece che "stress lavoro correlato" va in questa direzione. Si intendeva sottolineare che ci si sarebbe occupati di relazioni a rischio, caratterizzate da culture del rischio, e non di individui a rischio di stress e quindi a loro volta rischiosi. L'ipotesi alla base della valutazione del rischio era che se c'è una divergenza tra culture del lavoro e obiettivi da perseguire, c'è il rischio psicosociale. Gli interventi che successivamente potevano essere fatti sarebbero andati nella direzione di aiutare le culture a rischio a evolvere dallo stato di rischiosità.

La criticità del Pronto Soccorso in quanto accesso immediato all'Ospedale

Entro questa cornice⁷, parlerò ora dell'esperienza con una delle quattro Unità Operative cui sono stati rivolti i seminari successivi alla ricerca, con l'obiettivo di intervenire sulle culture a rischio emerse: Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso. I seminari sono stati realizzati da SPPR e da docenti, allievi e specialisti SPS. Quanto alla ricerca, indicava tra le principali questioni da trattare la conflittualità vissuta nel rapporto con le funzioni dirigenziali e i problemi di relazione con i pazienti e le loro famiglie.

L'Unità Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso, specie nella seconda funzione, che difatti è emersa come l'area su cui abbiamo lavorato di più, rappresenta una delle porte di ingresso all'Ospedale, a cui si arriva con un vissuto di emergenza, ma anche di immediato accesso e le due cose non sono sempre sovrapposte. È possibile che ci sia il secondo, senza che ci sia una vera emergenza. La priorità d'intervento con questa UO è stata dettata, oltre che dalla valutazione del rischio, anche da gravi episodi di aggressione da parte di pazienti o familiari verso gli operatori sanitari. Ai due incontri seminariali previsti dall'intervento hanno partecipato medici, infermieri e personale socio-sanitario. Gli infermieri sono stati in numero nettamente superiore; questo dato mi ha fatto pensare a una professione che si sente maggiormente esposta e che quindi ha una domanda formativa a riguardo. L'obiettivo dei seminari è stato quello di condividere con il personale i risultati della ricerca, sollecitando a pensare come si traducevano nella quotidianità lavorativa e individuando azioni di intervento possibili. Una prima reazione a questa proposta è stata di cercare un colpevole e di mettere a carico di qualcun altro la causa dei problemi vissuti. Soprattutto, si sono presentati come una UO indifesa rispetto all'esterno connotato come nemico: l'utenza che invade, pretende.

⁷ Su questa esperienza, si può vedere anche il contributo di Brescia & Mazzeo (2012) in questo stesso numero della Rivista.

Una dimensione di rischio riguarda proprio il rapporto con l'utenza. La questione è scottante, da poco si è verificato un caso di aggressione molto violenta ai danni del personale sanitario. La discussione tra gli operatori è concitata, le voci si accavallano, ognuno porta esempi di situazioni ingestibili. Si percepisce tutta la criticità dell'aver a che fare con l'imprevedibilità, con un fare quotidiano pressante, un precipitarsi dietro agli eventi. Tutto ciò che accade è interpretato come circoscritto al momento in cui avviene, sembra difficile recuperare una storia, come si arriva alle aggressioni.

In uno dei piccoli gruppi con cui lavoro entro uno dei due incontri, alcuni infermieri e operatori socio sanitari, che lavorano al triage, esplodono in un crescendo di rabbia rispetto alla frustrazione che vivono circa le richieste di chi arriva al Pronto Soccorso (PS). Il triage è una funzione infermieristica, regolata da una procedura che consente di ridistribuire le priorità di accesso al PS attraverso l'assegnazione di un codice colore: rosso, giallo, verde e bianco in base a un criterio di gravità decrescente⁸. Il triage (dal francese trier = smistare, scegliere) è nato per rispondere a un crescente ricorso al PS da parte di cittadini, anche per motivi non strettamente connessi all'emergenza-urgenza; spesso si arriva al PS con l'idea, il desiderio di poter ottenere risposte rapide a problemi di salute. Il triage rappresenta quindi il primo punto di incontro tra utenza e personale sanitario del PS e spesso, più in generale, tra utenza e Ospedale.

Gli operatori parlano di questi incontri attraverso una rappresentazione dell'utente come imprevedibile, minacciante, maleducato. Mentre le loro voci si affollano, si accavallano, sento l'impotenza evocata dallo stare nel pieno di una bagarre, provo il vissuto di non essere vista, di essere bypassata. Collego la mia impotenza a quella che possono vivere i pazienti e i parenti nel pronto soccorso. Messa in attesa all'interno di uno scenario fatto di un affollamento, di un movimento incessante e continuo che li ignora. Provo a condividere con i partecipanti questa emozione.

Mi sembra che stiano mettendo in scena un conflitto tra la cultura fondata su parametri medici – diagnosi, prognosi, terapia - che è l'unica a essere presa in considerazione, infatti ritengono che questa sia l'unica comunicazione che pazienti e parenti vogliono avere, e la gestione della relazione con chi arriva al pronto soccorso dove ciò che può essere detto è su un diverso registro, ad esempio informare sui tempi di attesa e su cosa si sta facendo. Sembrerebbe un conflitto tra soggetti che parlano un linguaggio diverso, senza possibili traduzioni e comprensioni. Gliene parlo. Interrompere la lamentazione entro cui viene iscritto l'utente entro una sequenza di fatti riconoscendo una dinamica di rapporto, un vissuto, consente agli operatori di pensare sulla propria posizione. Riconoscono il mettere in atto atteggiamenti di fuga, o il "fare buon viso a cattivo gioco" frenando il risentimento mentre si cerca di eludere le richieste di chi attende informazioni, perché vivono l'inadeguatezza, l'impotenza nei confronti di quelle richieste. Chi è messo in attesa suscita ansia nel personale, perché comunica un vissuto di insofferenza rispetto all'attesa, inducendo il personale stesso a prolungare l'attesa o quanto meno a renderla più angosciata perché non accompagnata da comunicazioni⁹. Il personale sente di non riuscire ad avere a che fare con quelle emozioni e la difesa è pensare di non possedere le informazioni giuste da comunicare, ovvero quelle mediche, vissute come unica possibilità di dare risposta ai pazienti.

Il rischio professionale che abbiamo individuato concerne proprio la difficoltà di essere attenti alla relazione con il paziente e la sua famiglia, dei quali si subisce la pressione emozionale, percepita come intrattabile dal personale che si sente sfornito di risorse per farvi fronte. È qui che si sposta la questione al solo linguaggio tecnico della diagnosi e della terapia, come se parlare con i pazienti e i familiari delle regole del Pronto Soccorso, del suo funzionamento, per permettere a quelle

⁸ Il triage in Italia è previsto dall'Atto di Intesa Conferenza Stato-Regioni e Ministero della Salute sulle Linee Guida in materia di requisiti organizzativi e funzionali della rete di emergenza-urgenza (15/04/1996), in applicazione del D.P.R. 27/03/1992 che istituisce il sistema delle emergenze sanitarie (EMS)

⁹ Lo stesso Ministero della Salute (2007) nella "Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" indica tra le misure organizzative, quella di "assicurarsi che i pazienti in attesa di una prestazione sanitaria ricevano informazioni chiare sui tempi di attesa" (p.10).

persone di capire dove si trovano, non avesse alcuna utilità ed efficacia. L'utenza sembra sollecitare una funzione di accoglienza, che implica una competenza a cogliere i suoi vissuti, le sue emozioni per essere aiutata a comprendere dove si trova e cosa sta accadendo e a rapportarsi non solo con l'incertezza e l'imprevedibilità del suo stato di salute, ma anche con quelle del Pronto Soccorso. È necessaria quindi una competenza diversa da quella che serve per la gestione della patologia; una competenza che renda gli operatori sanitari capaci di trattare con le emozioni di persone in primo luogo disorientate su ciò che sta loro accadendo. Quella, che in un'ottica psicologica clinica definiamo competenza organizzativa¹⁰. Porterò, di seguito, un caso a supporto di questa ipotesi.

La consulenza all'Unità Operativa ha dato al personale sanitario la possibilità di concedersi uno spazio di pensiero per capire il perché di alcuni eventi, per iniziare a vedere la propria posizione nel lavoro, per poter ipotizzare cambiamenti. Si è compreso come alcuni problemi di rapporto, che sono stati visti in un modo diverso dall'abituale, possano creare disfunzioni nel lavoro: il silenzio, l'incompetenza a comunicare, a informare sulla presa in carico, esasperano i comportamenti fino allo scontro fisico, come unico modo di essere finalmente visibili. Si è rivelato, altresì, funzionale per il personale, l'aver sperimentato uno spazio di confronto, di discussione che ha consentito di scambiare tra loro prassi quotidiane, modi di intendere il lavoro, competenze.

Un prodotto del seminario sul rischio psicosociale è stato la messa a punto di un progetto, da poco avviato presso il Pronto Soccorso, volto a rilevare eventi critici nel rapporto con l'utenza per poter individuare strategie di intervento¹¹. Nel momento in cui scrivo, con un'altra collega tirocinante della Scuola, stiamo realizzando delle unità di osservazione, il cui senso viene condiviso ogni volta con il personale, per individuare e capire meglio i problemi con i pazienti e i parenti. L'obiettivo è di attivare spazi di pensiero e discussione con il personale e costruire significato sul materiale raccolto circa il rapporto utente-sistema sanitario. Vorremmo aiutarli a capire quali domande l'utenza porta al Pronto Soccorso e quali strategie di rapporto si rivelano funzionali, quali meno (Giacchetti & Sarubbo, 2012). Propongo ora una situazione rilevata in questa prima fase del lavoro.

La holding room si trasforma in stanza della morte

Nel corridoio del Pronto Soccorso incontro lo sguardo impaurito del signor Antonio, un settantatreenne che chiede se può parlarmi. È visibilmente agitato, dice di stare male e di aver bisogno di qualcosa per calmarsi; aggiunge che non ce la fa più. Gli chiedo di raccontarmi cosa fosse successo: non riesce a stare nella stanza dove è stato trasferito. Vuole sapere da me quando sarebbe arrivato il medico a chiamarlo. Quanto tempo avrebbe dovuto ancora aspettare? Ma non sa dirmi cosa avrebbe dovuto fare, capisco solo che dovrà fare un accertamento per il cuore. È molto confuso, sovrappone una serie di informazioni, è quasi in preda al panico. Dice che ha già discusso con un'infermiera, che nessuno lo ascolta. Riferisce un dolore alla pancia, si sente morire. Mi accorgo che è da solo nella stanza. Gli chiedo di farmi capire. Mi racconta che era arrivato al Pronto Soccorso il giorno prima per un aumento delle palpitazioni cardiache e che aveva trascorso la notte insonne chiacchierando in compagnia di un altro signore. La mattina del giorno seguente era stato trasferito in una nuova stanza. Mi conduce davanti alla porta di questa stanza dove è affisso un cartello con la scritta "holding room" e mi dice: "Mi dica la verità dottoressa, cosa significa questa scritta qua? Non è che è la stanza della morte?". Questa sua affermazione mi colpisce e disorienta allo stesso tempo. Sento la sua paura addosso, attraverso la parola morte. È in piedi nel corridoio che mi parla, pensare che stia per morire potrebbe essere considerato alquanto incomprensibile, impertinente rispetto alle situazioni con evidenza di estrema gravità che ci sono al Pronto Soccorso! Ma certamente si tratta di quanto sta vivendo. Riprendo

¹⁰ Per un approfondimento sul costrutto di competenza organizzativa e di traduzione emozionale dell'organizzazione si veda Carli, R., Paniccia, R. M. & Salvatore, S. (1995). La dinamica del rischio e la sicurezza sul lavoro. In La sicurezza sul lavoro (D. L. 626/94), Fondazione Enérgeia Edizioni.

¹¹ Il progetto è stato proposto, condiviso e discusso con le funzioni dirigenziali e con il personale dell'Unità Operativa.

questo suo vissuto e provo a capire. Mi racconta che quando al mattino è stato spostato in quella nuova stanza, ha trovato due persone che a sua detta: “Erano malconce, con dei tubi, avevano due, tre pacemaker. Insomma, avevano il cuore che non funzionava!”. Da quel momento in poi non appena mette la testa sul cuscino per sdraiarsi sul letto, si sente morire. Mi chiede se è possibile farlo tornare nella prima stanza in cui era stato bene chiacchierando insieme a quel signore. Nel frattempo arriva la moglie che sembra sfinita dall’inarrestabile insofferenza del marito, non sa più che fare, come contenerlo. È la moglie a dirmi che il marito dovrà fare la coronarografia. Chiedo al paziente se è la prima volta che fa un esame del genere. La moglie ci tiene a precisare: “No, è la prima volta che lui entra in un ospedale!”. E aggiunge un rimprovero: “Te l’ho detto che devi stare calmo, così complichi la situazione, è peggio, tu ti innervosisci, loro si innervosiscono e non si risolve niente”.

“Loro si innervosiscono” mi fa capire di più della situazione, inizio ad avere informazioni sufficienti per cogliere che il malessere del paziente e della moglie in quel momento è legato a un vissuto di insofferenza rispetto a dove si trovano, a cosa sta accadendo e a cosa li aspetta. Non solo l’incertezza legata alla salute, ma l’attesa struggente di sapere avevano amplificato la loro angoscia. L’insostenibilità dello stare in quella stanza per il paziente era la reificazione in un fatto di quanto stava vivendo. Il trasferimento nella stanza dove prima aveva incontrato pazienti con problemi cardiaci gravi, in cui poi si era ritrovato da solo, fermo, ad aspettare un medico annunciato ma che non arrivava, erano presto diventati fantasmi dell’attesa di qualcosa di minaccioso e grave, fino alla morte!

Provo con lui a dare senso a quanto aveva vissuto fino a quel momento, ricostruendo i passaggi. Continuava a non capacitarsi del perché non potesse tornare nella stanza dove si trovava prima per chiacchierare con quel signore che invece era potuto rimanere là dentro. È altrettanto angosciato al pensiero di doversi mettere a letto. Parliamo del senso del suo trasferimento di stanza, legato ai diversi momenti del trattamento al PS. Nella prima era stata fatta una valutazione del suo problema, il passaggio alla seconda stanza prevedeva l’attesa per un accertamento, un ricovero. L’incertezza di questi passaggi aveva amplificato l’incertezza di quello che gli sarebbe accaduto.

Percependo il suo senso di estraneità, la sua difficoltà a stare lì, provo a recuperare qualche informazione della sua identità. Gli chiedo cosa faccia nella vita. Fa l’ebanista in un quartiere centrale di Roma dove ha il suo laboratorio. Mi parla della sua passione per il lavoro artigianale, la soddisfazione per la lavorazione del legno. Il vuoto e l’angoscia attivati da quell’attesa, il sentimento di passività impotente stridono con la sua vita abituale piena di attività, di abile manualità che padroneggia la materia. Mentre parliamo passa un infermiere che coinvolgo con il pretesto di chiedergli conferma sulla possibilità, per il signor Antonio, di non dover stare necessariamente a letto, ma di poter stare nel corridoio, di poter parlare anche con altre persone. Questo servirà anche a condividere la situazione con l’infermiere che, dopo aver ascoltato alcuni pezzi del racconto, riuscirà con ironia a far ridere il signor Antonio. Sarà utile anche al signor Antonio per sentirsi compreso nel suo vissuto che lo faceva sentire imprigionato in quella stanza.

Penso al significato di holding room che tanto aveva spaventato il paziente perché non ne comprendeva il significato e mi interrogo anche sull’uso dell’inglese che certo non è rivolto agli utenti. La holding room è la stanza di stazionamento dei pazienti in attesa di posti letto. Un luogo, quindi, in cui sostano le persone nel loro passaggio dal Pronto Soccorso alla degenza in altre Unità Operative. La parola holding in inglese sottintende anche un altro significato: presa, possesso, proprietà. Sembra svelare un rischio dello stazionamento, nel vissuto dei pazienti, che viene tradotto in rapimento, privazione di libertà (Carli, 2012), immobilismo. Ma la sosta, come abbiamo visto, può riguardare dei corpi (non a caso il signor Antonio si era visto come un morto), mentre le persone con angosce, paure, desideri hanno bisogno di contenimento e accoglienza. Mi sono soffermata sul significato della parola perché la paura del signor Antonio associata a una parola estranea, straniera, permette di mettere in luce quanto anche i passaggi da un luogo all’altro, da una stanza all’altra siano pregni di contenuti simbolici, emozionali e se iscritti dentro prassi, ritualità quotidiane corrono il rischio di essere negati dal personale.

Sembra fallire il contenimento affidato all'adesione incondizionata del paziente alla routine ospedaliera, tant'è che il signor Antonio aveva trasgredito lasciando vuota la stanza e si era piazzato al di fuori: è lì che avviene la nostra interlocuzione. È necessaria una funzione che non legga la trasgressione come aggressione e abbia una competenza a stare con quei vissuti, con i significati attribuiti a quei passaggi. Starci significa riconoscerli, cercare nelle parole di chi li vive il senso per aiutarli a renderli accettabili anche per loro e non liquidarli come insensati, pensando che siano irrilevanti perché non supportati da fatti: il signor Antonio non sta "veramente" morendo, la holding room non è la stanza della morte.

Da un punto di vista dei modelli di intervento, si tratta di assumere una funzione integrativa intesa come capacità di riconoscere quanto si sta vivendo nella relazione per dare senso a quello che accade, mentre la funzione sostitutiva sanitaria agisce attraverso i ruoli di chi sa qual è il bene dell'altro, che si richiede si affidi all'azione della cura¹².

Conclusioni

Il tirocinio presso il Pronto Soccorso, dentro questo progetto di intervento, si sta configurando come risorsa per rintracciare nel funzionamento della UO problematiche e risorse soprattutto sotto il profilo del coniugare la funzione integrativa con quella sostitutiva. Dentro l'esperienza di tirocinio sto apprendendo come la funzione consulenziale dell'SPPR, promossa dalla componente psicologica, rappresenti una risorsa per l'Ospedale per comprendere quei problemi (eventi critici, errori, incidenti, inclusi quelli che la sanità chiama eventi sentinella¹³) che consentono di evidenziare il funzionamento organizzativo, riconoscerne le criticità e correggere il tiro. La sfida è quella di promuovere una cultura dell'evento critico (l'errore, l'aggressione) come occasione di riflessione, di formazione rispetto a nuove esigenze e cambiamenti che investono l'organizzazione ospedaliera: nuova utenza, nuove modalità di gestione economica, nuove tecnologie.

Man mano che il mio tirocinio procede e posso capire meglio le questioni con cui mi confronto, colloco la funzione del Servizio sempre più entro una possibilità di tessere rapporti, recuperare potenzialità, individuare problemi comuni e promuovere integrazioni all'interno di uno scenario fatto da frammentazioni. Questo può essere possibile attraverso una conoscenza delle dinamiche organizzative e culturali dell'Ospedale, interpretandole e restituendole all'Ospedale stesso. Può essere attuato un continuo lavoro di tessitura tra problemi e cultura. Penso, ad esempio, ad alcune questioni che abbiamo iniziato a rintracciare: la scissione tra curare e prendersi cura del paziente; la scissione tra il paziente ideale e il paziente in carne e ossa; la continua tecnologizzazione e iperspecializzazione delle professioni sanitarie che rischia di provocare una frammentazione del servizio offerto al paziente, fino a renderlo organo o a focalizzare la prestazione sulla strumentazione tecnica che consente di analizzare l'organo. La prevalenza dell'atto medico di cura specialistica ha portato a una prevalenza della tecnica sull'attenzione alla relazione con il paziente e ancor di più con i familiari.

La funzione psicologica dentro il Servizio di Prevenzione e Protezione Rischi assume la centralità di promuovere e attivare, nel contesto ospedaliero, spazi di riflessione sui processi di lavoro, di sviluppare competenze che permettano di analizzare il corso degli eventi, le ragioni che li hanno determinati, i risultati cui si è giunti e per individuare soluzioni, alternative possibili. Credo che questo possa anche, utilmente, rappresentare una strada per contribuire a sanare la spaccatura tra paziente e contesto sanitario, che nei casi più estremi porta alla rottura di questo rapporto e al ricorso alla magistratura da una parte, e alla medicina difensiva dall'altra.

¹² Per un approfondimento delle due funzioni, si veda Paniccia (2012), in questo stesso numero della Rivista.

¹³ Per eventi sentinella in sanità si intendono quegli eventi avversi di particolare gravità, che causano morte o gravi danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario.

Bibliografia

Brescia, F., & Mazzeo, G. (2012). La valutazione del rischio psicosociale in Ospedale. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 63-75.

Carli, R. (2012). Il tirocinio in ospedale. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 3-20.

Carli, R., Paniccia, R.M., Atzori, E., Cinalli, S., Brescia, F., Mazzeo, G. et al. (2012). Il rischio psicosociale in un Ospedale romano: il rapporto tra Cultura Locale e soddisfazione nell'Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri.. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 76-90.

Carli, R., & Paniccia, R. M. (2003). *Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia. Dai malati psichiatrici alla nuova utenza: l'evoluzione della domanda di aiuto e delle dinamiche di rapporto*. Milano: FrancoAngeli.

Carli, R., Paniccia, R.M., & Salvatore, S. (1995). La dinamica del rischio e la sicurezza sul lavoro. In Fondazione Enérgeia. (1995). *La sicurezza sul lavoro (D. L. 626/94)*, Roma: Fondazione Enérgeia Edizioni, 55-80

Enriquez, E. (2003). Per un approccio psico-sociologico alla valutazione. *Spunti*, 7, 7-28.

Giacchetti, V., & Sarubbo, M. (2012). *Scusi lei chi è? Sono una brava persona, chiedo pure! Culture del reparto MUPS del SFN*. Unpublished Manuscript.

Inail (2011). *Valutazione e Gestione del Rischio da stress lavoro-correlato. Manuale ad uso delle aziende in attuazione del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.* Milano: Inail.

Paniccia, R. M. (2012). Psicologia clinica e disabilità. La competenza a integrare differenze. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 91-110.

Il Servizio Prevenzione e Protezione Rischi: quadro normativo di un sistema di sicurezza globale

di Silvana Cinalli*

Abstract

l'articolo ripercorre i cambiamenti della legislazione in materia di valutazione del rischio da stress lavoro correlato. Il Servizio di Prevenzione e Protezione Rischi di un ospedale romano, avvalendosi di una consulenza psicologica esterna, si sta proponendo di tradurre una dimensione di mandato sociale in operatività progettuale.

Parole chiave: contesti sanitari, valutazione del rischio da stress lavoro correlato, consulenza psicologica

Questa breve relazione vuole essere un'introduzione utile a delineare il contesto nel quale viene svolta l'attività psicologica relativa alla sicurezza e salute sul lavoro. Si tratta del Servizio Prevenzione e Protezione Rischi (SPPR) dell'Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri del quale sono responsabile.

Gli SPPR nascono con il D.Lgs 626/94 in tutte le aziende italiane, sanitarie e non, salvo quelle più piccole. Il D.Lgs 626/94 era un provvedimento che recepiva una serie di Direttive comunitarie in materia di sicurezza e tutela della salute dei lavoratori. Con esso il legislatore italiano definisce per la prima volta un modello di gestione della prevenzione dei rischi sui luoghi di lavoro. Rappresenta un mutamento radicale; infatti si passa dai tradizionali metodi di prevenzione tecnica, delineati nel D.P.R. 547/55 e 303/56, ad un sistema di sicurezza globale che pone l'uomo, anziché la macchina, al centro della nuova organizzazione della sicurezza aziendale, con il conseguente coinvolgimento attivo di tutte le parti interessate al processo prevenzionale.

Questo coinvolgimento porta ad istituire un sistema di prevenzione permanente diretto alla individuazione, valutazione, riduzione e controllo costante dei fattori di rischio per la salute e la sicurezza di lavoratori.

L'idea è che il miglioramento della sicurezza e della salute in azienda sanitaria si traduca in un miglioramento della qualità delle condizioni di lavoro, della qualità delle prestazioni fornite e conseguentemente della soddisfazione dell'utente finale. Tutelare la sicurezza dei dipendenti della sanità significa, quindi, anche farsi carico della salvaguardia dei diritti assistenziali degli utenti.

Per raggiungere tali finalità il decreto prevede che il datore di lavoro di un'azienda (il Direttore Generale nel caso delle aziende ospedaliere) designi una o più persone da lui dipendenti per l'espletamento dei compiti relativi alla prevenzione e protezione dei rischi. Secondo quanto previsto dalla legge il servizio di prevenzione e protezione dai rischi è "l'insieme delle persone, sistemi e mezzi esterni o interni all'azienda finalizzati all'attività di prevenzione e protezione dai rischi professionali nell'azienda". Sempre secondo la legge, per costituire un SPPR il datore di lavoro può avvalersi di persone esterne all'azienda in possesso delle conoscenze professionali necessarie per integrare l'azione di prevenzione e protezione. Nel caso specifico dell'azienda ospedaliera dove lavoro SPPR è attualmente composto da 9 persone: 1 responsabile (medico), 2 addetti alla sicurezza, 1 psicologa, 2 medici e 3 infermiere.

* Dirigente medico, Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione Rischi dell'Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri di Roma

L'ingresso della psicologa nel servizio è avvenuto nel 2004, anno in cui la normativa vigente era la 626/94 che ancora non affermava l'obbligatorietà della valutazione del rischio da stress lavoro correlato, tuttavia aveva posto l'attenzione su una serie di aspetti relativi al rischio psicosociale. E' a partire dal 2008, con l'entrata in vigore del D.Lgs 81 che gli SPPR sono vincolati a considerare anche questo fattore di rischio per la salute e la sicurezza dei lavoratori. Il nostro servizio si sta quindi occupando da qualche anno di questo aspetto e lo sta facendo con la collaborazione dello Studio di Psicopsicologia e dei tirocinanti della "Scuola di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica, intervento psicologico clinico e analisi della domanda".

Riferimenti legislativi

DPR 547/55: *Norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro*. Retrieved from:
http://web.uniroma2.it/modules.php?name=Content&action=showpage&content_id=3146§ion_id=1972

DPR 303/56: *Norme generali per l'igiene del lavoro*. (Retrieved from:
http://prevenzione.mi.infn.it/Norme_legge/DPR_303_56.pdf

Porcellana, G. (2003) (Ed). *Decreto legislativo 19 settembre 1994: 626*. Retrieved from:
http://www.edscuola.it/archivio/norme/decreti/dlvo626_94.pdf

**La funzione psicologica in un Servizio Prevenzione e Protezione Rischi:
la valutazione del rischio da stress lavoro-correlato/rischio psicosociale come occasione per
sviluppare un orientamento al cliente**

di Elisabetta Atzori*

Abstract

L'articolo contribuisce a delineare lo sviluppo di una funzione psicologica presso un Servizio Prevenzione e Protezione Rischi (SPPR) in ambito ospedaliero. A partire dagli aspetti normativi in merito alla sicurezza nei luoghi di lavoro, si propone una riflessione sulla differenza tra i costrutti di rischio stress lavoro-correlato e rischio psicosociale. Si resoconta un intervento di valutazione del rischio psicosociale in SPPR quale occasione per studiare le componenti culturali dell'organizzazione ospedaliera e sviluppare un orientamento al cliente nel rapporto tra operatori e pazienti e tra operatori e servizio.

Parole chiave: stress lavoro-correlato, rischio psicosociale, prevenzione nei luoghi di lavoro, cultura locale

La funzione psicologica in un ospedale può essere svolta nell'ambito di servizi diversi, quello dove lavoro è un Servizio Prevenzione e Protezione Rischi (SPPR). Parlerò della funzione sviluppata in questo specifico contesto, a partire da una premessa sulle norme che hanno attivato un'attenzione sugli aspetti psicologici nella prevenzione degli infortuni e nella sicurezza sul lavoro. Mi soffermerò sull'attività di valutazione del rischio da stress lavoro-correlato o psicosociale quale pretesto per studiare le culture ospedaliere a rischio e intervenire sulle stesse. Esporrò alcune questioni portate dagli operatori nell'ambito degli interventi formativi finalizzati a trattare le culture a rischio, evidenziando il parallelismo tra lo sviluppo della domanda di diversi clienti (esterni e interni): del paziente nei confronti degli operatori e degli operatori verso SPPR.

Gli SPPR e la normativa che ha portato all'attivazione di una funzione psicologica

Nel 2004, anno in cui ho iniziato a svolgere la mia attività in SPPR, la normativa vigente (D.lgs 626/94) a differenza di quella precedente, pur non contemplando la valutazione del rischio da stress lavoro-correlato, sottolineava l'importanza della valutazione del "rischio" e non del "pericolo". Il "pericolo" è considerato come una condizione oggettiva di probabilità di danno. Il "rischio" è invece definito come un sentimento soggettivo di pericolo. Entra quindi in gioco l'aspetto psicologico. Mi spiego meglio con un esempio. Il pericolo è una condizione data: ogni volta che un infermiere fa un prelievo corre il pericolo di infortunarsi pungendosi con la siringa. Tuttavia diversi infermieri possono sperimentare diversamente lo stesso pericolo: possono vivere il rischio di pungersi in maniera molto bassa e quindi non usare i dispositivi di protezione individuale (i guanti) oppure in maniera molto alta controllando compulsivamente la sequenza di atti legata al prelievo.

Nel 2008 viene emanato il D.lgs 81: compare l'obbligatorietà della valutazione del rischio stress lavoro-correlato. L'ingresso del rischio stress lavoro-correlato entro la normativa concernente la prevenzione degli infortuni e la sicurezza sul lavoro, va a colmare una discrepanza tra il D.lgs 626/94

* Dirigente psicologa, Servizio Prevenzione e Protezione Rischi, Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri di Roma

e la normativa europea sull'argomento. Infatti nel frattempo, dal 1994 al 2008 una serie di input normativi avevano posto l'attenzione sui rischi psicosociali:

- L'art. 21 comma 2 della legge 39/02 (Disposizioni per l'adempimento di obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia alle Comunità europee) che impone al datore di lavoro di valutare "tutti i rischi per la sicurezza e per la salute dei lavoratori", intendendo tra questi anche i rischi psicosociali, trasversali e organizzativi.
- L'articolo 8-bis del D.lgs 195/03 che, modificando ed integrando il D.lgs 626/94, nell'individuare le capacità e i requisiti professionali dei responsabili del servizio prevenzione e protezione, parla di corsi professionalizzanti ove siano trattati anche i rischi di natura ergonomica e psicosociale, di organizzazione e gestione delle attività tecnico amministrative, di tecniche di comunicazione in azienda e di relazioni sindacali.
- L'Accordo Europeo sullo stress lavorativo del 2004 che è finalizzato ad accrescere la consapevolezza e la comprensione dello stress lavoro-correlato, ad attirare l'attenzione sui segnali che potrebbero denotare problemi in tale ambito e offrire un quadro di riferimento per individuare e prevenire o gestire problemi di stress lavoro-correlato. L'Accordo Europeo precisa inoltre che non si pone l'obiettivo di attribuire la responsabilità dello stress all'individuo.

I contenuti dell'Accordo Europeo sono stati recepiti dal legislatore italiano nell'ambito della valutazione dei rischi (D.lgs 81/08) e sono stati trasposti in un accordo interconfederale concluso tra le parti sociali nel 2008. Il D.lgs 81/08 rimanda alla Commissione Consultiva permanente per la salute e la sicurezza del lavoro l'emanazione delle indicazioni "minime" necessarie alla valutazione del rischio da stress lavoro-correlato. Tali indicazioni verranno pubblicate a novembre 2010, nel 2011 l'INAIL diffonde un manuale operativo rivolto alle aziende che dovranno cimentarsi nella valutazione, infine nel 2012 il Coordinamento Tecnico Interregionale della Prevenzione nei Luoghi di Lavoro (CTR) redige le indicazioni per la corretta gestione del rischio e per l'attività di vigilanza sullo stesso.

Rischio psicosociale o stress lavoro-correlato?

Come si può già cogliere dall'exkursus normativo, ci si confronta prima con il costrutto di rischio psicosociale e poi con quello di rischio stress lavoro-correlato.

Nel corso di questi anni sono stati utilizzati anche altri termini, per definire quello che oggi la legge chiama rischio stress lavoro-correlato. Esattamente si è parlato di rischio trasversale e di rischio organizzativo.

In un convegno organizzato dall'ex-ISPEL (Istituto Superiore Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro), a proposito del dibattito sull'appropriatezza della terminologia, ci precisarono che, nella fase di trasposizione dei contenuti dell'accordo europeo, durante i negoziati delle parti sociali, la Confindustria aveva espresso le proprie perplessità sull'uso del termine "organizzativo" in quanto, associandolo agli aspetti manageriali/gestionali, rischiava di diventare un potenziale istigatore della conflittualità tra lavoratori e dirigenza. Il timore era che venissero messe in discussione le modalità organizzative come potenziali agenti stressogeni, che passasse dunque il messaggio "sono i manager e i dirigenti che generano stress lavorativo".

E' interessante notare che tra tutti i vocaboli ha prevalso il termine stress, parola che più di altre evoca dimensioni individuali: posso dire che rischio di "stressarmi" se trovo traffico per strada, ma non direi mai "corro un rischio psicosociale se continuo a rimanere imbottigliata nel traffico". Tant'è che mentre il costrutto di rischio psicosociale era sufficiente ad indicare il rapporto con i contesti lavorativi, usando il costrutto rischio stress il legislatore ha dovuto aggiungere i termini "lavoro-correlato".

Inoltre, se scorriamo gli indicatori che l'INAIL, implementando le linee guida della Commissione Consultiva, ha inserito nel "Manuale ad uso delle aziende che intendono valutare il rischio da stress lavoro-correlato" (2011), potremo trovare dimensioni molto diverse tra loro: l'assenteismo, gli infortuni, l'ambiente di lavoro, i compiti, i carichi di lavoro, la comunicazione, le funzioni lavorative, il ruolo, le potenzialità evolutive della carriera, l'autonomia, i rapporti interpersonali, il rapporto tra lavoro e vita domestica, familiare, ecc., solo per citarne alcuni.

Che relazione è possibile porre tra le diverse dimensioni? Siamo su livelli diversi e, probabilmente, difficilmente confrontabili in una prospettiva di valutazione del rischio che non si ponga solo come somma di dimensioni diverse del rischio stesso.

Tutte le dimensioni sono accomunate dall'aver anche una componente soggettiva data dalla cultura di uno specifico contesto lavorativo, dalla simbolizzazione condivisa di quello specifico contesto, dalle modalità condivise di vivere e porsi rispetto ad esso.

A partire dall'ipotesi che il rischio da stress lavoro-correlato stia in rapporto al modo con cui sono condivise le diverse dimensioni di un contesto, abbiamo effettuato (SPPR in collaborazione con lo Studio di Psicosociologia-SPS) la valutazione e l'intervento sul rischio stesso.

Abbiamo pensato quindi che fosse utile rilevare le componenti culturali per valutare gli elementi di rischio e pianificare interventi volti a prevenirlo.

Da questo momento in poi utilizzerò il costrutto psicosociale in sostituzione di stress lavoro-correlato (termine indicato dalla legge 81/2008) perché ritenuto più coerente con la metodologia di lavoro e la teoria dell'organizzazione utilizzate per intervenire, metodologia e teoria che fanno riferimento alle "relazioni" che si sviluppano nelle diverse componenti dell'organizzazione piuttosto che ai "singoli individui".

Alcune riflessioni sui lavori attualmente in corso: i seminari formativi

Vorrei proporre qualche riflessione su un'attività nella quale siamo al momento impegnati: i seminari formativi rivolti alle unità operative dell'azienda ospedaliera maggiormente in rapporto con le culture a rischio psicosociale.

Ho parlato dettagliatamente di aspetti normativi in quanto ritengo che la conoscenza degli stessi porti ad utilizzarli al meglio. Conoscerli permette di non rischiare di scivolare nel puro adempimento rispetto alla legge, ma considerarli come pretesti utili per trattare culture e vissuti. Sono pretesti che permettono il dialogo con interlocutori interni ad SPPR (i colleghi del Servizio) ed esterni allo stesso (gli operatori dell'ospedale). Da qualche tempo la parte più interessante del lavoro è diventata la sollecitazione e la trattazione delle domande portate da questi interlocutori. La valutazione del rischio psicosociale è quindi doverosa (si tratta di un adempimento di legge) ma nello stesso tempo è un'occasione per migliorare la sicurezza e la salute degli operatori e dei pazienti.

Ho anche voluto precisare la differenza tra i due costrutti, rischio psicosociale e da stress lavoro-correlato, in quanto penso che delinearli significhi anche precisare da quale prospettiva interveniamo, quale metodologia di lavoro sostiene l'intervento.

Ritornando alle riflessioni sui lavori in corso, ritengo necessario inserirle in una cornice di riferimento che tracci le fasi salienti della valutazione e intervento sul rischio psicosociale.

- I fase (2009) - E' stata realizzata un'indagine esplorativa con la partecipazione di 15 Unità Operative rappresentative delle principali linee di attività dell'ospedale.

- II fase (2010) - E' stata effettuata la Valutazione su tutto l'ospedale, mediante la somministrazione di un questionario elaborato utilizzando gli elementi emersi nella precedente fase esplorativa. Sono stati raccolti 965 questionari. Ha risposto quasi il 60% dell'intera popolazione del personale ospedaliero.

- III fase (2011) - Sono stati restituiti i risultati emersi dal questionario.

- IV fase (2011-2012) - Abbiamo organizzato dei seminari formativi rivolti a tutti gli operatori di ciascuna unità operativa, finalizzati a trattare le culture a rischio, a riconoscere e valorizzare l'esistenza della risorsa insita nella creazione di rapporti di scambio in alternativa ai conflitti o all'ignoramento entro la propria struttura di appartenenza.

Abbiamo attivato gli incontri a partire dalle unità operative che, secondo i risultati della ricerca effettuata tramite il questionario, hanno portato le questioni lavorative più significative, emblematiche dell'ospedale.

La ricerca ha mostrato che il rischio psicosociale è in rapporto ai differenti repertori culturali in cui si articola la più complessiva cultura dell'ospedale. Sono emerse due aree di rischio.

In primo luogo, quella associata al rapporto tra dirigenza e operatori sanitari: questi ultimi non sentono rivolta un'adeguata attenzione a obiettivi, risultati e competenza professionale. Ciò conduce a una situazione anomica degli operatori completamente ignorata dalla dirigenza, che dal canto suo non rileva problemi.

La seconda area di rischio è quella associata alla paura di accerchiamento connessa o meno alla difesa rappresentata dall'utilizzo dell'amicizia e della coesione difensiva nei gruppi di lavoro. L'accerchiamento è vissuto a diversi livelli: professionale (pazienti e familiari), organizzativo (turni e carichi di lavoro), gerarchico/strutturale (rischio di perdere il lavoro) e istituzionale (magistratura incombente).

Se le culture sono un fattore di rischio, esse sono anche una risorsa e la loro conoscenza costituisce già un'iniziativa d'intervento. A tal fine i dati di questa ricerca sono stati usati entro comunicazioni mirate a tutto il personale e a piccoli gruppi, entro alcune unità operative nelle quali siamo intervenuti in passato e stiamo intervenendo tuttora.

Lavorando con le unità operative abbiamo avuto modo di cogliere quegli eventi critici che pongono gli operatori sanitari in una posizione difficile, questioni che possono continuare ad essere ignorate, convivendo con un'insoddisfazione lavorativa, o trattate nell'ipotesi di migliorare anche la propria soddisfazione.

Se ad SPPR giungono istanze da parte dei lavoratori che non vedono accolta la propria aspettativa di risposta ad una domanda di salute e sicurezza sul lavoro, nelle unità operative con le quali abbiamo lavorato le problematiche sono presentate dai pazienti e dai loro familiari che non vedono confermata la loro aspettativa di risposta ai problemi di salute portati.

In entrambi i casi si tratta di lavorare affinché le posizioni di dipendenza nelle quali si trovano ora il lavoratore, ora il paziente/familiare diventino di dipendenza utile e non sfocino in una contro dipendenza aggressiva. Adoperarsi in tal senso, sia nel caso del lavoratore che in quello del paziente/familiare, non significa assecondare qualsiasi richiesta ma aiutarli a cogliere il significato delle domande portate condividendo il senso di ciò che si fa.

Per i tecnici di SPPR che effettuano un sopralluogo in un reparto, ad esempio questo significa provare a vedere la richiesta di un adeguato microclima non solo come dato di realtà, ma anche come modalità per chiedere qualcos'altro di più difficile individuazione da parte di un singolo lavoratore o di un gruppo di lavoro.

Per gli psicologi di SPPR che realizzano dei seminari formativi rivolti a gruppi di operatori di un'unità operativa, questo ha significato provare a vedere la richiesta di una direzione/coordinatione adeguata, non solo come un dato di realtà, ma anche come modalità per svincolare l'implicazione diretta su questioni che un gruppo potrebbe invece trattare senza delegarle alla direzione/coordinatione stesso.

Potrei quindi fare l'esempio di alcune questioni portate dai pazienti/parenti e trattabili dagli operatori:

- la difficoltà manifestata da un paziente che improvvisamente si trova al Pronto Soccorso senza aver avuto il tempo di riorganizzarsi emotivamente rispetto ad uno stato di salute che ha avuto un cambiamento repentino;
- i problemi posti da una paziente che partorisce in Ostetricia e si rapporta ad un evento (la nascita del figlio) implicante profonde e complesse trasformazioni;
- le preoccupazioni espresse dai genitori di un bambino patologico ricoverato in Neonatologia, che si confrontano con una realtà diversa da quella attesa;
- i dubbi formulati da un paziente ambulatoriale nell'orientarsi rispetto alla comprensione di un disturbo recentemente insorto.

Per concludere vorrei condividere una riflessione riguardante un aspetto che ho trovato interessante nel lavorare con le unità operative coinvolte nei seminari: si tratta del rapporto tra eventi critici, medicalizzazione delle cure/dipendenza acritica del paziente e sviluppo di competenze relazionali.

Tutti i partecipanti ai seminari ci hanno parlato di eventi critici, di questioni lavorative con le quali si confrontano quotidianamente, problemi spesso legati alle difficoltà di rapporto verso pazienti vissuti minacciosamente e rispetto ai quali non si dispone di criteri di lettura sufficienti per capirne le reazioni: in alcuni casi sono stati ringraziati da pazienti nei confronti dei quali non era stato possibile adoperarsi al meglio, in altri sono stati criticati da pazienti con i quali invece si era lavorato al massimo delle proprie potenzialità.

Tutte le unità operative potrebbero quindi continuare a trattare queste criticità, ma solo con alcune è stato possibile convenire sull'utilità di ulteriori forme di intervento. Si tratta di quei contesti dove la medicalizzazione delle cure è più debole e non può assolvere alla funzione difensiva nei confronti dei pazienti. Si tratta anche di quei contesti meno ancorati alla logica dei DRG (Diagnosis Related Group). Si tratta infine di quei contesti dove più che in altri il paziente nei panni del paziente proprio non vuole stare. Sono quindi quelli dove lo sviluppo di competenze utili a trattare con i pazienti non solo è necessario ma è anche desiderato.

Bibliografia

Coordinamento tecnico interregionale della prevenzione nei luoghi di lavoro (2012). *Stress lavoro-correlato: Indicazioni per la corretta gestione del rischio e per l'attività di vigilanza alla luce della lettera circolare del 18 novembre 2010 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali*. Retrieved from <http://olympus.uniurb.it/images/stories/regioni-stress-faq-2012.pdf>

INAIL (2011). *Valutazione e gestione del rischio da stress lavoro-correlato*. Retrieved from <http://www.inail.it/repository/ContentManagement/node/N1926320722/StressLavoroCorrelato.pdf>

Fonti Normative

Accordo Europeo sullo Stress sul Lavoro (8/10/2004) (Accordo siglato da CES - sindacato Europeo; UNICE "confindustria europea"; UEAPME - associazione europea artigianato e PMI; CEEP - associazione europea delle imprese partecipate dal pubblico e di interesse economico generale).

Circolare del 18 novembre 2010 "*Indicazioni per la valutazione dello stress lavoro-correlato approvate dalla Commissione consultiva per la salute e sicurezza sul lavoro*".

Decreto Legislativo 19 settembre 1994, n. 62 "*Attuazione delle direttive 89/391/CEE, 89/654/CEE, 89/655/CEE, 89/656/CEE, 90/269/CEE, 90/270/CEE, 90/394/CEE, 90/679/CEE, 93/88/CEE, 95/63/CE, 97/42/CE, 98/24/CE, 99/38/CE, 99/92/CE, 2001/45/CE, 2003/10/CE, 2003/18/CE e 2004/40/CE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro*".

Decreto Legislativo 23 giugno 2003, n.195 "*Modifiche ed integrazioni al decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, per l'individuazione delle capacità e dei requisiti professionali richiesti agli addetti ed ai responsabili dei servizi di prevenzione e protezione dei lavoratori, a norma dell'articolo 21 della legge 1° marzo 2002, n. 39*".

Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 "*Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro*".

Legge 1 marzo 2002, n.39. "*Disposizioni per l'adempimento di obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia alle Comunità europee. Legge comunitaria 2001*".

La cronicizzazione come possibile risultante del rapporto tra servizi e utenza

di Elena Lisci* e Davide Baraldi*

Abstract

Attraverso il resoconto di due esperienze cliniche, l'articolo propone una rilettura critica del concetto di cronicità inteso come dimensione individuale, entro una prassi dei servizi che assume come obiettivo dell'intervento il cambiamento dell'altro entro modelli precostituiti di "normalità". Al termine cronicità si preferisce quello di cronicizzazione, che sottolinea una dimensione di processo, concernente la relazione piuttosto che la malattia. Questo orientamento dell'intervento ha consentito nei casi trattati l'attivarsi di una relazione terapeutica non esclusivamente orientata ad una sostenibilità della cronicità. L'utilizzo di criteri e modelli psicologico clinici concernenti la relazione ha permesso di accogliere la complessità di queste domande, perseguendo obiettivi che sembravano preclusi.

Parole chiave: cronicità, servizi socio sanitari, analisi della domanda.

Premessa

Con questo lavoro vorremmo proporre delle riflessioni sul concetto di "cronicizzazione" delle problematiche psicologiche. Tale interesse nasce dall'esperienza maturata dagli scriventi, nell'ambito del tirocinio di specializzazione in "psicoterapia psicoanalitica, psicologia clinica e analisi della domanda", in due diversi contesti che si occupano di salute mentale. Uno di questi è un servizio di psicoterapia appartenente ad un Ospedale universitario del nord Italia, che negli ultimi anni si è dedicato in modo particolare al trattamento dei disturbi del comportamento alimentare; l'altro è un Centro di Salute Mentale della città di Roma. Il confronto di queste esperienze ha stimolato una riflessione comune sui limiti dell'intervento psicologico clinico, quando esso si proponga come obiettivo il cambiamento dell'altro entro modelli precostituiti e culturalmente prefigurati di "normalità".

Preferiamo il termine "cronicizzazione" a quello di "cronicità" proprio in quanto intendiamo fare riferimento ad una dimensione di processo, piuttosto che di esito, di definizione di uno stato della realtà. La tesi che proponiamo è infatti che questo processo abbia a che fare con una possibile caratteristica del rapporto tra servizi e utenza, che è in particolare evidenza tutte le volte che i primi si trovano confrontati con l'impossibilità di raggiungere o ripristinare uno stato di "normalità", entro un'ottica di "cura" del "malato".

Questa interpretazione della problematica di cui lo psicologo è chiamato ad occuparsi è secondo noi una conseguenza dell'assunzione acritica del problema da parte dei servizi, entro le categorie della committenza e del mandato sociale. Sergio Salvatore (2006) afferma in questo senso che: "[...] nel momento in cui lo psicologo adotta le categorie della committenza per definire il fenomeno di cui si occupa, i risultati su cui prende responsabilità, le modalità spazio-temporali e i ruoli connessi di esercizio della funzione, si trova esposto al contagio dell'impotenza della committenza. Ciò è sempre vero." (p. 124). Riteniamo che, nell'attuale contesto culturale di forte medicalizzazione della domanda psicologica, l'assunzione del modello medico da parte dei servizi come unico riferimento per la traduzione dei problemi dell'utenza, nonostante sembri offrire allo

* Psicologi clinici, Specialisti in psicoterapia psicoanalitica, intervento psicologico clinico e analisi della domanda.

psicologo l'illusione di detenere il controllo e la conoscenza dei fenomeni di cui si occupa, in realtà rischi di svuotare la competenza psicologica e la sua intrinseca funzione di interrogarsi sul senso di ciò che accade nella relazione.

Dalla rinuncia a trattare i problemi, a partire proprio dal rapporto che si istituisce con la domanda, deriva secondo noi quel vissuto di impotenza dell'agire psicologico che assume come oggetto di intervento l' "anormalità". La "cronicità", intesa come una caratteristica invariante dell'altro, è in molti casi una conseguenza necessaria per tollerare il vissuto di impotenza, rispetto ad una competenza continuamente minacciata dai problemi che la stessa utenza pone alla psicologia. Riteniamo, in questo senso, che siano destinate alla cronicizzazione quelle domande che giungono ai servizi senza la disposizione ad "adattarsi" proposte precostituite che quelli offrono, ma al contrario che richiedono un adattamento dei servizi alle questioni che pongono.

Come vedremo, a partire dalla resocontazione di due esperienze cliniche, l'ottica che proponiamo di mettere in discussione riguarda il cambiamento del comportamento dell'individuo come obiettivo auspicato dell'intervento psicoterapeutico. In particolare, nello specifico dei casi trattati, questo cambiamento riguarderebbe nel primo la ripresa di un "normale" atteggiamento nei confronti dell'alimentazione da parte di una donna con diagnosi di bulimia, nel secondo la remissione dei sintomi o il raggiungimento di un certo grado di adattamento al contesto nel quale è inserita, da parte di una paziente schizofrenica. Due situazioni certamente diverse tra loro, ma accomunabili ai nostri fini, in quanto stiamo proponendo una rilettura del concetto di cronicizzazione come concernente non le diagnosi degli utenti, ma il rapporto tra i servizi e le domande che vengono loro rivolte. La ragione per cui abbiamo scelto questi interventi è rintracciabile nel fatto che entrambi, a nostro giudizio, hanno realizzato, nel corso del loro sviluppo, dei prodotti niente affatto scontati, anzi per certi versi quasi inattesi rispetto alle premesse. Proponiamo che ciò sia stato reso possibile dall'utilizzo di criteri e modelli che hanno consentito di accogliere la complessità di queste domande.

Il caso di Anna

La signora, una donna di 38 anni di bell'aspetto, arriva al servizio inviata da uno psichiatra di fiducia, a cui si era rivolta privatamente e da cui circa 7 anni prima era stata seguita in terapia, congiuntamente ad una psicologa, per un disturbo bulimico di cui soffre sin da quando aveva 18 anni. La motivazione che aveva convinto la paziente ad interrompere la psicoterapia, dopo circa 4 anni di cura, era stata la significativa riduzione della messa in atto delle condotte bulimiche e un progressivo disinteresse e vissuto di inutilità circa le sedute. Il disagio che Anna avverte questa volta e che motiva la sua richiesta di aiuto allo specialista, viene imputato alla difficile situazione che sta vivendo entro l'organizzazione in cui lavora. Nell'azienda, il cui futuro a causa della crisi internazionale è ormai fortemente incerto, Anna svolge da alcuni anni la funzione di responsabile amministrativa, "braccio destro" dell'amministratore delegato. Le nuove mansioni che quest'ultimo le affida, per la "totale fiducia" che ha sempre riposto in lei, mettono fortemente in difficoltà la paziente e la fanno sentire "incapace di reagire", "bloccata" entro inevitabili relazioni conflittuali: si tratta infatti, su delega dello stesso amministratore, di comunicare il licenziamento ad alcuni dirigenti e funzionari, "molto più in alto di lei". Il forte disagio vissuto nel compiere questa "missione" porta ad un considerevole peggioramento del disturbo bulimico di Anna.

Lo psichiatra, a cui inizialmente la paziente si rivolge privatamente, valutando i disturbi riferiti come legati ad uno stato ansioso/depressivo, tenta in un primo momento di trattare il problema unicamente con l'ausilio di psicofarmaci. Successivamente, non essendovi significativi miglioramenti, ed essendo la paziente impossibilitata a sostenere i costi di una psicoterapia privata, il medico le propone di rivolgersi al servizio pubblico per una presa in carico di più lungo termine.

Nel presentare il proprio problema al servizio all'atto dell'accettazione telefonica, la paziente riferisce, oltre alle difficoltà emotive dovute alla situazione lavorativa, anche la storia della propria bulimia, ultimamente notevolmente "peggiorata". Nella riunione d'équipe per la discussione e

l'affidamento dei casi, durante la lettura della scheda di Anna, il disturbo bulimico viene assunto come l'aspetto più rilevante della vicenda e viene valutata l'opportunità di una presa in carico che coinvolga tutta l'equipe dei disturbi alimentari, medico, psicologo, dietologa. Nonostante, a causa della crisi dell'azienda in cui lavora, la paziente si trovi da qualche tempo anche lei collocata in cassa integrazione e l'amministratore delegato della società sia stato costretto a dimettersi, nel primo colloquio con lo psicologo Anna chiede comunque di essere aiutata a capire cosa le stia succedendo. Sente di non saper spiegare la sensazione di incapacità e paura vissuta nel non riuscire a gestire la nuova condizione lavorativa, né in relazione al rapporto con l'amministratore, per esempio negoziando o rifiutando un ruolo che non le compete, né con i dirigenti con cui si è confrontata per comunicare loro il licenziamento. Anna dice di essersi sentita paralizzata entro queste situazioni conflittuali rispetto alle quali è rimasta inerte, incapace di rispondere all'aggressività che ha sentito che le veniva rivolta contro e verso la quale non riusciva a reagire in alcun modo. Questa situazione ha causato alla paziente un lungo periodo di agitazione, insonnia, ansia, sensazione di non avere il controllo della situazione e un ricorso più frequente ad abbuffate e vomito.

Rispetto al lavoro terapeutico, la paziente si dichiara da subito estremamente accondiscendente, dipendente e disponibile. Fin dal primo colloquio afferma di volersi mettere "nelle mani dei curanti", di "fidarsi di loro"; si dichiara disposta a fare quello che le viene detto per risolvere i suoi problemi dimostrando una fiducia scontata e priva di condizioni. Questa proposta relazionale di Anna viene colta dallo psicologo sin dalle prime fasi del rapporto e diventerà un elemento centrale ai fini dell'esplorazione della sua domanda. Egli percepisce in modo evidente che proporrà una presa in carico scontata entro presupposti che sottolineino la problematica alimentare come centrale nella terapia, potrebbe rinforzare la posizione di passività espressa dalla paziente. Ciò andrebbe, secondo lo psicologo, a colludere con l'invito esplicito di forte delega del problema al servizio, impedendo nella relazione terapeutica la costruzione di uno spazio entro il quale poter criteriare e utilizzare il senso di questa "scontata" premessa relazionale. Il terapeuta coglie un'incongruenza interessante nel suo controtransfert; a fronte di una dichiarata disponibilità di Anna e della sua estrema educazione e gentilezza, egli prova invece una sensazione di falsità, finzione e inganno, tanto da sentire di trovarsi entro una dinamica relazionale basata su elementi di controllo e aggressività, che se non pensata rischierebbe di sabotare ogni possibilità di sviluppo nella relazione con la paziente.

Entro una lettura della dinamica neoemozionale in atto, potremmo dire che Anna trasforma l'estraneità, l'altro, in qualcosa di già noto, nell'amico conosciuto a cui affidarsi totalmente. Con la delega a qualcuno di cui fidarsi ciecamente la paziente mette l'altro nella condizione di essere controllato, di essere "amico costretto" entro la relazione con lei. Siamo di fronte a ciò che Carli e Paniccia (2002) definiscono una caratteristica comune delle neo-emozioni, la "presunzione" di conoscenza dell'estraneo: "Associato all'altro elemento: quello per cui chi propone, impone, organizza la neoemozione, può simbolizzare l'estraneo nei modi e con le valenze emozionali più disparate e differenti nel loro vettore simbolico (p. 84)". È la dinamica entro la quale il servizio facilmente rischierebbe di essere intrappolato, nel caso in cui colludesse con la proposta della paziente della presa in carico della "malattia", ma è anche una proposta "rassicurante" perché in linea con i modelli dell'intervento proposti specialmente nei casi dei così detti "disturbi del comportamento alimentare".

Lo psicologo che ha in carico la paziente svolge il tirocinio nell'ambito di un servizio fortemente orientato ad una normalizzazione della domanda dei propri utenti, entro il modello medico. In particolare nella lettura delle problematiche alimentari, il modello cognitivo comportamentale risulta prevalente, in quanto, secondo il responsabile, in letteratura è dimostrato essere il più efficace nel trattamento di queste patologie. Questo elemento, nonostante convivano modelli diversi dell'intervento psicologico clinico nell'Unità Operativa, appare comunque orientante le scelte formative e le aree di ricerca che la struttura propone entro l'azienda ospedaliera. Per esempio si sostiene e si partecipa attivamente ad una ricerca sull'influenza genetica nei disturbi del comportamento alimentare, adottando un modello che sottende una visione radicalmente medicalizzata di questi problemi.

Dopo questa piccola digressione sulla cultura locale del servizio, riprendiamo il caso. Il terapeuta, in dubbio rispetto all'opportunità per la paziente di una presa in carico "scontata" entro il protocollo previsto dei disturbi alimentari, decide di proporre il problema entro una riunione d'équipe del servizio. Durante l'incontro, poche parole dello psichiatra responsabile sembrano immediatamente risolvere la questione: dal momento che ci sono chiari sintomi di una bulimia, Anna soffre di un disturbo alimentare di cui il servizio si deve occupare fornendo le terapie più indicate. Poco interessa entro quest'ottica sapere, per esempio, perché la paziente senta oggi le questioni lavorative insopportabilmente angoscianti, perché lei "sempre così efficiente e sicura di sé nei rapporti", si senta improvvisamente ed inspiegabilmente sopraffatta ed impotente nel gestire i conflitti che la nuova condizione lavorativa gli impone, tanto da pensare di rivolgersi ad uno specialista per essere aiutata a capire ciò che sta provando. La paziente viene quindi, dopo alcuni incontri con lo psicologo, inserita entro un progetto terapeutico multidisciplinare per affrontare la sua bulimia.

Lavorare entro una struttura pubblica, a differenza dell'incarico conferito entro lo studio privato, comporta che il terapeuta, pur se di diverso orientamento clinico, debba necessariamente avere ben presente la cultura del contesto entro il quale opera. Analizzare la fantasia sottesa alla domanda d'aiuto della paziente nel rapporto con lo psicologo tuttavia si è dimostrato un lavoro utile, prima di proporre la prospettiva di intervento terapeutico indicata dal servizio. Ciò ha consentito di istituire uno spazio entro cui ripensare la modalità di delega e fiducia incondizionata che la paziente manifestava e una riflessione sul rischio che una presa in carico medicalizzante il problema, entro la sola questione del comportamento alimentare, poteva avere nella possibilità di capire di più sul problema di Anna.

Quale è il problema della paziente quindi, se si esclude l'esistenza di una "malattia", addirittura di possibile origine "genetica"? Vediamo alcuni indizi. La fantasia della paziente si rende da subito evidente nel suo proporsi come "la brava paziente", "la brava fidanzata, che non rompe mai le scatole", disponibile ad adeguarsi ai desideri degli altri e apparentemente priva di propri desideri entro le relazioni, votata a soddisfare l'altro a non chiedere nulla, a non arrabbiarsi mai. Chiede sempre, negli incontri, se le cose che dice siano utili e appropriate al lavoro con il terapeuta, si preoccupa di avvisare in caso di ritardo o rinvio degli appuntamenti, è sempre estremamente gentile e puntuale. Nel frattempo, dopo pochi incontri le sedute diventano sature di pretese agite entro fantasie di seduzione, di racconti di sogni ricchi di rapporti sessuali allusi ma mai completamente esplicitati. La paziente afferma di sentirsi talmente immersa in queste fantasie che coinvolgono spesso anche il terapeuta, da non riuscire a pensare ad altro, non sa se è normale e non sa che farci. Entro la propria modalità seduttiva/distruttiva, Anna immagina ora la via per una possibile soluzione della problematica in atto, nella possibilità di una soddisfazione reale entro un rapporto clandestino con il terapeuta, come se tutto il problema si potesse risolvere con la traduzione di queste fantasie sul piano della realtà.

Costruire un senso rispetto a questi aspetti portati entro la relazione terapeutica, riflettendo per esempio sull'inganno del suo proporsi come "senza desideri" e totalmente disponibile ad occuparsi del desiderio dell'altro nel tentativo di tenerlo legato a sé entro una modalità di possesso e controllo, ha reso possibile per la paziente l'avvio di un processo di associazioni in relazione al modo di proporsi entro i rapporti. In questo senso il comportamento alimentare è stato proposto dalla stessa paziente come metafora del problema, quando il terapeuta ha indicato ad Anna di riflettere sul fatto che nel suo raccontarsi in terapia, le sue emozioni e i suoi desideri sembrano essere presenti solo quando parla del piacere con cui si prepara i pasti e di come si lascia andare alle sue abbuffate.

Riconoscendo questo aspetto la paziente aggiunge di provare una sensazione di libertà, di gusto nel lasciarsi andare senza controllo, ma anche di "presa in giro", di "truffa" e senso di colpa verso gli altri, come se l'atto in sé mostrasse un desiderio insaziabile, incontrollabile, rivelasse in sostanza ciò che lei è veramente e il suo sforzo di nascondere.

Rintracciare il rapporto tra la sensazione di inganno che sente di agire nelle abbuffate e gli stessi

sentimenti che suscita nel terapeuta con il suo modo totalmente accondiscendente di porsi nella terapia, consente ad Anna una prima elaborazione delle sue fantasie: voler essere “trasparente”, come spesso dichiara nei suoi racconti, equivale a proporsi senza desiderio e senza domande, in modo dice, da non suscitare risposte aggressive che non saprebbe come gestire. Nelle situazioni di conflitto “invidia” coloro che hanno le “parole giuste”, che sanno “rimettere a posto” e “far sentire piccoli” quelli che si pongono in modo aggressivo. Nel sentire come Anna parla dei suoi vissuti di rabbia e dei sentimenti di impotenza che ha vissuto in queste situazioni conflittuali, il terapeuta le propone l'immagine di una bambina rimproverata, colta con le mani nel sacco.

A partire da un pensiero sulla modalità seduttiva di Anna e sui sentimenti di invidia portati entro la relazione terapeutica (verso colui che ha le “parole giuste”), è stato possibile cogliere il tentativo della paziente di tenere a bada la propria aggressività. Per capire queste fantasie di associazione tra desiderio, possesso, controllo e aggressività è utile cogliere alcuni aspetti della storia della paziente, a partire dalle numerose relazioni sentimentali che ha vissuto e nelle quali si è spesso “introdotta” entro rapporti preesistenti, mettendosi continuamente in competizione con altre donne. Nel sentire i racconti di Anna, appare evidente che l'obiettivo delle sue relazioni non è quello di avere per sé gli uomini scelti, ma di competere indirettamente con le loro ignare compagne o mogli. Questa dimensione o fantasia del rapporto è così importante per Anna che spesso le relazioni terminano paradossalmente quando gli uomini decidono di lasciare le loro compagne per lei, cosa che la paziente dichiara assolutamente di non volere. Un altro paradosso interessante è la funzione riparatoria dei legami che la paziente sente di assumere entro questi rapporti che lei definisce quasi sempre in crisi e che grazie alla sua presenza immagina di salvare. Anche adesso per esempio, vivendo una relazione “normale” con un uomo separato, spesso nelle discussioni con lui prende le difese della sua ex moglie nel tentativo sembrerebbe di far riallacciare, o comunque di non rompere, dei legami.

Alcuni aspetti dei rapporti familiari di Anna aiutano a costruire un senso intorno alla seduzione che mette in atto nelle relazioni nel tentativo di ridurre l'angoscia. Emerge che ha avuto un padre desiderato ma tenuto sempre lontano, separato dagli affetti delle due figlie, da una madre descritta come estremamente fredda, dedita a soddisfare i propri desideri e preoccupata solo di mantenere le apparenze con gli altri e di tutelare la tranquillità di un marito apparentemente depresso. Anna descrive la casa in cui è cresciuta come “una bella casettina con giardino e fiori, perfetta fuori e gelida dentro”, in cui ogni desiderio è interpretato dalla madre come un capriccio che mina la tranquillità della casa e del padre. L'utilizzo dei contenuti onirici portati in terapia della paziente attraverso un'analisi delle “parole dense” (Carli & Paniccia, *op. cit.*) può aiutarci a comprendere la dimensione distruttiva vissuta dalla paziente rispetto alla manifestazione dei propri desideri: freddo, artificiale, cibo, grande, attraente, apparenza, avvelenato, automa, fuggire, colpire, sedurre, scappare, disinfettare, padre. In un'altri sogni: uomo, grande, scelta, donna giovane, guardare, desiderare, infilarsi, sedurre, fuggire, gelosia, assicurare, madre, sorella.

Sembra utile riprendere alcune sue parole per provare a dare un senso alle fantasie della paziente: per esempio, Anna “invidia” chi ha. Melanie Klein, nel suo “Invidia e gratitudine” afferma: “(...) il rapporto carico di invidia verso la madre si manifesta in una rivalità edipica eccessiva, dovuta più che all'amore per il padre all'invidia nei confronti della madre per il possesso del padre e del suo pene. Il padre diventa un'appendice della madre. In futuro, quindi, ogni successo nei rapporti con gli uomini diventerà una vittoria riportata su un'altra donna. (...) Altre conseguenze derivanti dalla fuga dall'oggetto primario sono l'idealizzazione del padre e del suo pene, la frigidità.” (Klein, 1957 p.53).

Da un punto di vista psicoanalitico l'invidia è un portato della pulsione di morte: non potendo possedere le caratteristiche ambite dell'oggetto, il bambino ne desidera la distruzione. Desiderio, possesso e distruzione, elementi fortemente presenti nei sogni della paziente, sembrano indizi utili a comprendere le difficoltà ad agire le proprie parti aggressive e a vivere come angoscienti le situazioni conflittuali nelle quali si trova suo malgrado implicata. Abbiamo detto come anche nei suoi rapporti sentimentali “clandestini” le fantasie predatorie agite attraverso la costruzione di relazioni “a tre” convivano e siano ridimensionate da fantasie riparatorie, in cui la paziente afferma che la sua presenza è finalizzata al mantenimento della coppia quindi alla costituzione e non alla

rottura dei legami.

Ma perché Anna si rivolge in questo momento al servizio? Anna è stata presa in carico con una diagnosi di bulimia. Aver assunto scontatamente che questa fosse una malattia da trattare, avrebbe reso difficile per Anna cominciare a pensare alle difficoltà e all'angoscia che viveva nelle relazioni quando la modalità seduttiva non poteva trovare soddisfazione e riscontro. L'essersi confrontata con il dover organizzare il licenziamento di alcuni dirigenti ha reso impossibile l'istituzione di questa modalità relazionale. Ciò l'ha resa fortemente angosciata sia per la reazione aggressiva messa in atto dalla controparte investita di autorità, che per il vivere la modalità con la quale viene incaricata di rompere dei legami tra i lavoratori e l'azienda in modo "violento", dove l'atto del "licenziare" sembra rivelare la parte distruttiva di Anna, "colta con le mani nel sacco".

Siamo di fronte ad un evento critico dovuto al fallimento di una modalità collusiva che fino a quel momento la paziente aveva potuto conciliare con gli obiettivi sia lavorativi che affettivi, la stessa modalità con la quale Anna istituisce da subito il rapporto con lo psicologo. Nella relazione con lo psicologo, l'impossibilità di agire la seduzione entro il setting terapeutico e lo sviluppare un pensiero rispetto a queste fantasie e alla "cura" offerta entro il servizio, senza darle per scontate, ha consentito alla paziente una maggior consapevolezza dei propri sentimenti d'angoscia. In termini relazionali, la seduzione di Anna, per esempio, è una seduzione che "fa fuori" una volta raggiunto l'obiettivo di "condurre a sé", di "mettere dentro", possedere appunto. La paziente rispetto a questo ricorda di aver interrotto la sua prima psicoterapia quando perse l'interesse per il rapporto con la terapeuta perché, dice "sentivo che ero riuscita a portarla dalla mia parte". Proporre una riflessione attraverso una lettura di questi modi di stare entro i rapporti a partire dalle neoemozioni agite entro la relazione terapeutica, ha consentito alla paziente di cominciare a provarsi entro esperienze di scambio e non solo di possesso e controllo, sia entro la terapia che nei propri contesti, famigliari, amicali e lavorativi. Indizi di sviluppo, dopo un anno di terapia, si potrebbero sintetizzare in una ricerca di autenticità e visibilità, a partire dalla possibilità di sostenere di avere dei propri desideri ed essere in grado di proporli entro le relazioni con gli altri.

Delle "abbuffate" dice di avere ancora bisogno, ma una novità è rappresentata dal fatto che qualche volta afferma di riuscire a tenere il disagio dei propri sentimenti e a non mettere in atto l'abbuffata.

Un altro indizio riguarda il desiderare di essere "visibile" e più autentica nei rapporti con gli altri. Verso il termine della terapia comunica al terapeuta di essere riuscita per la prima volta, nell'ambito di una sua esperienza di partecipazione ad un gruppo di danza, pur con molta difficoltà e angoscia, ad accettare la proposta della coreografa di occupare la prima fila durante lo spettacolo. Contro ogni sua aspettativa, ha ottenuto successo, nonostante non potesse più "copiare" o nascondersi dietro qualcuno davanti a lei come aveva sempre fatto. Questa esperienza, dice, l'ha resa molto soddisfatta di sé e l'ha vissuta come autentica. Nella relazione terapeutica appare evidente come gli incontri siano sempre più ricchi di progetti e desideri di Anna, in campo sentimentale e rispetto alle proprie scelte lavorative. Tutti i rapporti della paziente sembrano meno governati da una modalità seduttiva/adattiva, spesso rivista in chiave ironica. Tradotto in termini di vissuto del terapeuta, potremmo dire che nella relazione con Anna è stato possibile, attraverso la rinuncia ad una traduzione "normalizzata" della domanda, uscire dall'angolo cui sembrava inevitabilmente relegare la proposta seduttiva e controllante della paziente, per avere più spazio intorno da esplorare, più autenticità per costruire qualcosa di utile e interessante.

Il caso di Clara

Il secondo caso che abbiamo scelto di proporre è seguito da circa due anni da uno di noi, prima nel contesto del tirocinio di specializzazione, svolto in un CSM romano, poi, alla conclusione di questo, nell'ambito di un accordo tra la psicologa, il servizio e la famiglia. La paziente, con una diagnosi di psicosi schizofrenica con prevalenza di sintomi negativi, è in carico al servizio da molti anni. Riteniamo questa situazione interessante in quanto ha avuto negli ultimi tempi degli sviluppi che pensiamo mostrino la criticità, anche nell'ambito della patologia psichiatrica grave, del

concetto di cronicità, se pensato come caratteristica invariante messa unicamente a carico del paziente. Clara ha 50 anni, l'esordio della sua malattia risale a quando ne aveva 17. E' in carico al servizio dal 1999, dopo essere stata a lungo seguita da diversi professionisti privatamente. Dal 1989 lavora presso una pubblica amministrazione come dattilografa, dove è stata assunta in quanto figlia di invalido.

La paziente vive con la madre, anche lei con problemi di salute mentale. Ha poi un fratello che costituisce l'unico interlocutore della famiglia per il servizio e per l'amministrazione nella quale Clara lavora. I due sono quasi coetanei, molto legati tra loro, tanto che la madre quando erano piccoli era solita chiamarli "i gemelli". Il fratello è uscito di casa in giovane età, come egli stesso dice "per salvarsi" dalla situazione, ha lavorato e studiato tenendosi per un lungo periodo piuttosto lontano dalla famiglia, alla quale si è riavvicinato, in sostanza per occuparsene, da una decina di anni.

Il rapporto tra il servizio e il fratello di Clara nel corso degli anni è stato difficile: si è spesso dichiarato insoddisfatto della gestione della situazione da parte dei curanti, minacciando di sporgere denuncia. Un paio di anni fa, lo psichiatra responsabile del caso è andato in pensione e la paziente assegnata ad una nuova équipe, coordinata da un altro medico. Questo evento ha consentito l'aprirsi di una nuova fase di accoglienza, di istituzione di rapporti e di progettazione dell'intervento. Rispetto a quello precedente, di cui si sono potute riscontrare solo poche tracce nella cartella clinica, risultava che Clara era stata in carico ad uno psichiatra, ad un'assistente sociale e seguita in psicoterapia per 5 anni da una psicologa, prima tirocinante e poi volontaria. Nulla di più si poteva evincere rispetto al lavoro svolto in passato; così come la paziente, anche il servizio appariva muto e la loro relazione cronicamente silente.

Il passaggio fondamentale nella nuova fase del trattamento, ciò che secondo noi ha consentito importanti sviluppi per la paziente, è stato il progettare un intervento che non si facesse carico unicamente della malattia di Clara, ma che prendesse avvio anche dal considerare le domande di coloro che a vario titolo erano coinvolti nella relazione con lei e con il servizio. Si è ripartiti così dall'accogliere la domanda del fratello, che portava al servizio un problema: il conflitto nel quale era implicato nell'ambito della relazione con la pubblica amministrazione nella quale Clara lavora. Un carteggio dai toni non sempre cordiali denunciava l'assoluta apatia della paziente e la sua impossibilità di svolgere alcun compito nel contesto lavorativo, dove trascorrevano le giornate nella sua stanza su un divano, a volte urlando, fumando una sigaretta dietro l'altra, con un computer e un telefono staccati. Nel suo difficile rapporto con l'amministrazione e con il servizio, il fratello appariva orientato ad una strenua difesa del lavoro per la sorella. Riconoscere nelle sue pretese agite una domanda al servizio, ha consentito di pensare insieme a lui all'esistenza di una fantasia di "risoluzione" del problema, che imponeva la presenza di Clara al suo ambiente di lavoro. A ben guardare potremmo dire che eravamo tutti entro una simbolizzazione di rapporti a catena fondati su un potere incompetente, quindi violento: c'era l'aspettativa che la malattia venisse subordinata al potere della tecnica medica, a sua volta sottoposta a quella dei magistrati, a cui il fratello aveva minacciato più volte di rivolgersi; infine c'era il suo potere agito attraverso le "conoscenze" nella pubblica amministrazione in cui la sorella lavorava.

Proponiamo che la fantasia di "risolvere" sia produttrice di cronicità, ponendosi come obiettivo il ripristino della normalità, entro l'agito di una fantasia violenta di negare la diversità. Al contesto lavorativo di Clara era stata imposta la sua presenza, una presenza che questo non sapeva trattare e che quindi tentava di ignorare, rivolgendo inconsciamente verso Clara parte dell'aggressività suscitata dal sentirsi vittima di un'imposizione da parte del fratello. Trattare la domanda del fratello e la sua angoscia, offrendo una lettura di quanto stava accadendo, gli ha consentito di affiancare la sorella, di sviluppare una competenza di scambio nelle relazioni piuttosto che agire esclusivamente fantasie di possesso e potere sull'altro. Con il suo accordo e attraverso il coinvolgimento del responsabile sul luogo di lavoro di Clara, si è sospeso l'agito di un lavoro falso in cui la paziente si trovava. E' stata concordata una sua temporanea uscita dal lavoro, attraverso l'utilizzo di periodi di malattia e ferie non precedentemente goduti. E' stata rivista la terapia farmacologica ed effettuato il suo inserimento nel Centro Diurno, con la proposta di partecipare ad una serie di attività quali la riunione settimanale, il laboratorio di lettura dei giornali,

quello di cucina, e quello di informatica. Da un luogo in cui Clara non veniva riconosciuta, se non attraverso i suoi limiti, è passata ad uno in cui lo scambio era possibile.

L'evoluzione dell'intervento è stata monitorata con una frequenza mensile attraverso incontri a cui hanno partecipato gli operatori delle diverse strutture implicate sul caso, la paziente e il fratello.

La fase di sospensione dal lavoro di Clara è durata poco più di un anno. In questo periodo la psichiatra referente del caso ha proposto ad uno di noi di implicarsi in questo intervento. La psicologa ha così iniziato ad incontrare la paziente con una frequenza settimanale, recandosi al Centro Diurno, offrendole il caffè e andando insieme al parco, con l'obiettivo di provare a stabilire una relazione. Clara si è quasi sempre mostrata disponibile a questo tipo di proposta e ben disposta nei confronti della psicologa, ma la sua modalità di interazione era del tipo "a domanda, rispondo", con monosillabi, senza che prendesse mai una qualche iniziativa. I loro incontri avevano rapidamente assunto una certa ritualità, la psicologa viveva la sensazione che tutto si ripetesse sempre nello stesso modo, che si fosse "fermi". Era difficile sostenere emotivamente quel rapporto e la terapeuta coinvolta dentro una relazione psicotica, avvertiva il desiderio di introdurre degli elementi di discontinuità, ma sentiva anche che "starci", senza pretendere di renderla "meno psicotica" e più conforme alle proprie aspettative, sembrava di fondamentale importanza.

Discutendo di questi aspetti con la psichiatra del servizio è nata l'idea di provare a proporre a Clara degli incontri in cui potessero insieme raccogliere la sua storia. Sorprendentemente la paziente non solo ha accettato, ma questa opportunità ha avuto il potere di attivarla più di quanto ci si aspettasse dal rapporto e lei ha iniziato a parlare di sé. Un'ulteriore evoluzione della relazione si è avuta quando si è pensato di proporle di effettuare delle esercitazioni settimanali al computer, in continuità con quanto faceva nel laboratorio di informatica. Il lavoro si è quindi concentrato inizialmente sulle attività collaterali a quella di trascrivere un testo attraverso l'uso di un personal computer, e in una seconda si è passati dalla trascrizione di testi a scrivere dei diari delle sue giornate, dei suoi pensieri. Crediamo che la caratteristica di non essere in un rapporto vis a vis, ma mediato dal computer, abbia costituito un potente facilitatore nella relazione. Inoltre pensiamo che il fatto che in quello spazio fosse lei, tenendo le mani sulla tastiera, a condurre il lavoro, l'abbia spronata ad uscire da quella dimensione di passività mortifera che tende a proporre continuamente nelle relazioni.

Riteniamo che sia stato a partire dall'accoglimento del linguaggio di Clara, dei suoi tempi, dei suoi silenzi, delle occasioni in cui si è dichiarata non disponibile alla relazione con la psicologa, che è stato possibile costruire una relazione significativa tra loro. A tale proposito vorremmo citare un testo molto interessante, ancorché scritto più di mezzo secolo fa, che presenta i risultati di uno studio sulla schizofrenia condotto, secondo un'ottica psicoanalitica, da un'équipe medica a diretto contatto con due gruppi di pazienti cronici ospedalizzati (Freeman, Cameron & McGhie, 1972). Gli autori impostano il programma terapeutico soprattutto su un nuovo e più ampio significato da attribuire alla funzione del personale infermieristico nel rapporto con i pazienti. Essi propongono come requisiti fondamentali all'istituzione di una relazione significativa tra pazienti e infermiere, degli elementi che riguardano la continuità nel tempo della presenza fisica delle infermiere e la loro capacità di contenere l'ansia. Riteniamo che tali elementi abbiano caratterizzato la modalità della psicologa di entrare in relazione con Clara e che ciò abbia costituito per lei un'importante risorsa terapeutica. Ma vediamo meglio che cosa intendiamo, in accordo con gli autori. Come si accennava è capitato che Clara si sia sottratta alla relazione con la psicologa, a volte andando via in anticipo dal Centro Diurno nonostante avessero un appuntamento, altre volte dichiarando la sua indisponibilità a lavorare con lei. A queste sue azioni non sono seguiti dei rimproveri secondo un approccio psico-educativo, messo in atto a volte da altri operatori, spesso con un effetto destabilizzante su Clara, ma i suoi comportamenti venivano visti e tollerati dalla relazione, potevano entrare a farne parte perché l'obiettivo fondamentale che guidava l'intervento della psicologa era che Clara potesse mantenere attivo il suo desiderio a parteciparvi.

Dopo circa un anno di sospensione, Clara è tornata a lavoro. Per il suo reinserimento, in accordo con il responsabile, è stato pensato un part-time di cinque giorni lavorativi, al termine del quale Clara si reca al Centro Diurno, dove pranza con gli altri utenti, per poi tornare a casa. Per conto del

servizio la psicologa ha assunto la funzione di monitorare questa delicata fase del lavoro con Clara recandosi sul luogo di lavoro, con la frequenza di due volte alla settimana perché, come dice Clara, il computer del Centro Diurno funzionava, per aiutarla a “sbloccare” anche quello in ufficio. Oggetto del lavoro in quella sede è la relazione tra Clara, il datore di lavoro e i colleghi. Preso atto del miglioramento clinico di Clara, la priorità condivisa dal servizio con il fratello e il responsabile di Clara era che il reinserimento si svolgesse in discontinuità con quanto era accaduto in passato, (l'abbandono di Clara nella sua stanza senza alcun obiettivo produttivo) e compatibilmente alla possibilità per la paziente, tutta da costruire, di trarne un giovamento.

E' stato presto chiaro per la psicologa che il responsabile di Clara sul luogo di lavoro si sentiva animato da un sentimento ambivalente rispetto alla situazione. Per sue esperienze personali egli si sentiva “solidale” con la causa di Clara, che definiva una “poverella”, ma nonostante ciò, era convinto che si dovesse esonerarla dal lavoro per curarsi, non ritenendo che compito del suo ufficio fosse quello di “badarle”. Appariva molto arrabbiato con l'amministrazione che, affermava, non assumendosi l'onere di dichiarare l'inabilità di Clara al lavoro, semplicemente perché “se ne frega”, lo costringeva a “stare nell'illegalità”. Tale posizione emozionale del responsabile rispetto alla presenza di Clara appariva problematica in quanto la solidarietà si porta dietro la tolleranza, ma nulla di più.

L'arduo obiettivo sul quale si è lavorato con lui e le colleghe, dal momento che legale o illegale, giusto o sbagliato che fosse, Clara era rientrata a lavoro, è stato quello di provare ad individuare per lei un lavoro vero. Poco, semplice, ma vero. Ciò è stato possibile a partire dall'aver costruito un atteggiamento “laico” rispetto al suo reinserimento, che non appariva più come una pretesa a prescindere dai prodotti che si sarebbero costruiti. L'intervento è passato di sovente per delle azioni interpretative riorganizzanti le relazioni reciproche. Al momento del rientro di Clara ad esempio, nonostante fosse stato concordato da tempo, non era ancora disponibile un computer per lei. L'intervento in quel caso è consistito nel sollecitare il chiedersi che cosa nel frattempo lei avrebbe potuto fare, così come si sarebbe fatto nel caso in cui fosse stato qualcun altro a non avere un computer a disposizione, quindi la possibilità di lavorare. La presenza della psicologa in questo senso riveste un ruolo rassicurante, il contesto di lavoro non è più solo ad occuparsi di una situazione che non sa gestire: i dubbi, le difficoltà, le emozioni sperimentate possono trovare un contesto di condivisione nell'ambito di un più ampio progetto di intervento. A Clara viene assegnato il compito di trascrivere le pagine di alcune sentenze ed ella è molto rapida e precisa nel farlo. Nonostante il sostegno della psicologa, persiste però la tendenza di Clara all'isolamento, a “sparire” se non richiamata da altri alla relazione, tanto che spesso nei giorni in cui la psicologa non si reca sul luogo di lavoro lei passa l'intera mattinata senza accendere il computer, non chiedendo agli altri di attribuirle un compito, né spesso le segretarie lo fanno di loro iniziativa. Da loro e dal responsabile nel corso del tempo è più volte arrivata alla psicologa la richiesta di essere presente più della disponibilità che ha offerto, come se Clara andasse “seguita” costantemente.

Nel corso dei mesi Clara ha iniziato a ridurre il tempo della sua presenza a lavoro, in modo non concordato, fatto interpretato nel contesto di lavoro come segno di una sua probabile regressione. Di certo il tempo per Clara segue un suo orologio interno, molto più che gli accordi presi; è anche vero che il lavoro che è stato possibile costruire per lei è limitato e spesso si trova a non avere nulla da fare. Non condividiamo scontatamente la lettura del mutato comportamento di Clara come sintomo di una regressione, anzi pensiamo che il fatto che lei decida di chiedere di anticipare il suo ingresso al Centro Diurno possa essere interpretato, solo apparentemente in modo paradossale, come un prodotto del suo miglioramento. Oggi, certamente più di un tempo, lei soffre la condizione dell'essere lì senza fare nulla, la sua competenza e il suo desiderio a stare in relazione sono cresciuti. Questo non fa sì che Clara “sia guarita”, sarebbe probabilmente irrealistico pensare che lei possa costruire una reciprocità con gli altri tale da consentirle di continuare a lavorare al di fuori di una rete protetta. Peraltro in questo tempo la situazione ha richiesto al contesto di lavoro di Clara uno sforzo che riteniamo non si possa, né sia utile, continuare a richiedere a lungo.

Da qualche mese, tenuto conto di questi elementi e del fatto che la riforma del sistema pensionistico potrebbe in futuro rendere più complicato per Clara fare richiesta di un

pensionamento agevolato, nell'ambito dell'équipe referente del caso si è andata delineando l'idea che probabilmente questa sarebbe la strada più utile da seguire. Sembra che finalmente ci siano le condizioni per avviare un confronto più sereno su questo tema tra i vari attori in gioco. Non si tratta più di espellere Clara o di ignorarla, né di imporre la sua presenza. Il fratello di Clara, nonostante ciò, mostra di nutrire ancora delle resistenze rispetto all'ipotesi di un suo pensionamento anticipato, possibile attraverso una certificazione di inabilità al lavoro. Probabilmente egli nutre un senso di colpa per essersi allontanato tanti anni fa da Clara e dalla famiglia che lo porta a sottostimare le difficoltà della sorella. Riteniamo che il fatto che a lungo Clara abbia sostenuto di voler continuare a lavorare non facendolo, avesse a che fare con la difficoltà che sentiva a disattendere le aspettative del fratello.

Proprio rispetto a tale questione la psicologa ha lavorato con lei nell'ultimo periodo, nella convinzione che la priorità fosse evitare una condizione senza una funzione produttiva che la metta in rapporto agli altri.

Nell'ultimo incontro a cui hanno partecipato l'équipe del servizio, la psicologa, Clara e il fratello, la paziente, invitata ad esprimersi rispetto alla sua esperienza di lavoro, inaspettatamente (non avendolo mai fatto prima, neanche nel rapporto con la psicologa), ha dichiarato, in modo molto chiaro, il suo desiderio di terminare il lavoro e andare in pensione per riprendere a frequentare il Centro Diurno. Il fratello, sorpreso come tutti i presenti, l'ha lungamente interrogata rispetto a questa decisione stando su un piano concreto. Clara in modo molto competente e fermo, ha ribadito più volte la sua decisione, parlando di una stanchezza che vive nell'ambiente di lavoro e che si coglieva chiaramente nelle sue parole. La paziente faceva riferimento al contesto del Centro Diurno e a quello del lavoro come a due luoghi in cui le reciproche simbolizzazioni affettive sono molto diverse e ci stava dicendo che stare in un contesto produttivo, senza sentire di poter essere tale, era per lei troppo faticoso da sopportare.

Crediamo ora che il prodotto del reinserimento di Clara al lavoro sia rintracciabile nell'aver offerto l'occasione ai vari attori in gioco di elaborare lo strappo che si era verificato e di allargare il campo delle possibilità, anche a quella di una sua uscita concordata e programmata dal lavoro. Tale prodotto è stato raggiungibile, in definitiva, attraverso la messa in campo, nell'intero arco dell'intervento, di una funzione psicologica che ha aiutato i vari interlocutori a sviluppare la loro competenza a stare in relazione. Ciò è passato per il superamento di un'ottica psico-educativa, che aveva come unico oggetto Clara e il suo comportamento, a favore dello sviluppo di una competenza di tutti a riconoscere le emozioni nelle relazioni entro il contesto nel quale Clara vive, con un evidente effetto benefico per lei.

Cronicità, cambiamento e sviluppo

Abbiamo presentato due casi che nelle loro premesse sembravano destinati a rimanere entro un processo di cronicizzazione, proponendo la tesi che la lettura del problema, entro la proposta psicologico-clinica messa in campo, ne abbia invece consentito un'interessante evoluzione.

In quest'ultima parte del lavoro tenteremo di esplicitare quali specificità nel metodo di intervento utilizzato, rispetto al vasto panorama di teorie e prassi che orientano l'agire psicologico entro i servizi, abbiano consentito l'avvio di un processo che non si concretizzasse entro una cronicizzazione dei problemi.

A partire da un'analisi del termine "cronicità", proviamo ad esplicitare meglio il costrutto della nostra discussione: *cronicità* deriva da *chronos*, il tempo che fa giustizia; segna un'epoca dal suo principio alla sua fine; nella sua caratteristica di uniformità e irreversibilità non ha altri fini. La sua stessa etimologia ci suggerisce una caratteristica che riteniamo fondante il processo di cronicizzazione: l'assenza di fini, di obiettivi che guidino il lavoro. E' necessario in primo luogo chiederci dunque quale riteniamo sia l'obiettivo dell'intervento psicologico clinico. La tesi che proponiamo è che esso possa perseguire due strade tra loro inconciliabili: il cambiamento dell'altro "malato" in un'ottica diagnostica, o lo sviluppo del cliente, sia esso individuo, organizzazione, comunità, a partire dalla relazione.

Vediamo la prima: *il cambiamento*. Entro un modello che ragiona in termini di scarto dalla media dei comportamenti messi in atto rispetto ai comportamenti attesi, i problemi sembrano facilmente individuabili, specialmente entro il mandato sociale dei servizi di "cura". Come ha più volte sottolineato Carli (1987), il cambiamento terapeutico, considerato entro la prospettiva di ipotesi di sviluppo normale della mente, ha l'obiettivo di ripristinare tale sviluppo. Freud (1937) nelle sue considerazioni sul termine dell'analisi, in un famoso saggio, ha in parte assunto questa posizione rispetto all'idea di cronicità. Egli sottolinea che se da un punto di vista pratico è certamente possibile interrompere un trattamento psicoterapeutico, dall'altro, assumendo come presupposto i fini che si propongono analista e analizzato, ciò risulta certamente più problematico e in fin dei conti difficile da definire. Un buon criterio per terminare un'analisi potrebbe essere individuato, secondo l'Autore, nella scomparsa dei sintomi e nel superamento delle angosce ed inibizioni da parte del paziente, e da parte dell'analista nella convinzione che una continuazione del trattamento non comporterebbe alcun ulteriore cambiamento nel senso auspicato. Freud postula però l'ipotesi di un limite ai risultati ottenibili con l'analisi, rappresentato da ciò che egli definisce i fattori costituzionali dei sintomi nevrotici. Anche qui ci sembra che il riferimento alle caratteristiche del cliente come limite alle possibilità dell'analisi, ma potremmo dire più in generale dell'intervento psicologico-clinico, nasca dal presupposto che il problema sia rappresentabile a priori entro un sistema di attese coincidente con la remissione dei sintomi che hanno portato il paziente, o chi per lui, a richiedere l'aiuto dello psicoanalista. Di fronte al fallimento della collusione sulla possibilità di "risoluzione", ricorrere alla cronicità come ad uno stato che giustifica l'impossibilità di un cambiamento sembra l'unica modalità possibile per mantenere una rapporto. Ma a ben vedere "risolvere" e "cronicizzare" rappresentano le due facce di una stessa medaglia: il disfarsi della relazione.

Abbiamo parlato del conformismo come dimensione fondante il processo di cronicizzazione, esplicitiamo meglio questo aspetto: in un manuale di psichiatria (Ferrara & Germano, 1993) che fa riferimento al modello cognitivo comportamentale, viene detto che l'obiettivo della riabilitazione va individuato nel ripristino delle competenze sociali compromesse (i patterns comportamentali e affettivi e il ruolo sociale dell'individuo). Pensiamo al caso di Clara che esita invece nella sua richiesta di pensionamento anticipato, nel fatto che smetterà di andare a lavoro per recarsi al Centro Diurno. Ad una lettura superficiale, entro un'ottica conformista, questo evento può facilmente essere interpretato come una regressione sul piano delle competenze sociali della paziente, ma ciò a patto di trascurare molti elementi di contesto: la "falsità" della sua precedente condizione di lavoro, l'ignoramento a cui era sottoposta e soprattutto l'impossibilità per lei di esplorare ed esprimere i propri desideri, schiacciata dal sistema di pretese agite dal fratello nel rapporto con il contesto di lavoro e il servizio. Entro questi presupposti, la scelta della paziente rappresenta, a nostro parere, una speranza di sviluppo nella sua competenza a costruire relazioni, nell'idea che non soltanto "entrare", ma anche saper organizzare "l'uscita" da un contesto di lavoro, possa essere il prodotto di uno scambio.

La paziente compie una scelta competente, forse l'unica sensata entro un sistema che aveva prodotto una situazione senza possibilità di sviluppo, in quanto chiede di interrompere il rapporto di lavoro ed essere collocata in pensione non per chiudersi in un isolamento, ma per dedicarsi al lavoro che viene svolto presso il Centro Diurno, dove si sente maggiormente competente nel costruire rapporti e raggiungere gli obiettivi che li vengono proposti. Probabilmente, se pensiamo anche al caso di Anna, convincere la paziente a risolvere la questione semplicemente correggendo i suoi comportamenti alimentari, avrebbe irrigidito la relazione entro una dinamica di controllo reciproco senza possibilità di sviluppo. Nello stesso manuale la cronicità viene così definita come il persistere della disabilità legata alla malattia mentale, in seguito al fallimento di un trattamento adeguato. Viene dunque proposta l'esistenza di una tecnica adeguata, a prescindere da ciò che produce, e a chi viene erogata. All'atto tecnico segue la valutazione dell'altro in termini di esito, non la verifica del processo che concerne il rapporto. L'attenzione appare unicamente finalizzata al mantenimento della cosiddetta "alleanza terapeutica", spesso intesa come assenza di conflitto, entro un rapporto connotato dalla dipendenza acritica del paziente dal tecnico che agisce su mandato sociale. Così, in assenza di un obiettivo condiviso, la presa in carico del problema può

assumere un tempo indefinito o andare verso un fallimento della relazione dell'utente con i servizi, con conseguente interruzione dell'intervento, quello che in alcune ricerche sull'efficacia viene definito con il termine "drop out", inteso come una rinuncia, un abbandono da parte dell'utente "non concordato" con il terapeuta.

Come abbiamo visto, abbiamo proposto che nelle nostre esperienze gli eventi critici che si sono prodotti all'interno del rapporto con il terapeuta e i servizi hanno invece rappresentato utili elementi di conoscenza del problema per un suo sviluppo. Infine un'ultima importante notazione: l'intervento, nel modello proposto dagli Autori, concerne l'individuo. Il contesto e la famiglia, vengono presi in considerazione soltanto in quanto potenziali ostacoli al trattamento della malattia del paziente, poiché spesso non rinforzano i comportamenti adattivi, ma ne stimolano piuttosto la disfunzionalità. In questo senso anche loro devono essere "trattati": i soggetti della riabilitazione sono il paziente, ma anche i familiari o i terapeuti che si lasciano irretire in relazioni senza speranza di cambiamento (dal paziente) (Ferrara & Germano, *op. cit.*).

Un modo molto diverso di guardare alla crisi psichiatrica è leggerla come una crisi della convivenza, a carico di uno degli attori del sistema di convivenza stesso. In questa direzione va il contributo dello psichiatra Raffaele Galluccio (2011), che lavora in un Servizio di Salute Mentale di Reggio Emilia, nel suo articolo "Il servizio psichiatrico territoriale: mutamento istituzionale e nuova operatività"; l'Autore, in accordo con noi, prende una distanza dalla concezione diagnostica della malattia mentale intesa come essenza naturale, che si manifesta attraverso sintomi specifici, in favore di una lettura contestuale. Egli propone l'esistenza di due tipologie ideali di servizi psichiatrici attualmente operanti in Italia, che in quanto tali non esistono nella loro forma pura nella realtà, in cui sono sempre compresenti; le definisce rispettivamente "servizio clinico" e "servizio etico". Tali tipologie sono la risultante, nella tesi proposta dall'Autore, in accordo con una lettura condivisa da molti altri, della nascita di servizi eclettici dopo la legge 180, in cui coesistevano riferimenti differenti ed eterogenei. Tali tipologie non differiscono per il tipo di organico o di strutture che le compongono, ma lo fanno significativamente per quanto riguarda la definizione dell'oggetto del proprio agire, per le relazioni che intercorrono tra i membri dell'équipe e con i pazienti e il contesto, per la concezione implicita della cura che li guida, quindi per le pratiche e gli esiti del proprio agire. Tra le caratteristiche dei servizi clinici annovera la conformazione gerarchica di ruoli e funzioni dell'équipe, al cui interno il medico è descritto come depositario di un indiscusso potere con una ripetitività delle prassi seguite che, come dice Galluccio, producono e somministrano reificazione. La relazione con il paziente è descritta come "oggettivazione" della malattia, quella con il contesto sociale è caratterizzata dalla conferma di una visione del dolore psichico coartato in malattia mentale, mentre il servizio si propone come agente di terapia-controllo, la pratica è caratterizzata dalla somministrazione (di farmaci, lavoro, ricoveri...). Quali oggetti di lavoro del servizio etico vengono invece individuati "l'angoscia umana", "la coazione comportamentale" e "i disturbi della relazione". L'équipe viene descritta come maggiormente conflittuale ma anche più efficace. La relazione con il paziente viene messa al centro del lavoro, connotata dall'ascolto, dalla ricerca e dall'attribuzione di senso. All'interno della comunità l'équipe opera combattendo il pregiudizio di insensatezza della follia, di incomprendibilità del dolore del folle, e di imprevedibilità dei suoi comportamenti, utilizzando una modalità ostensiva, che fa riferimento alle azioni parlanti di Racamier, definita, sempre secondo l'autore citato: una modalità relazionale col folle tanto strutturalmente simile a quella che intercorre tra normali, quanto per questi inattesa e sorprendente. L'utilizzo dei termini "folle" e "normali", più volte ripetuto sorprende, appare desueto e in contraddizione con le tesi che si stanno proponendo, salvo poi ricomporre la scissione tra gli uni e gli altri annoverando tra gli obiettivi dell'équipe etica quello di promuovere una coscienza di malattia degli stessi "normali". L'équipe etica promuove l'evoluzione della relazione tra normali e folli, da relazione negativa e di esclusione, a relazione dialettica di inclusione; evoluzione che avviene principalmente attraverso il cambiamento dei normali (cura della normalità) e che richiede, come passaggio necessario, la critica della normalità ed il disvelamento della sua propria patologia, alla luce del senso della follia (Galluccio, *op. cit.*).

Questo contributo, dicevamo, a partire dalla critica della posizione diagnostica, ci sembra per molti versi vicino a quanto stiamo proponendo in questo lavoro. C'è però, una sostanziale differenza.

Ciò che orienta il lavoro di quella che viene definita "l'équipe etica" è la prescrizione di esiti sociali: la restituzione al diritto di cittadinanza, alla casa, al lavoro, le pratiche di inclusione, ecc., non la costruzione di obiettivi contingenti alla specifica relazione con un dato paziente inserito nel suo altrettanto specifico contesto. Quelli citati sono valori, linee di tendenza condivisibili, ma ci sembra manchi una teoria della relazione sociale e del modo di essere inconscio della mente, quindi la possibilità di proporre interpretazioni e azioni interpretative fondate su una lettura simbolica degli eventi che concernono i contesti e le relazioni. A tale proposito Carli e Paniccia (2005) propongono che soltanto attraverso una teoria del legame sociale sia possibile creare sviluppo nei contesti di contenimento della malattia mentale, invece che limitarsi a richiedere al contesto un atteggiamento di accettazione e sopportazione dell'estraneo-malato, rappresentato come una persona senza speranza di sviluppo. Limitarsi infatti a voler "includere", come a lungo si è fatto negli anni seguenti alla legge 180, chiedendo ai contesti di appartenenza dei pazienti di assumere su di sé il peso della gravità (dal latino *gravitatem*, che indica la qualità di un oggetto avente tendenza a cadere, che esercita un peso appunto), sottintende una simbolizzazione collusiva del paziente come un peso, eliminando qualsiasi possibilità di sviluppo delle relazioni tra questo e i suoi contesti di appartenenza. Ciò che invece nel caso di Clara è stato possibile, proprio attraverso la sospensione e la possibilità di pensare sulla fantasia di dover a tutti i costi "includere".

Un'ultima notazione interessante a proposito di questo caso; la psicologa nel contesto di lavoro è stata più volte scambiata per un'assistente sociale, per il semplice fatto che si trovasse lì, nell'assunto che il lavoro dello psicologo consista in altro e che abbia un setting proprio, a prescindere. Fantasia evidentemente condivisa da molti psicologi; ricordiamo che la stessa paziente era stata per anni seguita entro un setting psicoterapeutico, a prescindere dall'evidente difficoltà per lei di assumere una funzione resocontante rispetto alle esperienze che viveva nei suoi contesti di appartenenza. E' stato necessario entrare direttamente in rapporto con i suoi interlocutori, per poter cogliere le simbolizzazioni emozionali che al loro interno venivano agite e offrire degli elementi di comprensione ai vari attori in gioco. Questa è una funzione difficile da svolgere se si rimane ancorati a quello che si ritiene sia il proprio ruolo di psicoterapeuta, inteso unicamente come colui che istituisce una relazione duale finalizzata allo sviluppo di un pensiero sulle fantasie che vengono sollecitate dal rapporto con la realtà, entro uno specifico setting.

A meno che non si tenti di interagire con la variabilità del contesto nei modi in cui questo si presenta ci si troverà in molti casi schiacciati entro la dimensione di "invarianza" che caratterizza il processo di cronicizzazione. E' esattamente questo che intendiamo con l'utilizzo del termine sviluppo. Tornando a Freud, nello stesso saggio sopra citato, propone una considerazione che riteniamo cruciale in quanto può aiutarci a definire un aspetto fondamentale della domanda/problema portata dal cliente; egli sostiene che quando un conflitto pulsionale non è attuale, quando esso non si esprime, non c'è analisi che possa influenzarlo. Freud sottolinea quindi un aspetto essenziale della domanda di intervento di cui si occupa lo psicologo: "l'attualità" di un processo in atto. Crediamo che occuparsi del problema a partire dalla sua iscrizione entro un' "attualità" che va compresa, pensata e dotata di un senso, sia un passo importante verso la possibilità di prendere una distanza dalla dimensione diagnostica.

La proposta di utilizzare il termine "sviluppo", invece che "cambiamento", facendo riferimento all'obiettivo dell'intervento psicologico clinico, apre secondo noi ad una prospettiva epistemologicamente molto diversa, che attiene agli obiettivi della psicologia clinica e della psicoterapia, declinati entro un processo che prende avvio proprio a partire dall'analisi dell' "attualità" della domanda e non dal binomio "normalità/anormalità". Grazie ai contributi di Matte Blanco (1975) sulla biologica della mente possiamo oggi proporre un modello di intervento che prescinde da ambizioni di obiettivi di verifica di questo binomio, essendo invece in gioco il rapporto tra due sistemi di conoscenza, quello asimmetrico che esprime la logica cosciente o aristotelica, e quello simmetrico che corrisponde alla logica dell'inconscio secondo i principi di generalizzazione e di simmetria.

Carli e Paniccia (2003) hanno proposto di definire "analisi della domanda" la fase istitutiva della relazione tra il cliente e lo psicologo, volta ad analizzarne la fantasia collusiva in atto, attraverso

categorie di lettura che consentano di tradurre le dimensioni simboliche portate dal cliente entro la relazione clinica, in modo che si possa configurare uno spazio di sospensione dell'agito collusivo in atto, ed una sua elaborazione di senso e comprensione attraverso l'intervento psicologico. Come abbiamo visto nei casi proposti, noi riteniamo che lo sviluppo operi nel senso di rendere maggiormente consapevole il cliente delle rappresentazioni simboliche della realtà che fondano il suo agire entro le relazioni, attraverso criteri che utilizzano la relazione terapeutica per operare una costruzione di senso intorno alla problematica in atto, utilizzabile dal paziente e dai suoi contesti per una migliore competenza relazionale.

Bibliografia

Carli, R. (1987). *Psicologia clinica*. Torino: Utet

Carli, R. (2009). *Il tirocinio nelle strutture di salute mentale*. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 3-16.

Carli, R. (2011). *Malati psichiatrici e domanda psicoterapeutica nei servizi di Salute Mentale*. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 134-147.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2002). *L'analisi emozionale del testo*. Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi. Milano: FrancoAngeli,

Carli R., & Paniccia R.M. (2003). *Analisi della domanda. Teoria e intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

Carli R., & Paniccia R.M. (2005). *Casi clinici. Il resoconto in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino

Ferrara, M., & Germano, G. (1993). Riabilitazione in Psichiatria. In Cassano, G.B., & Pancheri, P. *Trattato italiano di psichiatria*. Milano: Masson

Freeman, T., Cameron, J.L., & McGhie, A. (1958). *Chronic Schizophrenia*. London: Tavistock Publications [Trad. it. *Schizofrenici Cronici*. Torino: Bollati Boringhieri, 1972].

Freud, S. (1937). *Die endliche und unendliche Analyse*. [Trad. it. *Analisi terminabile e interminabile*, Torino: Boringhieri, 1999]

Galluccio, R. (2011). Il servizio psichiatrico territoriale: mutamento istituzionale e nuova operatività: *Rivista Sperimentale di Psichiatria*, 1. Retrieved from: www.psichiatriademocratica.it

Klein, M. (1957). *Envy and Gratitude: A Study of Unconscious*, London: Tavistock Publications. [Trad. it. *Invidia e gratitudine*, Firenze: G. Martinelli, 1969].

Matte Blanco, I. (1975). *The Unconscious as Infinite Sets: An Essay in Bi-Logic*. London: Gerald Duckworth & Company. [Trad. It. *L'inconscio come insiemi infiniti: Saggio sulla bi-logica*. Torino: Einaudi, 1981].

Salvatore, S. (2006). *Modelli della conoscenza ed agire psicologico*. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3, 121-134.

La valutazione del rischio psicosociale in Ospedale

di Filomena Brescia*, Gabriella Mazzeo*

Abstract

Il presente articolo propone un caso di valutazione del rischio psicosociale presso un Ospedale romano in attuazione di quanto previsto dal Testo Unico sulla Sicurezza sul lavoro. Chi si occupa di tale valutazione potrebbe adempiere a una norma senza occuparsi della domanda della committenza, delle attese della dirigenza e lavoratori, della fruibilità dei risultati. Per lo psicologo si tratta di passare da produrre documenti ad attivare interesse e sviluppo nel contesto di intervento. Nell'articolo si analizzano 2 rappresentazioni sociali del lavoratore, veicolate dalla normativa sulla sicurezza sul lavoro: come persona con specifiche motivazioni che contratta con gli altri le regole del luogo di lavoro o come individuo vulnerabile fisicamente e mentalmente. Ne derivano visioni della valutazione molto diverse: analisi delle relazioni organizzative o diagnosi di disfunzioni individuali. Si analizzerà il processo di valutazione sviluppato con il Servizio Prevenzione e Protezione Rischi dell'Ospedale responsabile dell'attività: il rapporto tra funzione tecnica e consulenziale del Servizio e come attivare partecipazione nella Dirigenza Strategica ospedaliera, nelle figure di coordinamento, nei 2000 lavoratori. I risultati dell'indagine mostrano livelli di rischio significativi collegati al conflitto con le funzioni gestionali, alla pressione da parte di familiari e pazienti, al vissuto di isolamento degli operatori sanitari rispetto alle denunce alla magistratura, mostrando i limiti della medicina difensiva. E' presentato successivamente il lavoro di formazione con gli operatori di Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso per intervenire sugli elevati livelli di rischio riscontrati e sugli eventi sentinella legati alle frequenti aggressioni entro quella Unità Operativa.

Parole chiave: stress lavoro correlato; psicologia e sicurezza sul lavoro; cultura dell'ospedale; eventi sentinella; intervento psicologico nel Pronto Soccorso; intervento psicologico in ospedale

Introduzione

Proponiamo il resoconto dell'intervento di valutazione del rischio psicosociale¹, realizzato presso l'Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri di Roma. Di questo intervento ci siamo occupate dapprima nel tirocinio come specializzande di SPS², successivamente come consulenti per il Servizio Protezione e Prevenzione Rischi dell'Ospedale (SPPR).

La valutazione rappresenta un obbligo del datore di lavoro, come stabilito dal Testo Unico sulla Sicurezza sul Lavoro. Entro questa cornice si pone, per lo psicologo consulente, il rischio di assumere una posizione di traduzione acritica delle richieste della committenza, in una adempitiva applicazione di tecniche entro l'obbligo previsto dalla legge. In tal caso si perde l'occasione di sviluppare con il committente un pensiero sull'uso che questi potrà fare della valutazione. Inoltre lo psicologo può proporsi di diagnosticare e sanare aspetti del comportamento organizzativo, come l'assenteismo o i comportamenti non collaborativi. Alternativamente ci si occupa della domanda, delle dimensioni simboliche vissute da chi partecipa della realtà organizzativa, contribuendo a un pensiero sulla relazione tra l'organizzazione e i lavoratori che ne fanno parte.

* Psicologa clinica, Specialista in psicoterapia psicoanalitica, intervento psicologico clinico e analisi della domanda.

¹ Altrimenti definito stress lavoro correlato; in questo lavoro si fa la scelta, che argomentiamo in seguito, di definirlo rischio psicosociale.

² SPS, Studio di Psicosociologia, una scuola di psicoterapia psicoanalitica che forma a intervenire psicoterapeuticamente entro contesti, come ad esempio l'Ospedale.

Nel caso che presentiamo abbiamo lavorato entro la partnership tra SPS e SPPR, in un progetto orientato a costruire, a partire dal vincolo normativo, una opportunità di sviluppo del contesto ospedaliero. In questo lavoro proponiamo l'esplorazione della domanda che ci è stata rivolta in Ospedale come caso di intervento psicologico clinico entro un'organizzazione del tutto coerente con la nostra formazione psicoterapeutica. Ci riferiamo in particolare alla possibilità che la funzione psicologica supporti i contesti organizzativi nello sviluppo della competenza a pensare le emozioni.

Il lavoro degli psicologi entro mandati normativi: tra adempimento e sviluppo

Nella valutazione del rischio psicosociale, psicologo e cliente si incontrano intorno all'esigenza di rispondere a una norma. L'usanza diffusa di produrre documenti per risolvere sulla carta, dunque in modo falso, obblighi di legge che dovrebbero affrontare questioni critiche è un sintomo della sfiducia nella possibilità di intervenire sui problemi, in particolare quei problemi che originano dal fallimento della collusione nella relazione organizzativa³. Rispetto alle sollecitazioni a occuparsi dei problemi si può rispondere con agiti conformisti, che perpetuano modalità relazionali usuali; si evita così di dare senso ai fallimenti collusivi la cui interpretazione potrebbe aprire a nuove modalità di rapporto nel sistema di convivenza. Aderendo collusivamente alla cultura dell'adempimento, psicologo e cliente non colgono le risorse potenzialmente a loro disposizione: leggi che introducono azioni migliorative di situazioni di disagio, per esempio, non sono intese come opportunità.

Se ci si è ancora al mandato normativo, si può dire che l'intervento esiste perché esiste un obbligo da realizzare. Per il senso comune la norma è condizione sufficiente a produrre i comportamenti attesi. Pensiamo però a casi critici, ad esempio alla difficoltà a far diventare prassi comune l'uso dei dispositivi di protezione individuale, come guanti o caschetti, in un settore con alto numero di infortuni come l'edilizia. Nella prospettiva psicologico clinica le decisioni, le scelte, i comportamenti sono la traduzione in azione di culture collusive che le persone condividono. Il passaggio dalla norma alla sua attuazione richiede di trattare la dinamica collusiva del consenso; la parola consenso, dal latino *consensum*, sentire insieme, concordare, evoca relazioni molto diverse dalla dipendenza asimmetrica che dà per scontato l'adesione a quanto richiesto da un potere. Richiede un lavoro di ridefinizione delle finalità valoriali in obiettivi pragmatici, nonché la comprensione del senso culturale che l'attuazione di una legge assume entro uno specifico contesto. In Ospedale ci siamo chieste, in primo luogo, quale senso avesse per gli operatori sanitari l'adeguarsi o il lamentarsi delle disposizioni stabilite dall'alta gerarchia.

Una analisi culturale della normativa in materia di stress lavoro-correlato. La frammentazione dell'oggetto sociale.

In Italia, come è noto, la normativa in materia di sicurezza è stata riorganizzata a seguito di sollecitazioni del Consiglio Europeo⁴. Un primo elemento che possiamo cogliere, nella traduzione italiana delle indicazioni europee, è lo slittamento da una prospettiva orientata al miglioramento delle condizioni dei lavoratori ad una dimensione di tutela della salute. Nel Patto europeo per la salute mentale del 2008 si legge: "Occorre [...] migliorare la produttività sfruttando il potenziale inutilizzato a causa dello stress e delle malattie mentali". Possiamo cogliere qui il riferimento a una domanda di incremento della produttività connessa alla condizione psicologica dei lavoratori. Inoltre si parla di culture e stili di direzione, accanto a categorie più individuali (tossicodipendenti, alcolismo, malati mentali). In Italia con il d.lgs.81/2008 il problema stress lavoro-correlato è collegato a categorie come donne e uomini, donne in stato di gravidanza, stranieri, anziani e giovani. Si configura la valutazione come una sommatoria di atti diagnostici da eseguire su categorie sociali predefinite e che mettono in atto una frammentazione che difficilmente potrà dare

³ Nel nostro lavoro utilizziamo un modello di analisi e intervento sulla relazione i cui presupposti concettuali, che fanno riferimento a una teoria psicoanalitica del rapporto sociale, si possono rintracciare in Carli & Paniccia, 2011.

⁴ Un primo passaggio è avvenuto con il decreto legislativo 626/94, poi con il decreto legislativo 81/2008 infine col decreto legislativo 106/2009.

criteri esplorativi per comprendere l'insieme del fenomeno. Questo processo di separazione è, a nostro parere, influenzato dalla cultura della tecnicità, che segmentando spiega i meccanismi interni all'oggetto di cui si occupa, ma non vede le relazioni tra l'oggetto e il contesto di riferimento, nemmeno quando si tratta di un oggetto sociale. La funzione psicologica può offrire modelli di lettura dei problemi delineati, alternativi alla scissione dei problemi in innumerevoli sotto categorie e attenti alla relazione.

La medicalizzazione del conflitto

Esplorando i testi normativi sul rapporto tra lavoro e sicurezza cogliamo due immagini diverse: da un lato un'immagine del lavoratore come persona vulnerabile, a rischio, dall'altro come una persona con una dignità, ovvero quella condizione di nobiltà morale in cui l'uomo è posto dal suo grado, dalle sue intrinseche qualità, dalla sua stessa natura di uomo⁵. L'uso della parola dignità caratterizza la fase storica degli anni Settanta: la ritroviamo nello Statuto dei lavoratori. E' il momento in cui con il boom economico e l'industrializzazione del Paese, intorno alla questione del lavoro si sviluppano forti conflittualità, fino all'autunno caldo del 1969⁶. La persona con dignità è quella che rivendica i suoi diritti. Gli operai chiedono di intervenire sugli accordi che riguardano i salari e l'orario di lavoro⁷. Seguirà, nella storia italiana, una stagione di profonda sfiducia nel cambiamento e di progressiva negazione delle potenzialità del conflitto sociale, fino a valorizzare oggi l'a-conflittualità⁸, intesa come "modalità di relazione che si fonda sul conformismo sociale, ossia sulla pretesa che ci si attenga doverosamente a una normatività, a delle regole dettate da un potere indiscutibile, che non ammette spazi di autonomia e di pensiero" (Baraldi et al., 2011, p.66). Possiamo cogliere tale passaggio nella legge 81/08: si parla di salute dei lavoratori, il problema è medicalizzato e sganciato dalle relazioni organizzative per iscriverlo nel corpo del lavoratore. Nel rapporto tra datore di lavoro e lavoratori, la contrattazione di regole è sostituita dalla visione medicalizzata⁹ che trasforma il conflitto in stress, in fenomeno interno al corpo o alla mente del lavoratore, in patologia da curare o eliminare, un vizio che rende quel lavoratore pericoloso, improduttivo, inefficace. L'atteggiamento medicalizzante che trasforma il conflitto tra parti sociali in malattia dell'individuo può essere inteso come il tentativo di trovare nella promozione di salute un'alternativa al confrontarsi con dinamiche di contrattazione¹⁰.

⁵ Vocabolario Treccani (Treccani.it).

⁶ Nel settembre 1969 Francesco De Martino, leader del partito socialista, intervenendo in aula disse: "L'autunno potrà essere veramente caldo". In quei mesi si susseguivano scioperi e assemblee nelle principali industrie italiane, in rapporto al rinnovo dei contratti di lavoro. Accanto alle richieste degli operai, i movimenti studenteschi chiedevano una maggiore tutela del diritto allo studio. Il termine *autunno caldo* è stato utilizzato dalla stampa anche nel settembre 2011, in relazione alle manifestazioni contro il governo Berlusconi.

⁷ Si veda Crainz, 2005, p.188.

⁸ Sul concetto di aconflittualità si veda Carli, 2010, pp. 1-3.

⁹ A proposito del concetto di medicalizzazione si veda Di Ninni (2011): "il discorso della medicina ha pervaso la nostra cultura, fornendo e imponendo al tempo stesso tracce della sua logica a questioni centrali dell'uomo, intervenendo sulla nascita, sulla morte, sul piacere, in una parola producendo una *medicalizzazione* della vita. (...). Il passaggio dall'attenzione all'ascolto dei sintomi alla certezza della patogenesi attraverso l'osservazione dei tessuti, rende la medicina orientata all'indagine sulla malattia piuttosto che al malato. In estrema sintesi la domanda di senso legata all'esperienza della sofferenza si riduce a richiesta di prestazioni sanitarie" (p.39).

¹⁰ Sulla critica del concetto di salute in psicologia si veda Carli & Paniccia (2010): "Si sosteneva la limitatezza di una visione della psicologia relegata all'individuo, l'indefinitezza e l'ambiguità di un costrutto come quello di "salute", se applicato alla psicologia. Aggiungiamo la forte ambiguità e la valenza fuorviante del costrutto di "benessere" applicato alla psicologia, sia alla psicologia individuale che a quella organizzativa. Il benessere, costrutto storico e contestuale, appare come una proposta scontata e al contempo ambigua. Che significa "domanda di benessere"? Quando mai, chiunque di noi, può affermare di essere in una condizione di benessere o di aspirare al benessere? [...] I sistemi organizzativi, se vogliono perseguire sviluppo, innovazione, efficienza, debbono inseguire il benessere o perseguire obiettivi? Potremmo continuare, vedendo come la parola benessere, nel suo inutile ammiccamento a qualcosa di "positivo", sia storicamente disancorata da ogni possibile lettura psicologica, sociologica, economica, storica,

In un panorama culturale di questo tipo il lavoratore è oggi considerato come persona priva di potere negoziale e della competenza a partecipare a un processo di produzione. Se nella dinamica relazionale del conflitto si esprime la contrapposizione tra portatori di interessi che si contendono quote di potere su un oggetto terzo e verificabile, cui tutte le parti in gioco partecipano, come ad esempio la produttività, lo sviluppo e l'eccellenza, lo slittamento culturale sul concetto di salute/malattia sposta il conflitto su un oggetto non più verificabile in quanto obiettivo molto generale, valoriale e potenzialmente senza limiti. La rappresentazione di fenomeni sociali come malattia produce soggetti malati, isolati dal sistema organizzativo. Allo stesso tempo, parlare di malattia nella nostra cultura sembra indurre alla speranza, alla fiducia nelle azioni di cura. La valutazione dello stress lavoro-correlato porta in sé questa ambivalenza, che ci sembra utile cogliere per la funzione psicologica interpellata ad occuparsene.

Il caso dell'Ospedale: applicazione di tecniche individualiste o intervento sulla cultura

Vediamo come nasce il progetto di valutazione in Ospedale. È chiamato a occuparsene il Servizio Prevenzione e Protezione Rischi (SPPR), Unità Operativa in staff alla Direzione Strategica¹¹. La psicologa di SPPR chiede una collaborazione a SPS per sviluppare un piano di intervento che realizzi quanto richiesto dalla norma, e sia un'opportunità per promuovere la competenza organizzativa di quanti lavorano in ospedale. Un prima proposta nella relazione con la committenza è stata rivedere criticamente, riflessivamente, la dimensione di obbligo normativo ed esplorare le dinamiche simboliche che sostanziano la richiesta di intervento.

In questa fase facevamo parte del gruppo di lavoro attivato ad hoc entro il Corso di specializzazione, impegnato a costruire ipotesi sul problema che si intendeva rilevare. Il gruppo di lavoro, cui partecipavano SPPR e i consulenti SPS, condivideva l'idea che il problema dello stress riguardasse non singoli individui, ma specifiche culture: il rischio psicosociale ha la sua sede di riferimento e di studio entro le relazioni che si sviluppano tra le differenti componenti dell'organizzazione (Carli, 2012). Nella lettura psicologico clinica, il fenomeno stress attiene ai vissuti collusivamente condivisi, al modo con cui gli individui che operano in un'organizzazione simbolizzano la relazione lavorativa. Nella letteratura sullo stress questo costrutto è definito, a prescindere dai contesti, in termini fisiologici, universali e riconoscibili per la presenza di sintomi ostensibili. Nella proposta psicologico clinica il concetto di stress si contestualizza per cogliere la sua accezione "locale". Intervenire sullo stress in questi termini implica promuovere la competenza a nominare con nuove categorie i problemi e le relazioni. Abbiamo così proposto di chiamare lo stress rischio psicosociale; con questi termini da un lato si faceva riferimento a una delle radici storiche dell'ottica psicoanalitica adottata da SPS, la psicosociologia francese, dall'altro si adottavano parole immediatamente evocatrici che facilitassero il rapporto con il cliente. L'obiettivo era sollecitare un reale uso della valutazione come occasione per capire i problemi dell'Ospedale circa i rischi lavorativi.

La valutazione del rischio psicosociale: la ricerca intervento

La valutazione si è sviluppata in due fasi. Nella prima la psicologa di SPPR, insieme agli specializzandi SPS, ha realizzato dei focus group, coinvolgendo diverse figure professionali e chiedendo di parlare delle questioni lavorative vissute come problematiche, presso 15 Unità Operative rappresentative delle principali linee di attività dell'Ospedale. Il testo dei focus group è stato analizzato tramite l'Analisi Emozionale del Testo¹², che ha consentito una prima indagine

politica o religiosa dei fenomeni che caratterizzano la convivenza e i suoi conflitti, le vicende delle persone, dei popoli, dei gruppi sociali nel loro contesto" (p.7).

¹¹ Per approfondimenti sulla funzione di SPPR e la sua organizzazione si veda Atzori (2010, pp. 1-4).

¹² La metodologia dell'Analisi Emozionale del Testo consente di costruire conoscenza sulle trame emozionali che attraversano un testo. Qui per testo intendiamo il discorso prodotto da persone che partecipano ad un medesimo contesto, che sono in rapporto con uno stesso oggetto. In altre parole, AET consente di rilevare e analizzare i processi collusivi che organizzano la convivenza nei diversi contesti. Per approfondimenti si veda: Carli & Paniccà (2002).

esplorativa sui processi collusivi che organizzano i rapporti nell'Ospedale. Nella seconda fase sono state coinvolte tutte le UUOO dell'Ospedale mediante un questionario ISO¹³ costruito ad hoc anche a partire dai risultati della prima fase. I risultati della valutazione evidenziano 3 aree di rischio¹⁴.

Prima area di Rischio Psicosociale – Il rapporto con la gerarchia che gestisce l'Ospedale

Si contrappongono in questa area due culture. La prima lamenta la scarsa competenza manageriale dei vertici gerarchici: si pensa che chi dirige l'Ospedale non sia interessato a promuovere sviluppo, a valorizzare i risultati, a perseguire gli obiettivi dell'azienda. Si propone una dipendenza sfiduciata in cui ci si sente in balia, ma al contempo si affida totalmente la responsabilità rispetto ai problemi organizzativi ad una gerarchia vissuta come incompetente. All'opposto, si presenta il contesto ospedaliero come "il migliore dei mondi possibili", dove tutto funziona al meglio, si è soddisfatti del proprio lavoro, si pensa di essere guidati da una gerarchia amichevole, volta a promuovere la collaborazione e offrire sempre più elevate opportunità di sviluppo. I modi opposti di stare in rapporto alla gerarchia che gestisce l'Ospedale sono in evidente conflitto tra loro, nella difficoltà di sviluppare ipotesi condivise sui problemi organizzativi dell'Ospedale.

Seconda Area di Rischio Psicosociale – rapporto con le dinamiche di lavoro

Anche la seconda area di rischio si divide in due modi distinti di vivere il lavoro, in rapporto alle dinamiche interne al lavoro stesso. Da un lato emerge un vissuto di accerchiamento. Gli operatori vivono il lavoro nell'area sanitaria come soggetto a minacce incombenti e inevitabili. Sono vissuti come minacciosi i rapporti con malati e familiari, ma anche l'organizzazione del lavoro con turni faticosi; si teme l'intervento della magistratura. Sull'altro versante gli operatori sembrano trovare un antidoto allo stress nel conforto che deriva dai rapporti di fiducia e solidarietà con i colleghi. Sono sempre presenti situazioni critiche ma la competenza a comunicare, a saper collaborare e lavorare in gruppo offrono una compensazione rispetto alle condizioni stressanti.

Questa seconda area di rischio appare meno problematica della prima poiché se da un lato evidenzia elementi di criticità, dall'altro fa riferimento a risorse possibili del lavoro sanitario.

Terza Area di Rischio Psicosociale – rapporto con i problemi specifici del contesto sanitario

La terza area di rischio si caratterizza per la consapevolezza delle difficoltà legate al lavoro ospedaliero che mette a contatto con malattie difficili, con la morte e l'impossibilità a curare. Ai problemi citati, tuttavia, si contrappone la valorizzazione del proprio operato entro l'Ospedale. Si ha fiducia nella propria competenza professionale e si pensa che le attività possano essere organizzate in modo efficiente entro la propria struttura d'appartenenza. Si punta a realizzare gli obiettivi aziendali, a lavorare sodo, si considera fattore di successo l'essere innovativi e il dimostrare interesse per i pazienti.

In sintesi, si tratta di un modo di vivere il lavoro nell'Ospedale che fa leva sul sentimento di efficacia e competenza professionale per compensare lo stress legato al confrontarsi con patologie gravi. In questa cultura si rilevano solo modesti segni di rischio psicosociale.

Il Servizio Prevenzione e Protezione Rischi: tra funzione tecnica e di consulenza

Iniziamo il tirocinio presso SPPR durante la prima fase della ricerca-intervento, avviando rapporti con gli operatori del Servizio e con l'organizzazione ospedaliera. Il nostro obiettivo era utilizzare le occasioni di incontro e di scambio con gli operatori del Servizio per contribuire a rendere parlabili,

¹³ "STRUMENTO ISO (Indicatori di Sviluppo Organizzativo), è un questionario che si basa su tre elementi: Pool di Modelli SPS per l'analisi dell'organizzazione, Espressioni linguistiche specifiche della popolazione/problema ricavate tramite AET, Obiettivi della committenza. L'uso di AET e/o strumento ISO è connesso alle caratteristiche della popolazione-cliente e agli obiettivi della committenza" (Cavaliere, 2003 p.3). Per maggiori approfondimenti si veda anche Carli, Paniccia & Salvatore, 2004, p.30.

¹⁴ Si veda, nello stesso numero della Rivista: "Il rischio psicosociale nell'Azienda Ospedaliera San Filippo Neri. Studio di Psicosociologia per il Servizio di Prevenzione e Protezione Rischi".

quindi pensabili le azioni connesse alla valutazione del rischio psicosociale. Ci riferiamo alla possibilità di definire un problema a partire dal riconoscimento di un vissuto. In questo caso si trattava di accompagnare la progettazione delle diverse fasi della valutazione con momenti di riflessione che consentissero di dare un nome ai problemi¹⁵ che via via si incontravano.

Una prima questione emersa in uno dei primi colloqui di istituzione del tirocinio, con la tutor, psicologa del Servizio, riguarda le caratteristiche di SPPR. Si tratta di un servizio trasversale che, a seguito dell'approvazione del decreto legislativo 626/94, agisce a supporto della direzione dell'azienda ospedaliera per la tutela della sicurezza e della salute dei lavoratori. In esso si sono sviluppate nel tempo due aree di intervento: la prima, ove operano medici e infermieri, si occupa della funzione di sorveglianza sanitaria, ovvero di tutela della salute dei lavoratori dai rischi connessi alle specifiche mansioni svolte; la seconda è orientata prevalentemente alla valutazione dei rischi e alla predisposizione di adeguate misure preventive. L'intervento della psicologa si colloca in questa seconda area, caratterizzata o dalla presenza di varie competenze professionali (medica, psicologica, degli addetti alla sicurezza).

L'evoluzione normativa in materia di sicurezza, sollecitava la promozione di una logica di intervento strategico, entro "il passaggio dalla sicurezza vissuta come problema (perché è altro rispetto al processo di produzione) alla sicurezza interpretata come progetto di managerialità" (Atzori, 2010, p. 1).

Rispetto a tale passaggio, abbiamo colto una domanda di integrazione tra azioni e funzioni da parte degli operatori del Servizio. Un primo passo ipotizzato con la psicologa è stata la proposta di azioni che andassero verso un'implicazione di tutto SPPR nel progetto di valutazione. Siamo partite dalla condivisione del senso dell'intervento che si stava avviando: attraverso la valutazione del rischio psicosociale SPPR si proponeva con una offerta consulenziale nei confronti dell'Ospedale. Un'offerta che per essere pensata e organizzata richiedeva il coinvolgimento sia della Direzione Strategica che dei gruppi di lavoro degli operatori sanitari.

Lo scambio con gli addetti alla sicurezza, in particolare, ci ha consentito di raccogliere informazioni importanti sulla cultura e le pratiche diffuse in Ospedale. Ci ha permesso, inoltre, di cominciare a rilevare un interesse a comprendere una dimensione della cultura ospedaliera: come tenere insieme azioni attente a dimensioni tecniche con azioni centrate su dimensioni relazionali, come ad esempio l'integrazione tra indicatori oggettivi e soggettivi di rischio.

Un altro aspetto rilevante di cui ci siamo occupate è stato il coinvolgimento nella valutazione di tutto il personale ospedaliero, implicato nella applicazione del questionario ISO. Molta attenzione è stata rivolta al come attivare l'intero Ospedale: come convocare e soprattutto motivare le UUOO? Di fatto la seconda fase di intervento è cominciata con la proposta di incontri di diffusione e discussione dei risultati ottenuti nella prima fase esplorativa. Si è trattato non di presentare i dati, ma di costruire un'implicazione a partire dai dati, tenendo viva l'esperienza della valutazione e promuovendo riflessioni sul funzionamento organizzativo dell'Ospedale a partire da una conoscenza della sua cultura. Abbiamo poi distribuito il questionario ISO a tutte le Unità Operative, individuando in ciascuna dei referenti che coordinassero la rilevazione all'interno della propria UO. La risposta è stata più che soddisfacente: abbiamo raccolto 956 questionari validi compilati dalle diverse figure professionali, circa il 60% delle persone che lavorano in Ospedale.

A chi appartengono i risultati?

Alla conclusione della applicazione del questionario la tutor ha dovuto assentarsi per alcuni mesi. Abbiamo ipotizzato con lei che durante la sua assenza avremmo proseguito la valutazione dialogando con le altre funzioni di SPPR. Si stava prospettando una possibilità di maggiore condivisione di criteri e di strategie entro il Servizio, pur nella differenziazione di competenze tecniche e funzionali, a partire dal comune interesse a realizzare la valutazione del rischio psicosociale che per la prima volta il Servizio si stava cimentando. Avviamo un più diretto

¹⁵ Moscovici nella teorizzazione delle rappresentazioni sociali dice: "ciò che è anonimo, innominabile, non può divenire un'immagine comunicabile, o essere prontamente collegabile ad altre immagini [...] In altre parole ciò che prima era negato ora è ammesso" (Moscovici & Farr, 1989, pp. 52-53).

confronto con la Responsabile, per organizzare la fase di restituzione all'interno dell'Ospedale dei risultati della valutazione. Nel dialogo con la Responsabile emerge l'interesse a predisporre azioni per mantenere vivo il processo di valutazione e fare in modo di rendere gli esiti della valutazione non "un documento in un cassetto", ma una risorsa per comprendere aspetti problematici dall'esperienza quotidiana degli operatori. Una prima soluzione sembra essere la presentazione alla gerarchia dell'ospedale di indicazioni concrete, suggerimenti tecnici ben precisi per trattare i problemi riscontrati. Accanto a questo con la Responsabile recuperiamo l'interesse della Direzione, in particolare quella Sanitaria e del personale delle UUOO su alcune questioni vissute come rilevanti nel lavoro ospedaliero. Questo interesse poteva funzionare come leva per dialogare in primo luogo con la Direzione Strategica in una funzione consulenziale facendo della valutazione uno strumento per evidenziare e trattare i problemi organizzativi.

Proponiamo alla Responsabile che sarebbe stato efficace fare delle riunioni in cui discutere i risultati con tutto SPPR, per poterli elaborare prima di presentarli al di fuori del Servizio. Ci dice che si sarebbe occupata lei stessa di convocare la riunione con addetti, medici e infermiere. Ci sembra un buon risultato dello scambio con lei. I risultati della valutazione stavano diventando attivatore di confronto sui vissuti nel contesto lavorativo.

Prepariamo l'invito ad un incontro parlandone con gli addetti alla prevenzione, gli operatori del Servizio con cui c'era stata maggiore collaborazione durante i mesi precedenti. Nella conversazione si cominciano a vedere con maggiore chiarezza punti di contatto tra le varie attività che SPPR aveva in corso: il lavoro di indagine sugli infortuni e le rilevazioni di problemi strutturali da un lato, l'intervento sulle culture dall'altro. La riunione interna a SPPR, rivolta a tutte le figure professionali e orientata a una riflessione condivisa sul lavoro in corso, era anche un primo modo per verificare i risultati con un gruppo di operatori dell'Ospedale.

L'implicazione della gerarchia: Direzione Strategica dell'ospedale, Direttori di UOC, Responsabili di UOS e Coordinatori tecnici e infermieristici.

La Responsabile del Servizio in un incontro con i Direttori Generale e Sanitario concorda di convocare Direttori e Responsabili delle UUOO e i Coordinatori infermieristici e tecnici per la restituzione dei risultati. Già nelle fase esplorativa, incontrare i Direttori, i Responsabili e i Coordinatori era stato utile per condividere il senso della valutazione: molti referenti si riconoscevano nelle rappresentazioni culturali che SPPR stava proponendo loro. A seguire, con SPPR abbiamo organizzato incontri il SAIO (Servizio Assistenza Infermieristica e Ostetrica), il CTSR (Coordinamento Tecnici Sanitari e della Riabilitazione), i Coordinatori infermieristici e tecnici, i Direttori delle Unità Operative amministrative, informando sui livelli di rischio psicosociale, ma soprattutto avendo informazioni sulle questioni vissute come problematiche dalle diverse aree funzionali.

In questa fase SPPR investe in particolar modo sul confronto con la Direzione Amministrativa e ciò ha permesso di approfondire il rapporto tra cultura della cura e cultura gestionale in Ospedale¹⁶. Molto spesso entro la cultura ospedaliera ci è sembrato di cogliere la preminenza della funzione medica sull'area amministrativa che comprende anche tutto il personale tecnico, dagli elettricisti ai cuochi.

SPPR, parallelamente alle attività realizzate per implicare l'area amministrativa, stava progettando in collaborazione con SPS l'intervento sulle aree di rischio individuate.

Anche in questa fase è stato possibile portare avanti le attività lavorando a coinvolgere e motivare le diverse aree funzionali. Un risultato di questa interlocuzione è stato il poter cogliere una

¹⁶ Nell'esperienza di valutazione che stiamo resocontando abbiamo colto la problematicità della scissione entro l'organizzazione ospedaliera tra una parte che persegue obiettivi di cura e una parte attenta a dimensioni gestionali. E'importante a tal proposito ricordare come i processi di aziendalizzazione abbiano promosso, nelle strutture sanitarie, una razionalizzazione nell'uso delle risorse e nella definizione degli obiettivi. La capacità degli ospedali di specializzarsi ed evitare ricoveri inappropriati è un aspetto fortemente valorizzato nelle politiche sanitarie degli ultimi anni.

domanda di formazione e consulenza per gli operatori dell'Ospedale sia nell'area medica che in quella amministrativa.

Lo scambio avviato con i Direttori delle unità amministrative è stato molto ricco e ha consentito di far emergere una domanda legata allo sviluppo di competenze per gestire i gruppi di lavoro.

A partire dai dati della ricerca e dalle informazioni raccolte, è stato proposto un intervento, rivolto a quattro UUOO, orientato a discutere con gli operatori il funzionamento organizzativo dei gruppi in cui sono inseriti. L'ipotesi è che approfondire la conoscenza delle dinamiche in cui si è immersi rappresenti in se' un intervento orientato a promuovere cambiamento. A ciascuna Unità Operativa abbiamo proposto un seminario organizzato in due incontri: il primo dedicato alla riflessione sulle dinamiche coesive e conflittuali entro i gruppi di lavoro, il secondo ad aprire uno spazio per l'analisi di eventi critici vissuti dagli operatori nella vita di reparto.

I seminari con gli operatori dell'UO di Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso

Abbiamo cominciato incontrando il personale dell'Unità Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso (MUPS). Il personale dell'Unità è stato diviso in quattro gruppi, e ogni gruppo riuniva una équipe di lavoro. Con ciascun gruppo sono stati effettuati due incontri di tre ore, a distanza di circa un mese l'uno dall'altro. Qui di seguito proponiamo le questioni trattate nel rapporto con gli operatori.

A cosa serve questo lavoro di formazione? I partecipanti ci hanno posto questa domanda all'avvio degli incontri. Una questione che si è evidenziata è la discrasia tra la percezione di noi consulenti di essere dentro un processo fatto di fasi faticosamente progettate e realizzate, e la percezione degli operatori di partecipare a incontri che si posizionano nella vita dell'Ospedale come per caso. Molti ci dicono di non ricordare di aver compilato il questionario, oppure che entro la propria UO si fossero svolti i focus group della valutazione preliminare. Ci siamo trovati davanti ad una sfilacciatura dei contatti, delle attività, pur avendo investito e lavorato sulla funzioni di coordinamento. Pensando al contesto ospedaliero, in cui tutti sembrano presi dall'urgenza e dal fare senza memoria, ci siamo chieste come si potesse creare una storia, un processo, una continuità. Teniamo aperta questa domanda nel proseguire l'analisi degli incontri con il personale del MUPS. Alcuni operatori rispetto alla proposta di confrontarci sulle culture emerse nella valutazione, ci hanno chiesto se avremmo fatto da tramite rispetto alla dirigenza, altrimenti parlare dei problemi sarebbe stato vano. Altri hanno messo in rapporto gli incontri di formazione con le recenti aggressioni, anche molto violente, subite da alcuni di loro da parte di pazienti o familiari. Si aprivano due fronti, la gerarchia e i pazienti, tra cui gli operatori si sentono schiacciati. Ci siamo confrontati con una contrapposizione rispetto alla nostra proposta di pensare il loro modo di lavorare, fondata sul restare ancorati ai fatti. Se non potevamo intervenire su quelli, era inutile parlare. Un obiettivo importante è stato facilitare il passaggio dall'agire la relazione senza alcun riconoscimento dei vissuti, alla possibilità di vedere e pensare le modalità relazionali messe in atto nel lavoro in Ospedale. Ad esempio, abbiamo trattato la possibilità di cogliere come il conflitto tra loro e gli utenti non fosse solo temuto, ma che nel suo aspetto stereotipato e ripetitivo potesse essere una modalità di rapporto rassicurante sia nella sua prevedibilità che nel permettere l'evitamento delle relazioni. Le aggressioni potevano essere interpretate come i fallimenti di questo evitamento, effettivamente pericolosi e angoscianti.

Gli incontri con gli operatori ci hanno consentito di focalizzare la loro rappresentazione dell'Unità Operativa, descritta come un contesto affollato, confuso, disorientante. La lamentela si concentrava su aspetti su cui ciascun operatore, come del resto noi consulenti, ha scarso o nullo potere di intervento, a conferma del sentimento di impotenza esplicitato con l'invito a rivolgerci direttamente ai dirigenti. Laddove gli agiti prevalgono sulla possibilità di pensiero, non sembra possibile organizzare gli eventi in una storia, un processo. Abbiamo lavorato su questo a proposito di un evento critico¹⁷, che nella cultura ospedaliera è definito evento sentinella¹⁸: le aggressioni

17 Evento critico è un "evento che mette in scacco gli impliciti di funzionamento delle strutture, e che quindi può sollecitare il Servizio a ripensare i rapporti che istituisce. Proponiamo tale costrutto come criterio che permette di trattare i problemi che emergono nelle strutture mettendole in relazione con gli obiettivi specifici

subite negli ultimi mesi da alcuni operatori. Inizialmente l'aggressione è stata descritta come evento imprevedibile: "Le cose accadono: è un attimo e ci si ritrova vittime di comportamenti violenti". Nel caso più recente, gli operatori hanno raccontato di un'aggressione da parte di un paziente problematico che dopo parecchie ore di presenza in pronto soccorso colpisce un medico, un'infermiera e un ausiliario. Gli operatori cominciano a riparlare dell'evento, di come si era via via costruito durante le ore in cui il paziente era stato tenuto in osservazione. Si coglie un aspetto problematico: il paziente non aveva compreso che ci si stava occupando di lui, si era sentito ignorato, abbandonato. Si fa strada l'ipotesi che il bisogno di essere accolti e informati sia talmente fondamentale nel contesto del pronto soccorso da esasperare i comportamenti dei pazienti fino allo scontro fisico, per poter finalmente pensare di essere visibili. Riconoscere il ruolo giocato nella dinamica dell'aggressione è stato un utile strumento per comprendere come poter lavorare con più margini di prevedibilità e di sicurezza per se stessi e per il servizio offerto.

La crisi della funzione di accoglienza

Gli operatori hanno parlato dell'impossibilità di dedicare attenzione ai pazienti, a causa del pesante carico di lavoro. Al tempo stesso, con i pazienti e i loro familiari si vivono situazioni di elevata conflittualità. Abbiamo proposto di pensare l'attuale organizzazione del lavoro come un prodotto culturale, legato alle evoluzioni che la medicina ha conosciuto negli ultimi decenni. La possibilità di accedere ad informazioni su salute e malattia, la nascita e lo sviluppo di organizzazioni come il Tribunale per i diritti del malato¹⁹ hanno contribuito ad avviare una profonda riorganizzazione del rapporto medico-paziente. Il personale sanitario non si sente più scontatamente al riparo entro un rapporto che esige affidamento. Emerge la difficoltà di operare nel triage²⁰, in particolare da parte di infermieri e ausiliari. Abbiamo condiviso come il triage non sia solo la fase di valutazione ma anche di accoglienza al Pronto Soccorso: negli incontri è emerso come, accanto all'azione diagnostica, sia centrale sviluppare la competenza degli operatori ad accogliere, a stabilire una relazione e comunicare attenzione, cura, interesse.

Si potrebbe dire che l'aggressione sostituisce altre soluzioni comunicative, sentite come impraticabili. Aggredire (dal latino *aggredi*, da *ad-* = verso e *gradi* = camminare) rimanda all'andare verso qualcuno; sembra un'azione disperata che ricorre a modi violenti per uscire dall'ignoramento. Il paziente che "mette le mani addosso" al medico ribalta ciò che di solito avviene: è il medico che agisce sul corpo del paziente e mai viceversa e lo fa per curare, non per far danneggiare. Questo aspetto fa pensare che l'utenza del MUPS non possa essere facilmente assimilata alla categoria *paziente*. Paziente è colui che si sottopone alle cure mediche, accettando di assumere una posizione di dipendenza. Il pronto soccorso come area di confine tra il territorio e l'Ospedale con le sue regole e le sue attese di dipendenza mostra in modo chiaro la necessità di sviluppare una competenza a trattare le relazioni, a gestire l'ansia di coloro che prima di diventare pazienti, sono cittadini in attesa di un servizio.

che le strutture stesse perseguono. Un agito o la crisi acuta di un paziente, un vissuto di impotenza o di fallimento di un operatore, possono porre l'attenzione sul rapporto struttura-utenti, promuovere una verifica del lavoro svolto e ri-orientarlo sugli obiettivi della struttura." (Brescia et al, 2011, p.165).

¹⁸ Dalla definizione del Ministero della Salute: "Sono definiti Eventi Sentinella quegli eventi avversi di particolare gravità, che causano morte o gravi danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario. La sorveglianza degli eventi sentinella, già attuata in altri Paesi, costituisce un'importante azione di sanità pubblica, rappresentando uno strumento indispensabile per la prevenzione di tali evenienze e per la promozione della sicurezza dei pazienti".

¹⁹ Da www.cittadinanzattiva.it: "Il Tribunale per i diritti del malato è un'iniziativa avviata da Cittadinanzattiva nel 1980 per tutelare e promuovere i diritti dei cittadini nell'ambito dei servizi sanitari e assistenziali e per contribuire ad una più umana, efficace e razionale organizzazione del servizio sanitario nazionale. Il TDM è una rete costituita da cittadini comuni, ma anche da operatori dei diversi servizi e da professionisti, che si impegnano a titolo volontario (circa 10.000)".

²⁰ Si tratta della procedura in uso in Pronto Soccorso che consente di organizzare l'accesso dei pazienti in base alla valutazione della gravità/urgenza delle loro condizioni cliniche.

Nel lavoro di formazione abbiamo cominciato a discutere la problematicità di una cultura fondata sulla contrapposizione tra l'atto medico considerato essenziale e l'attenzione alla relazione considerata "una cornice" di quell'atto. Se questo è il sentimento, nei casi in cui non è possibile curare sembrano venir meno punti di riferimento e priorità di azione. I medici dicono di sentire la difficoltà a confrontarsi con cambiamenti culturali, legati anche agli sviluppi della scienza, che hanno alimentato la fantasia di poter guarire sempre. Ci dicono come il rapporto con i pazienti e i familiari sia profondamente mutato rispetto al passato: si sentono presi dalla richiesta di risolvere efficacemente anche le situazioni più compromesse e lamentano che i pazienti siano diventati più diffidenti. Si sentono continuamente nell'occhio del ciclone per l'aggressività dei pazienti e dei parenti. L'emozione è di doversi difendere, cercando di evitare aggressioni e denunce. Pensiamo alla medicina difensiva, che organizza la pratica medica in azioni finalizzate a tutelare il medico rispetto alle eventuali responsabilità connesse alle cure prestate. Al centro della conflittualità con i pazienti, stiamo vedendo, vi è un progressivo prevalere di un atteggiamento difensivo che interferisce con le azioni di cura.

Nel Piano Sanitario della Regione Lazio 2010- 2012 si legge: "Si osserva spesso la tendenza del personale sanitario a ridurre la comunicazione a semplice strumento, veicolo di nude informazioni che alimenta l'insoddisfazione degli utenti". Ma perché il personale sanitario comunica poco e male con la propria utenza? Da un lato le difficoltà sembrano legate al fatto che comunicare non sia una competenza prevista in Ospedale: i medici, in particolare, lamentano di non essere mai stati formati rispetto a tali aspetti. Al contempo riconoscono un processo di cambiamento culturale in cui sono immersi, per cui il medico non è più scontatamente *amico*²¹. Si chiedono: come si comunica la morte di un congiunto a un parente? Come possono prevedere le reazioni delle persone che incontrano nei reparti? Come si possono affrontare i rapporti con i pazienti o con i parenti che a volte ti ringraziano, altre ti abbracciano piangendo, altre ti insultano o minacciano?

Al termine degli incontri di formazione, le aree di criticità rintracciate sono state discusse dalla psicologa di SPPR, insieme ai consulenti SPS, con il Direttore di UOC e i Coordinatori infermieristici. È emersa la volontà di portare avanti il lavoro avviato, in particolare per sviluppare la competenza del Pronto Soccorso a gestire la relazione con i clienti esterni, vale a dire pazienti e familiari. SPPR, in collaborazione con lo studio SPS, ha proposto un progetto per la rilevazione di eventi critici della comunicazione nel Pronto Soccorso su cui avviare un confronto con i gruppi di lavoro dell'UO. Attualmente due specializzande SPS sono impegnate nella realizzazione del progetto²².

Quale ipotesi sulla prevenzione del rischio psicosociale?

Il lavoro che abbiamo realizzato con gli operatori del MUPS ci ha consentito di mettere a fuoco come il vissuto di stress sia connesso a una cultura organizzativa caratterizzata dalla ridotta attenzione alle relazioni. Pensiamo alle relazioni interne, con la gerarchia e i colleghi, e a quelle che coinvolgono il cliente esterno, dunque i pazienti e i familiari. L'organizzazione del lavoro ospedaliero, se pensata in termini di applicazione di tecniche, dunque di azioni singole che si

²¹ A proposito dei cambiamenti della cultura che organizza il rapporto medico-paziente si veda Aries (1978, pp. 228-229): " Ma, se allora la tisi appariva mortale come oggi il cancro, né il malato né la famiglia provavano il minimo desiderio di conoscere la natura del male. Non c'era l'ossessione della diagnosi, non per timore del risultato, ma per indifferenza verso la particolarità del morbo, il suo carattere scientifico. Si sofferiva, si faceva curare dal medico e dal chirurgo (il salasso), ma non si chiedeva loro nessuna informazione, anche se si poteva ragionevolmente dedurre dalla diagnosi l'evoluzione del male. Ci voleva un grande sforzo per far entrare il concetto di una determinata malattia, come la tisi, nel proprio universo mentale. [...] Nella sua corrispondenza, non nomina neppure una volta la malattia: non le interessa; è affare che riguarda gli specialisti".

²² Si veda Sarubbo (2012): *La funzione psicologica nel Servizio di Prevenzione e Protezione Rischi: adempiere a un obbligo di legge o sviluppare competenza organizzativa?* In questo stesso numero della Rivista.

ripetono in modo invariato, produce separazioni e isolamento. Nei pazienti e nei familiari produce il sentimento di completa perdita di controllo su quanto accade, ci si sente in balia dell'intervento medico. Il lavoro di ricostruzione e ripensamento dei modelli di relazione agiti dagli operatori assume una valenza preventiva anche in rapporto ai comportamenti aggressivi messi in atto dai sanitari o da pazienti e familiari. Abbiamo visto come il personale sanitario tenda a dare per scontato la comprensione, da parte dei pazienti e dei familiari, delle regole di funzionamento dell'Ospedale. Quando i pazienti o familiari non si comportano come previsto, si sottolinea la necessità di una maggiore "educazione comportamentale": "Chi entra deve sapere come comportarsi!". Pensiamo ancora alla questione del lasciare senza informazioni qualcuno: si può generare angoscia, disorientamento, vissuti paranoidei che fanno sì che le persone si mobilitino contro il personale sanitario. Lavorare perché le persone che entrano in ospedale possano orientarsi e percepire che ci si sta occupando di loro significa assumersi una funzione di contenimento. Si tratta di cogliere che l'ospedale, oltre ad erogare prestazioni tecniche, accoglie persone in crisi rispetto alla propria condizione. In un assetto culturale per cui la dipendenza, funzionale all'intervento sanitario, non è più accettata scontatamente, sembra emergere l'esigenza di sviluppare la competenza a costruire, con pazienti e familiari, un rapporto fondato su attendibilità e fiducia.

Conclusioni

Nel lavoro in Ospedale abbiamo sperimentato come si possa utilizzare la valutazione per evidenziare e trattare problemi, spesso sentiti difficili da gestire. Il punto cruciale per la funzione psicologica è la scelta tra la possibilità di promuovere partecipazione e sviluppo di una nuova cultura indicata dalla legge o pretendere dipendenza in quanto esecutori tecnici di azioni previste dalla normativa. Pensiamo che la valutazione del rischio non possa risolversi nell'applicazione di una tecnica specialistica, ma richieda una competenza psicologico-clinica utile a trattare, invece che agire a propria volta, la questione dell'adempimento. Nel corso della resocontazione abbiamo evidenziato i diversi passaggi in cui la valutazione, se intesa come azione tecnica, sarebbe stata interrotta, modificata, banalizzata. Ad esempio, il progetto avrebbe potuto bloccarsi nella contrapposizione tra dimensioni soggettive e oggettive oppure nel colludere sull'idea che l'obbligo fosse sufficiente ad ottenere la partecipazione degli operatori alle attività formative.

Poter trattare la valutazione come strumento per vedere il funzionamento del Servizio preposto alla Sicurezza e alla prevenzione, e poi dell'Ospedale nel suo complesso ha consentito di dare continuità al lavoro e intervenire sulle culture a rischio. In tal senso più che una richiesta di tecnica, nel caso resocontato abbiamo colto la domanda del Servizio di Prevenzione e Protezione Rischi di essere supportato nella realizzazione di un progetto di valutazione che fosse un'opportunità, uno strumento per trattare problemi degli operatori nell'organizzazione del lavoro.

La questione è tutt'altro che particolare e specifica del contesto ospedaliero in cui siamo intervenuti. Riportiamo un'analisi sulla questione proposta in un recente articolo²³ in cui l'INAIL, (2011), sottolinea il problema difficoltà di realizzare una efficace valutazione del fenomeno stress lavoro-correlato: "Il dato delle denunce è molto inferiore a quello che emerge dalle indagini sullo stress fatte tramite questionario sul quale incide la percezione soggettiva. [...] È più difficile che pervengano denunce per tale tipologia di malattia per timore del lavoratore di entrare in collisione con l'impresa". Il metodo diagnostico, concentrandosi sull'individuo, sembra non dare strumenti per trattare il problema sociale che la normativa segnala. La funzione psicologica che propone interventi individualistici sembra, entro questo scenario, non cogliere la pericolosità di diventare la *longa manus* del datore di lavoro nel fare in modo che i problemi restino magari inespressi o attribuibili a pochi individui *stressati*, o di essere investito di un ruolo sindacale, nel farsi portavoce delle posizioni rivendicative dei lavoratori. Abbiamo proposto una funzione psicologica che si occupa dell'organizzazione, sollecitando l'utilizzo della valutazione come strumento per comprendere il rapporto tra organizzazione e suoi clienti, interni ed esterni.

²³ Articolo apparso a novembre 2011 su

http://www.inail.it/Portale/appmanager/portale/desktop?_nfpb=true&_pageLabel=PAGE_SALASTAMPA&nextPage=Prodotti/News/2011/Prevenzione_e_rischi/info1169150120.jsp

Proponiamo di pensare gli eventi sentinella come eventi critici che possono aprire, nel contesto ospedaliero, a letture che creino connessioni tra le parti. La violenza dell'aggressione può essere letta come il bisogno dei pazienti e loro familiari di diventare visibili nei confronti di operatori accecati dal fare, che pretendono che l'atto tecnico sia di per sé auto evidente, e tale da segnalare che ci si stia prendendo cura del paziente. Abbiamo potuto cogliere come nel contesto ospedaliero la disattenzione alla funzione di accoglienza di chi arriva, in particolare dei familiari che non sono in posizione di dipendenza dal potere sanitario, porti a conflitti aspri e rischiosi, anche per l'incolumità fisica del personale. La prevenzione del rischio psicosociale a cui sono esposti gli operatori può passare attraverso la competenza a leggere le relazioni, alternativa ad un approccio che individualizza e medicalizza i problemi dell'organizzazione.

Bibliografia

Ariès, P. (1978). *Storia della morte in Occidente*. Milano: Rizzoli Editore.

Atzori, E. (2010). Come si scambia tra scuola e servizi e tra servizi e clienti: il tirocinio nel Servizio Prevenzione e Protezione Rischi di un'Azienda Ospedaliera. *Rivista di Psicologia Clinica, Supplemento 1,1-4*.

Baraldi, D., Bernardini, S., Bonavita, V., Civitillo, A., De Bellonia, M., Giornetti, A., et al. (2011). Sull'identità nazionale e professionale: una proposta di lettura attraverso la categoria del conflitto. *Rivista di Psicologia Clinica, 2*, 63-70.

Brescia, F., Civitillo, A., Gibilisco, S., Giornetti, A., Giovannetti, C., Magrini, F., et al. (2011). La relazione psicologica con i malati mentali nelle strutture residenziali e semiresidenziali dei Dipartimenti di Salute Mentale. Esperienze di tirocinio. *Rivista di Psicologia Clinica, 2*, 158-166.

Carli R. (2010). Editoriale. *Rivista di psicologia clinica, 1*, 1-3.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2002). *L'analisi emozionale del testo: Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi*. Milano: FrancoAngeli.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda: Teoria e intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia. Dai malati psichiatrici alla nuova utenza: L'evoluzione della domanda di aiuto e delle dinamiche di rapporto*. Milano: FrancoAngeli.

Carli, R., Paniccia, R.M., Atzori, E., Cinalli, S., Brescia, F., Mazzeo, G. et al. (2012). Il rischio psicosociale in un Ospedale romano: il rapporto tra Cultura Locale e soddisfazione nell'Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri.. *Rivista di Psicologia Clinica, 1*, 76-90.

Carli, R., Paniccia R.M. & Salvatore, S. (2004). L'immagine dello psicologo in Toscana: Lo psicologo nella cultura della Regione Toscana. Retrieved from http://www.psicologia.toscana.it/fileadmin/user_upload/Rivista/ricercacarli.pdf

Cavalieri, P. (2003). Misure, Metodologia integrata di misurazione della customer satisfaction, SPS, Retrieved from http://www.spsonline.it/Letture/MISURE_SPS.doc

Crainz, G. (2005). *Storia del miracolo italiano: Cultura, identità, trasformazioni fra anni Cinquanta e Sessanta*. Roma: Donzelli

Di Ninni, A. (2011). L'apporto della domanda dei servizi alla costruzione dell'identità professionale degli psicologi. *Rivista di psicologia clinica, 2*, 38-44.

Moscovici, S., & Farr, R. (1989). *Rappresentazioni sociali*, Bologna: Il Mulino.

Sarubbo, M. (2012). La funzione psicologica nel Servizio di Prevenzione e Protezione Rischi: adempiere a un obbligo di legge o sviluppare competenza organizzativa? *Rivista di Psicologia clinica*, 1, 34-41.

Riferimenti Normativi

INAIL (2011). Malattie da stress lavoro-correlato: un fenomeno complesso da valutare Retrieved from http://www.inail.it/Portale/appmanager/portale/desktop?_nfpb=true&_pageLabel=PAGE_SALASTAMPA&nextPage=Prodotti/News/2011/Prevenzione_e_rischi/info1169150120.jsp

Circolare del 18 novembre 2010. Indicazioni per la valutazione dello stress lavoro-correlato approvate dalla Commissione consultiva per la salute e sicurezza sul lavoro.

Decreto Legislativo 3 agosto 2009, n. 106 Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro

Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

Patto europeo per la salute mentale e il benessere. Conferenza di alto livello dell'UE "Insieme per la salute mentale e il benessere". Bruxelles, 12-13 GIUGNO 2008

Decreto Legislativo 19 settembre 1994, n. 626 Attuazione delle direttive 89/391/CEE, 89/654/CEE, 89/655/CEE, 89/656/CEE, 90/269/CEE, 90/270/CEE, 90/394/CEE, 90/679/CEE, 93/88/CEE, 95/63/CE, 97/42/CE, 98/24/CE, 99/38/CE, 99/92/CE, 2001/45/CE, 2003/10/CE, 2003/18/CE e 2004/40/CE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro

Piano Sanitario della Regione Lazio 2010- 2012. Supplemento ordinario n. 138 al Bollettino Ufficiale della Regione Lazio, 28, 2010 Retrieved from http://www.inrca.it/inrca/files/Leggi/piano%20sanitario%20lazio%202010%20-%202013_zip.pdf

Il rischio psicosociale in un Ospedale romano: il rapporto tra Cultura Locale e soddisfazione nell'Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri.

di Renzo Carli^{*}, Rosa Maria Paniccia^{**}, Elisabetta Atzori^{***}, Silvana Cinalli,^{****} Filomena Brescia^{*****}, Gabriella Mazzeo^{*****}, Onofrio Strignano^{*****}, Fiorella Bucci^{*****}, Francesca Dolcetti^{*****}.

Abstract

Vengono presentati i dati di una ricerca intervento sul rischio psicosociale effettuata presso un ospedale romano. La ricerca, preceduta da una fase esplorativa, ha utilizzato un questionario ISO (Indicatori di Sviluppo Organizzativo) costruito ad hoc, applicato a tutto l'ospedale. Il questionario consta di due parti: in una si rileva la soddisfazione del personale sia *over all* che su 12 specifiche variabili, in un'altra si rileva la Cultura Locale dell'ospedale, ovvero la dinamica collusiva specifica di quel contesto; per essa viene utilizzata l'analisi fattoriale delle corrispondenze multiple e l'analisi dei cluster. I dati ottenuti permettono di mettere in relazione soddisfazione e specifici repertori culturali dell'Ospedale (componenti della Cultura Locale, cluster sotto un profilo statistico). *E' il valore di soddisfazione nel suo complesso che correla con il rischio psicosociale*, nel senso di un valore più basso di soddisfazione per la cultura a più alto rischio, e di un valore più elevato per la cultura a più basso rischio. *I singoli elementi* in cui è scomposta la soddisfazione si comportano coerentemente entro le differenti culture e non danno informazioni sul rischio psicosociale, come alcuni autori di contro segnalano. L'ipotesi è che la bassa soddisfazione, congiunta a culture anomiche, segnali le aree maggiormente a rischio dell'ospedale, sulle quali intervenire.

Parole chiave

Ospedale, stress lavoro correlato, rischio psicosociale, cultura locale, dinamica collusiva.

Premessa

Questa ricerca nasce dalla domanda del Direttore Sanitario¹ e del Servizio Prevenzione e Protezione Rischi (SPPR)² dell'Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri (SFN) a Studio di Psicosociologia (SPS)³; la ricerca è volta a individuare e descrivere le condizioni lavorative che stanno alla base del rischio psicosociale, derivante da problemi di stress lavoro-correlato.

^{*} Già professore ordinario di Psicologia clinica presso la Facoltà di Psicologia 1 dell'Università "Sapienza" di Roma, membro della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association. Direttore della Rivista di Psicologia Clinica e della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento psicologico clinico e analisi della domanda.

^{**} Professore associato presso la Facoltà di Psicologia 1 - oggi Medicina e Psicologia - dell'Università di Roma "Sapienza".

^{***} Dirigente psicologa, Servizio Prevenzione e Protezione Rischi, Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri di Roma.

^{****} Dirigente medico, Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione Rischi dell'Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri di Roma.

^{*****} Specialista in psicoterapia psicoanalitica, intervento psicologico clinico e analisi della domanda.

^{*****} Psicologi clinici

¹ Dottor Lorenzo Sommella

² Diretta dalla dottoressa Silvana Cinalli, coadiuvata per la ricerca in oggetto dalla dirigente psicologa dottoressa Elisabetta Atzori.

³ La ricerca è stata effettuata entro la partnership tra SPS, Scuola di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica, e A.O. SFN.

Si ricorda che, nel Decreto Legislativo 81/08, si fa riferimento alla necessità che le organizzazioni di lavoro predispongano strumenti per la valutazione dei rischi; la valutazione dei rischi, d'altro canto, è necessaria per approntare una adeguata azione di prevenzione, volta a realizzare contesti di lavoro adeguati alla sicurezza e alla salute dei lavoratori. L'oggetto della valutazione fa riferimento a: "tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, secondo i contenuti dell'accordo europeo dell'8 ottobre 2004" (art. 28, comma 1). "L'individuazione di un eventuale problema di stress lavoro-correlato può implicare una analisi su fattori quali l'eventuale inadeguatezza nella gestione dell'organizzazione e dei processi di lavoro (disciplina dell'orario di lavoro, grado di autonomia, corrispondenza tra le competenze dei lavoratori ed i requisiti professionali richiesti, carichi di lavoro, etc.), condizioni di lavoro e ambientali (esposizione a comportamenti illeciti, rumore, calore, sostanze pericolose, etc.), comunicazione (incertezza in ordine alle prestazioni richieste, alle prospettive di impiego o ai possibili cambiamenti, etc.) e fattori soggettivi (tensioni emotive e sociali, sensazione di non poter far fronte alla situazione, percezione di mancanza di attenzione nei propri confronti, etc.)" (art. 4, comma 2). Lo stress viene considerato come: "una condizione che può essere accompagnata da disturbi o disfunzioni di natura fisica, psicologica o sociale ed è conseguenza del fatto che taluni individui non si sentono in grado di corrispondere alle richieste o alle aspettative riposte in loro" (art. 3, comma 1).

E' ormai noto che l'ingresso del rischio psicosociale entro la normativa concernente la prevenzione degli infortuni e la sicurezza sul lavoro, è stato causato da una discrepanza tra la 626/94 e la normativa europea sull'argomento. In particolare, l'articolo 8-bis della "nuova" 626 (requisiti professionali dei responsabili del servizio prevenzione e protezione) parla di corsi professionalizzanti ove siano trattati anche i rischi di natura ergonomica e psicosociale, di organizzazione e gestione delle attività tecnico amministrative, di tecniche di comunicazione in azienda e di relazioni sindacali. Ci si trova così confrontati con l'aggettivo "psicosociale", alla cui esegesi si sono provati molteplici studiosi, prevalentemente di formazione psicologica.

Quale è l'area del rischio psicosociale? Nardella et al. (2007) lo definiscono come ciò che accade allo snodo tra la dimensione individuale e quella sociale o culturale. Ecco una definizione che usa la metafora dello "snodo" per definire approcci, quello riferito all'individuo e quello riferito alla relazione, che hanno avuto in psicologia sviluppi e riferimenti teorici contrastanti. Certo, verrebbe da dire: psicosociale lo si può scomporre in *psico*, riferito all'individuo, e *sociale* che fa riferimento alla dinamica sociale, appunto, o se si vuole culturale, o ancora organizzativa. Ma "culturale" che significa? E sociale, che vuol dire? Ancora: siamo poi sicuri che psico faccia riferimento all'individuo? Infine, perché mettere assieme psico e sociale? Se pensiamo al "rischio", definibile quale vissuto soggettivo di pericolo, quindi riferito alla rappresentazione mentale di un evento esterno, che senso ha il tirare in ballo il sociale? C'è un "vissuto" sociale? E se sì, sulla base di quale teoria lo si definisce?

Spesso, al posto di sociale si usa il termine organizzativo. Già, ma quale è la teoria che regge la definizione di organizzazione? In un contributo di economisti, sociologi e psicologi alla definizione di organizzazione (al quale anche noi abbiamo contribuito e che è stato pubblicato sul n. 2/2010 della Rassegna Italiana di Sociologia⁴) si possono cogliere le multiformi vie di approccio al costruito in questione. Parlare di organizzazione, senza una specificazione delle teorie di riferimento, è generico e confuso.

Infine, si parla di rischio psicosociale o di rischi psicosociali? Cox, Griffiths e Rial-Gonzalez (2000)⁵ propongono uno schema di sintesi ove vengono riportate le condizioni di lavoro potenzialmente rischiose.

| | |
|---------------------|---------------------------------------|
| contesto lavorativo | condizioni di definizione del rischio |
|---------------------|---------------------------------------|

⁴ Rassegna Italiana di Sociologia, 2, aprile – giugno 2010; "Aspetti cognitivi dell'organizzazione" (pag. 179 – 324), con contributi di: Carli, Paniccia, Giovagnoli; Romano; Zamarian; Albano, Tommasi; Vicari; Rullani. In particolare si veda: Carli R., Paniccia R. M., Giovagnoli F. (2010), L'organizzazione e la dinamica inconscia, Rassegna Italiana di Sociologia, 2, 183 – 204.

⁵ Cox T., Griffiths A., Rial-Gonzalez E. (2000), Work-related Stress. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, (92-828-9255-7).

| | |
|---------------------------------------|---|
| funzioni e cultura organizzativa | scarsa comunicazione, livelli bassi di sostegno per la risoluzione dei problemi e per lo sviluppo personale |
| ruolo nell'ambito dell'organizzazione | ambiguità e conflitto di ruolo |
| evoluzione della carriera | incertezze o fasi di sviluppo di carriera, promozioni insufficienti o eccessive, retribuzione bassa, insicurezza dell'impiego |
| autonomia decisionale e controllo | partecipazione ridotta al processo decisionale, mancanza di controllo sul lavoro |
| rapporti interpersonali sul lavoro | isolamento fisico o sociale, rapporti limitati con i superiori, conflitto interpersonale |
| interfaccia casa-lavoro | richieste contrastanti tra casa e lavoro, scarso sostegno in ambito domestico |
| <i>contenuto del lavoro</i> | <i>condizioni di definizione del rischio</i> |
| pianificazione dei compiti | monotonia, cicli di lavoro brevi, lavoro frammentato o inutile, sottoutilizzo delle capacità |
| carico e ritmo di lavoro | carico di lavoro eccessivo o ridotto, mancanza di controllo sul ritmo, livelli elevati di pressione in relazione al tempo |
| orario di lavoro | lavoro a turni, orari di lavoro senza flessibilità, imprevedibili o lunghi |

Come si vede, vengono prese in considerazione dimensioni molto diverse tra loro: le funzioni lavorative, il ruolo, le potenzialità evolutive della carriera, l'autonomia, i rapporti interpersonali, il rapporto tra lavoro e vita domestica, familiare. Che relazione è possibile porre tra scarsa comunicazione entro il lavoro, bassa retribuzione, bassa partecipazione al processo decisionale e conflitto interpersonale? Siamo su livelli diversi e, probabilmente, difficilmente commensurabili in una prospettiva di valutazione del rischio che non si ponga solo come mera sommatoria di "fattori" di rischio.

Più specificamente, pensiamo all'Ospedale. La comunicazione mette in gioco dinamiche organizzative costruite dal processo collusivo che caratterizza la simbolizzazione condivisa del contesto ospedaliero; il ruolo ha una componente strutturale, definita dalle mansioni assegnate ma anche una componente soggettiva che, ancora, ha a che fare con il processo collusivo cui si partecipa. La retribuzione è fissata da precisi vincoli contrattuali ma ha anche una sua dimensione soggettiva, un vissuto ad esempio di "bassa retribuzione" che, ancora, ha a che fare con la dinamica collusiva che caratterizza la Cultura Locale di quello specifico Ospedale. La stessa cosa si può dire per la bassa partecipazione alle decisioni o per il conflitto interpersonale.

Come si vede, solo con una teoria unitaria della dinamica organizzativa è possibile ricondurre le differenti dimensioni, usualmente riferite al rischio psicosociale, ad una visione coerente con gli interventi possibili per prevenire il rischio stesso. Il rischio psicosociale ha la sua sede di riferimento e di studio entro le relazioni che si sviluppano tra le differenti componenti dell'organizzazione. La dinamica simbolica collusiva che caratterizza le differenti culture locali, entro una specifica organizzazione, può darci informazioni sul rischio psicosociale *generato* da quella specifica cultura. Sottolineiamo la relazione generativa tra Cultura Locale presente entro le relazioni collusive e rischio psicosociale. L'organizzazione, se intesa quale modo di manifestazione delle dinamiche emozionali collusive presenti entro le strutture sociali, è generata dai processi culturali collusivi entro le strutture stesse. Ciò significa che il rischio psicosociale non fa riferimento a dimensioni "oggettive" di contesto, ma al modo con cui sono condivise, collusivamente, le simbolizzazioni emozionali riferite a specifici eventi della realtà strutturale. E' questo un rilievo per noi molto importante; così come è importante situare il rischio psicosociale non a livello individuale ma entro le relazioni collusive che costruiscono le culture locali.

Il costrutto di Cultura Locale, proposto da SPS, serve per individuare e misurare le componenti collusive presenti entro una specifica organizzazione, nel nostro caso l'Ospedale SFN. Entro le diverse componenti culturali emerse nella rilevazione, è possibile valutare la componente di rischio e pianificare interventi volti a prevenire il rischio stesso. Le componenti "soggettive" che la letteratura propone quali dimensioni del rischio psicosociale (nel caso di Cox, Griffiths e Rial-Gonzalez ambiguità e conflitto di ruolo, bassa comunicazione, bassa partecipazione alle decisioni

etc.) vengono ricomposte e integrate entro le diverse componenti culturali e correlate con la dinamica collusiva che genera le relazioni tra le componenti culturali stesse.

Le fasi della ricerca

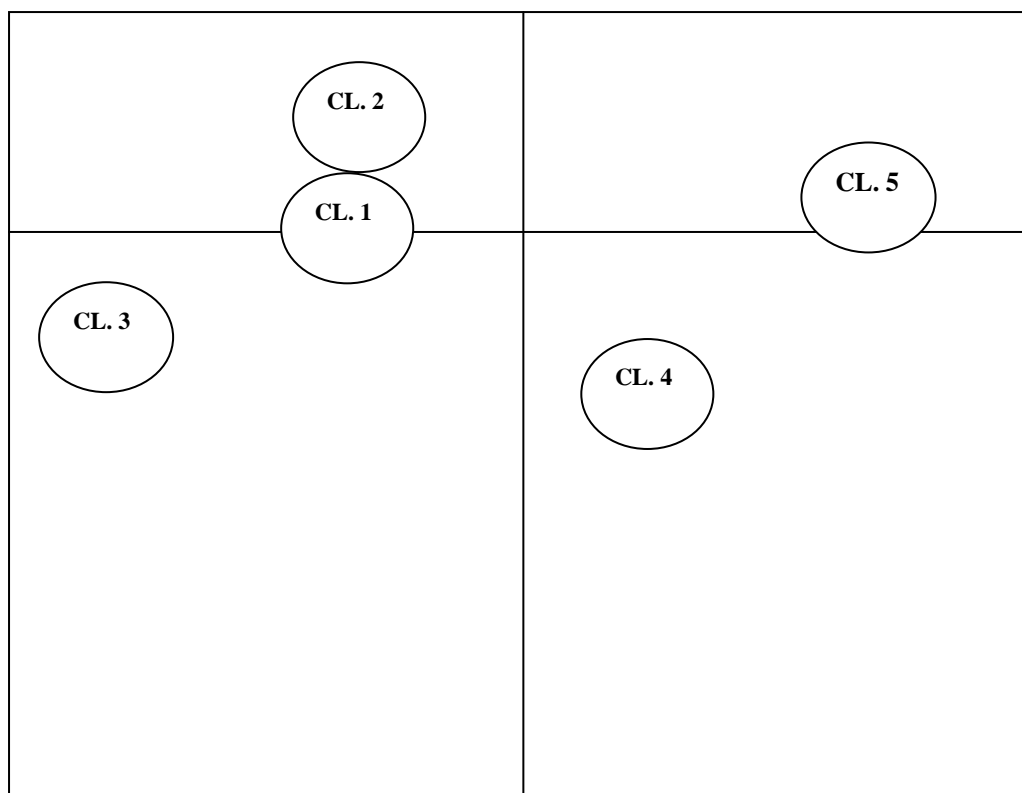
La rilevazione della Cultura Locale caratterizzante il SFN si è articolata nelle seguenti fasi:

1 - Focus group attuati con dirigenti, preposti e personale di 15 Unità Operative dell'ACO SFN, al fine di analizzare modalità di funzionamento e di relazione, problemi, servizi erogati, sviluppo possibile della singola U.O.. Le 15 U.O. interpellate per questa fase dell'indagine sono state individuate in base alla loro rappresentatività delle funzioni dell'Ospedale. Gli incontri sono stati registrati e trascritti; all'insieme delle verbalizzazioni è stata applicata la metodologia Analisi Emozionale del Testo (AET) (Carli & Paniccchia 2002). Si è ottenuto un piano fattoriale a 4 cluster la cui analisi⁶ è servita per la costruzione del questionario ISO, da utilizzare nella 2.a fase della ricerca.

2 - Questionario ISO (Indicatori di Sviluppo Organizzativo) per SFN. Il questionario è stato costruito sulla base dei dati emersi con l'AET dei focus group, ma anche utilizzando modelli che SPS ha elaborato nel corso delle ricerche sulle culture locali di molteplici organizzazioni⁷. Il questionario è stato applicato a 965 dirigenti, preposti e personale di tutte le U.O. del SFN (Il 60% del personale).

Cultura locale e Rischio Psicosociale dell'ACO San Filippo Neri

L'analisi dei dati emersi con la raccolta dei 965 questionari ha consentito di evidenziare il seguente spazio culturale, organizzato da tre fattori e con una partizione dei dati in cinque cluster.



⁶ L'analisi dei focus group sarà oggetto di una successiva pubblicazione.

⁷ Per la metodologia della ricerca si può consultare Carli & Paniccchia (2011), capitolo 3: Una metodologia di rilevazione della Cultura Locale, pp. 129-154.

Sul *primo fattore*, l'asse orizzontale dello spazio culturale, si contrappongono il Cluster 5 (al 94% situato sulla polarità fattoriale destra del primo fattore) e il Cluster 3 (al 57% sulla polarità fattoriale sinistra del primo fattore).

Sul *secondo fattore*, l'asse verticale, si contrappongono il Cluster 4 (al 76% sulla polarità fattoriale in basso del secondo fattore) e il Cluster 2 (al 79% sulla polarità fattoriale in alto del secondo fattore).

Sul *terzo fattore*, da immaginarsi come perpendicolare al foglio, si situa il Cluster 1 (65% su una delle polarità del terzo fattore).

Iniziamo dando uno sguardo ai fattori e ai singoli cluster, nelle loro contrapposizioni; passeremo poi ad una *vision* dell'intero spazio culturale.

Il primo fattore

Si tratta del fattore che contrappone il rifiuto all'accettazione dell'Ospedale e delle sue dimensioni culturali. Sembra quindi una contrapposizione semplice, caratterizzata da valutazioni generiche e scontate: "tutto va male" o "tutto va bene". Ma non è così.

Guardiamo al *cluster 5*.

Si tratta, è vero, di un raggruppamento culturale critico, ove la componente volta a sottolineare il deterioramento del contesto ospedaliero e "italiano" (anche se in misura meno estesa) è predominante. Ma approfondiamo l'articolazione di queste critiche. Iniziamo dai *fattori di successo nel SFN*. Li si valuta in negativo, tutti, ma i primi ad essere negati come fattori di successo sono: lavorare sodo, essere innovativi, sviluppare competenze professionali, assumersi responsabilità, ottenere buoni risultati, realizzare gli obiettivi aziendali. La collaborazione tra addetti, l'interesse per i pazienti o per i familiari, il saper comunicare o lavorare in gruppo vengono dopo. Gli appartenenti a questo cluster, quindi, sono interessati ai più rilevanti obiettivi manageriali: impegno nel lavoro, innovazione, professionalità, responsabilità, risultati, obiettivi aziendali. Nel cluster, peraltro, si rileva che non si tratta di dimensioni valorizzate nel SFN, al punto da non rappresentare per nulla una valutazione di successo nell'Ospedale.

Anche per quanto concerne la *soddisfazione sul lavoro* gli elementi considerati sono: risultati, obiettivi, verifica, competenze, responsabilità. Ancora per dire che in questi ambiti, nel SFN, la soddisfazione viene frustrata. Poi vengono considerate, per la soddisfazione, dimensioni più "personali" e meno manageriali, quali rispetto per la persona, carriera, qualità della vita, sicurezza, formazione, bilanciamento tempo libero/lavoro. Delle dimensioni motivazionali sociali (affiliazione, potere, riuscita) viene considerato sistematicamente come rilevante il potere, per dire che il sistema sanitario, l'Ospedale e le varie figure professionali che in esso lavorano "non sono per nulla influenti", quindi poco dotate di potere. Si stigmatizzano aspetti negativi della gerarchia aziendale: si tratta di dirigenti antipatici, conflittuali, prepotenti, diffidenti e maleducati. Alla gerarchia aziendale viene attribuita l'inefficacia organizzativa, quale unico problema incontrato entro il proprio lavoro.

L'ACO SFN è visto come un luogo anomico, ove non ci sono opportunità di sviluppo e sarà sempre più difficile essere soddisfatti. Il sistema ospedaliero italiano è inaffidabile, assieme alla sanità più in generale e ai servizi pubblici. Sia nel contesto romano che in Italia non è un modello di successo progettare sviluppo e anticipare i cambiamenti, quanto far parte di gruppi di potere. Si tratta di un raggruppamento culturale caratterizzato da profonda anomia: si pensa di vivere e lavorare entro un contesto culturale senza regole e quindi senza futuro.

In sintesi: si tratta di un raggruppamento culturale preoccupato di sottolineare le carenze gestionali del sistema sanitario, del sistema ospedaliero e dell'ACO SFN. Non si è attenti ai risultati, non si perseguono gli obiettivi aziendali e non si valorizza la competenza professionale. Si pensa che i vertici gerarchici non siano interessati a promuovere sviluppo, a valorizzare i risultati, a perseguire gli obiettivi dell'azienda ospedaliera. Ci si sente guidati e valutati da una gerarchia incapace,

conflittuale, aggressiva e orientata a difendere il proprio privilegio tramite una gestione dell'organizzazione fondata sul conflitto e sulla prevaricazione.

Quali *variabili illustrative* caratterizzano questo cluster? Si tratta di Dirigenti medici o sanitari dei dipartimenti di Emergenza e Accettazione, di persone che avendo turni sia di mattino che di pomeriggio li considerano faticosi. Potremmo dire che si tratta di una cultura propria di chi ha funzioni di responsabilità e sente come critica la gestione dell'alta gerarchia aziendale, di chi ha compiti a stretta dipendenza dalla funzionalità organizzativa, quali l'emergenza e l'accettazione, di chi considera la strutturazione dei turni, derivanti dalle decisioni di vertice, poco attenta alle esigenze del personale. Si tratta, inoltre, di persone insoddisfatte managerialmente della gestione del SFN, quindi anomiche perché dipendenti da un vertice poco competente e affidabile.

Se veniamo al rischio psicosociale, in questa cultura si può vederne una componente importante, fondata sull'anomia che deriva dalla sfiducia nella gerarchia. Si tratta di una cultura che è identificata con le funzioni organizzative dell'Ospedale, e proprio per questo sfiduciata per la disattesa delle proprie aspettative da parte della gerarchia ospedaliera. Ma sfiduciata anche nei confronti dell'intero comparto sanitario del paese.

Passiamo ora al *cluster 3*. Diciamo subito che la cultura in analisi, contrapposta a quella appena analizzata, caratterizza chi riveste una funzione gerarchica superiore a quella dei Dirigenti: Direttori di U.O.C. o Responsabili di U.O.S.. Questa cultura si fonda sull'apprezzamento di quanto veniva visto criticamente nella cultura del cluster 5. Ma si è più attenti alle relazioni tra persone, alla loro trasparenza, alla dinamica partecipativa di chi lavora nel SFN, all'adeguatezza tra responsabilità e ruolo, al riconoscimento delle competenze, alle opportunità di carriera e di sviluppo professionale, così come al prestigio dell'Ospedale, alla qualità della vita e alla sicurezza sul lavoro. Per dire che queste sono le dimensioni che fondano la soddisfazione sul lavoro nel SFN.

La gerarchia è valutata positivamente: si tratta di persone simpatiche e collaborative. Il SFN è una struttura orientata alla verifica della soddisfazione del cliente, e pazienti e familiari sono molto soddisfatti dell'azienda, del suo funzionamento e delle prestazioni erogate. Se la gerarchia è orientata dalla dinamica affiliativa, influenza e efficienza sono le caratteristiche del sistema ospedaliero e di chi opera al suo interno. Chi lavora al SFN è soddisfatto del proprio lavoro e avrà sempre più elevate opportunità di sviluppo. Anche Roma e l'Italia sono contesti ove lo sviluppo sarà elevato e dove progettare sviluppo e anticipare il cambiamento è importante quale modello di successo, più che appartenere a gruppi di potere. Roma, in particolare, è caratterizzata da una cultura volta a migliorare la convivenza e dove le persone sono rispettose delle regole.

In sintesi: chi genera questa cultura sembra vivere nel "migliore dei mondi possibili", ove non ci sono conflitti, si è soddisfatti del proprio lavoro, si pensa di essere guidati da una gerarchia amichevole e volta a promuovere la collaborazione; ove la dirigenza del SFN non è per nulla desiderosa di ridurre il personale ma pensa di offrire sempre più elevate opportunità di sviluppo.

E' la cultura della gerarchia: i Dirigenti da un lato, i Direttori dall'altro. Sottolineiamo questa distribuzione delle variabili illustrative perché caratterizza la cultura in esame. I Dirigenti dal canto loro si lamentano per la scarsa competenza manageriale della gerarchia sopra di loro, per l'incapacità di presidiare e realizzare gli obiettivi aziendali, di innovare la gestione, di raggiungere risultati soddisfacenti, di conferire affidabilità al sistema ospedaliero. I Direttori pensano, di contro, che nel SFN tutto funzioni per il meglio, che le persone siano soddisfatte del proprio lavoro, che il SFN goda di un ottimo prestigio e di una buona immagine.

I primi sono attenti al funzionamento organizzativo dell'Ospedale, vale a dire a quelle dimensioni di funzionalità che dipendono dalla gestione manageriale; i secondi pensano che gli addetti siano interessati solo a dimensioni più vicine all'interesse del singolo, la carriera, la retribuzione, la qualità delle relazioni, il riconoscimento delle proprie competenze.

I primi presentano una cultura di "rischio psicosociale", in quanto insoddisfatti dell'organizzazione entro la quale lavorano e fortemente conflittuali con la gerarchia immediatamente loro superiore, che vivono come incapace, prepotente e conflittuale. I secondi appaiono, con la loro cultura di ignoramento dei problemi organizzativi, quali *generatori* di rischio psicosociale: si dimostrano completamente fuori pista nella lettura del contesto organizzativo e della domanda loro rivolta dal contesto stesso.

Il secondo fattore

Sul secondo fattore si situano i cluster 2 e 4. I repertori culturali presentano una contrapposizione tra un'anomia senza compensazione, ove il contesto lavorativo è visto come una minaccia incombente e inevitabile (cluster 4), ed un'anomia compensata da un familismo interno alle relazioni lavorative (cluster 2). Vediamo di approfondire questo rilievo.

Iniziamo dal cluster 4, situato nella parte bassa del secondo fattore.

Qui i problemi sembrano aver origine da una cattiva organizzazione del lavoro (turni mal gestiti), da pazienti e familiari insopportabili (ansiosi, maleducati, capaci di una pressione insopportabile sugli addetti sanitari), da colleghi collaborativi e simpatici ma anche prepotenti, da una gerarchia diffidente, da un affollamento eccessivo del SFN, ma anche dal rischio di prendersi malattie contagiose, dall'essere sottoposti a tensione troppo intensa, dal correre un elevato rischio occupazionale nel SFN ed infine dal timore di una magistratura incombente e minacciante.

Non sembra esserci, in questa cultura, un qualche elemento di "aiuto" nei confronti di una situazione lavorativa intollerabile. Sembra che tutto, nell'esperienza lavorativa di chi genera questo cluster, sia minacciante e imm modificabile. Con una sinergia evidente tra le differenti minacce percepite. Ad esempio, l'eccessiva pressione dei turni comporta rischi d'errore perseguibili dalla magistratura; la forte pressione di malati e familiari comporta possibili conflitti con la gerarchia ospedaliera, responsabile di non creare filtri protettivi nei confronti di chi lavora a stretto contatto con i malati; questo stretto contatto comporta, d'altro canto, rischio di contagio; quest'ultimo, se vissuto in modo ansioso, comporta a sua volta atteggiamenti difensivi nei sanitari; difese che generano incertezze e conflitti interni, in quanto tutto questo può essere una risposta difensiva nei confronti del vissuto di pressione eccessiva da parte di malati e familiari. Si potrebbe continuare a lungo nell'individuare le sinergie problematiche tra gli elementi di disagio presenti nella cultura in analisi.

Sembra che il rischio psicosociale di questa cultura sia provocato dal sentimento di accerchiamento minacciante, senza soluzione di continuità: la minaccia è professionale (malati e familiari), organizzativa (turni e carico di lavoro), gerarchica, strutturale (rischio di perdere il lavoro), istituzionale (magistratura incombente). Anche il contesto lavorativo è esigente, con la richiesta di comunicare e di collaborare; con l'imposizione di rispetto per le procedure e di sviluppo dell'interesse per i pazienti; con l'esigenza, sentita come pressante da chi appartiene a questa cultura, di essere stimati da tutti. I fattori di successo, in questa cultura, diventano adempimenti impossibili: come si può mostrare interesse per pazienti vissuti come diffidenti, maleducati, ansiosi e carichi di pretese, pericolosi? Come si possono rispettare le procedure in un contesto lavorativo inefficiente e troppo faticoso? Come si può comunicare con una gerarchia diffidente?

Anche il contesto romano e italiano vengono vissuti come altamente problematici: in Italia ci sono problemi di convivenza legati all'illegalità diffusa, al degrado ambientale, alla bassa qualità dei servizi, segnatamente del sistema sanitario, all'incapacità di promuovere sviluppo. I romani e gli italiani pensano solo a sé e alla propria famiglia, denotando un egocentrismo che contribuisce ad accentuare l'anomia profonda di questa cultura. Anche i giovani, per avere successo, hanno sì bisogno di creatività e di eccellenza professionale, ma assieme all'aiuto della famiglia e alla capacità di imporsi sugli altri. Questa competitività egoista, in sintesi, accentua la sfiducia in un contesto ove l'indifferenza per le regole del gioco renderà sempre più difficile la convivenza.

Per essere soddisfatti sul lavoro, si dice in questa cultura, servirebbe una maggior definizione di compiti e responsabilità, così come una maggior autonomia. Sembra, questa, l'unica via di uscita dal "disadattamento" denunciato dalla cultura in analisi: essere autonomi dalla gerarchia e dai colleghi, aver chiari i propri compiti e non avere a che fare con la pretesa di nessuno.

Passiamo al *cluster 2*.

Si tratta di una cultura interessante, perché mostra una strada per limitare il "rischio psicosociale" che deriva dal disagio lavorativo. Dimensioni stressanti sono: l'eccessivo carico di lavoro, l'essere sempre sotto tensione, le carenze organizzative, i turni faticosi, i pazienti maleducati, i casi clinici acuti. Si tratta, quindi, di un repertorio culturale ove le componenti "urgenti" del lavoro, la pressione alla quale sono sottoposti gli addetti del SFN, i turni e più in generale le dinamiche organizzative

del lavoro ospedaliero, la maleducazione dei malati (traducibile in una pressione a guarire e ad essere accuditi) sono fattori di forte tensione emozionale.

Viene, peraltro, presentato un antidoto a questa situazione "stressante": si tratta della componente affiliativa insita nelle relazioni ospedaliere, del conforto che deriva dal lavorare in condizioni "amiche". Comunicare, saper collaborare, saper lavorare in gruppo, sapersi assumere responsabilità, in particolare con i pazienti e i loro familiari, tutto questo sembra fondare un lavoro che compensa le condizioni stressanti prima sottolineate. Si tratta di un sistema di relazioni che fa crescere professionalmente, ma che sa creare anche un clima affiliativo, di amicalità fondata sulla fiducia e sul rispetto nei confronti di chi lavora in Ospedale. Rispetto, fiducia e educazione sembrano essere le componenti centrali di un sistema di relazioni che implicano l'accettazione emozionale dell'altro entro un sistema di rapporti assimilato alla famiglia. Interessante notare che, in questa cultura, la famiglia sia l'unica componente affidabile del sistema Italia, mentre non lo sono le grandi imprese, i mass media, i sindacati e le forze dell'ordine. Si tratta di una cultura anomica, ove alla mancanza di regole del gioco capaci di consentire e presidiare la convivenza, si aggiunge una marcata sfiducia nei confronti del sistema ospedaliero.

In sintesi, nella cultura in analisi emerge una valutazione problematica del lavoro ospedaliero, dovuta alle molteplici pressioni cui sono sottoposti gli addetti per via di differenti problemi nell'organizzazione e nella gestione del lavoro. La difesa da tutto questo si fonda su una valorizzazione delle componenti relazionali del lavoro: i rapporti individuali e di gruppo aiutano a compensare le tensioni, a contenere il lavoro entro dinamiche di rispetto e fiducia. Questa sembra l'indicazione capace di contenere, grazie alle relazioni "educate", le problematiche del lavoro ospedaliero. Le variabili illustrative del cluster sono: il sesso maschile e il ruolo di dirigente sanitario.

Se il primo fattore era caratterizzato da una contrapposizione tra funzioni manageriali, il secondo è connotato da una valutazione del lavoro ospedaliero tout court, dai turni alla relazione con colleghi e pazienti, dal carico di lavoro all'affollamento, al rischio di contagio, alla tensione che il lavoro comporta, specie con pazienti acuti. Il secondo fattore si situa a mezzo tra una gerarchia più alta per cui tutto va bene e un gruppo manageriale che sottolinea le carenze negli obiettivi e nei risultati dell'azienda ospedaliera. Qui troviamo i lavoratori, nelle loro diverse articolazioni, e troviamo i problemi del lavoro quotidiano. In particolare, in questo fattore fa il suo ingresso rilevante il "cliente" del sistema ospedaliero, il paziente e i suoi familiari.

Il lavoro ospedaliero è visto criticamente da entrambe le culture del fattore: si tratta di un lavoro che, in generale, viene vissuto come stressante. Ma con diverse reazioni. Da una parte ci si sente assediati da una minaccia a tutto campo, senza alternative se non quella di una solitudine autonoma (impossibile) che metta al riparo dalla minaccia generalizzata. Qui incontriamo i fattori genetici di ciò che possiamo chiamare rischio psicosociale ospedaliero. Dall'altra si individua nelle relazioni amicali educate e nel familismo del gruppo d'appartenenza, un antidoto alla pressione stressante del lavoro stesso. Il rifugio nel gruppo d'appartenenza e la fiducia nelle relazioni appropriate al ruolo sono rimedi sicuri nei confronti di un lavoro che perde le sue connotazioni di minaccia estesa, dal paziente alla magistratura.

Il terzo fattore

Sul terzo fattore troviamo solo il cluster 1.

Si tratta di una cultura "altra", che non trova spazio entro i due primi fattori. Altra, perché sembra che i problemi che in essa vengono sottolineati siano strettamente connessi al lavoro ospedaliero specifico, in quanto il cluster 1 è generato significativamente da chi lavora nella U.O.C. Oncologia. Vediamo più analiticamente i dati emersi in questa cultura. Si rilevano molteplici problemi sul lavoro: ansia dei pazienti ma anche, ed è l'unica cultura ove questa componente compare, il confronto con la morte; la paura di sbagliare; l'aver a che fare con pazienti molto anziani, la vicinanza di malati contagiosi, ma non le obiezioni e le resistenze dei pazienti. Si tratta, quindi, di problemi che originano dal confronto con malattie difficili, spesso incurabili, che confrontano con la morte quale fallimento dell'intervento medico. Per questo motivo si è sempre sotto tensione, così come si rischia di essere contagiati.

A questi problemi si contrappone la fiducia nella valorizzazione del proprio operato entro il SFN: sono fattori di successo la realizzazione degli obiettivi aziendali, il rispetto delle procedure, il saper collaborare, il lavorare sodo, l'essere stimati da tutti, l'essere innovativi e il dimostrare interesse per i pazienti. Una sorta di decalogo del bravo operatore sanitario, capace di attenzione alla gerarchia (procedure, lavorare sodo), ai colleghi (collaborare, essere stimati), all'azienda (perseguire gli obiettivi aziendali, essere innovativi, attenzione ai risultati), ai pazienti (dimostrare interesse nei loro confronti).

Il medico è dotato di potere, e lavora con infermieri che rispondono con dipendenza amichevole al potere medico. Viene sottolineata l'inefficienza organizzativa del SFN. Si pensa che la propria U.O.C. goda di elevato prestigio, e si è contenti dell'orario di lavoro, anche se si denuncia una cattiva gestione dei turni e una scarsa opportunità di sviluppo professionale. Si teme, infine, il possibile intervento della magistratura quale minaccia imminente.

In sintesi, si tratta di una cultura che sottolinea la pericolosità e la difficoltà di un lavoro con malati gravi, oncologici o malati altamente contagiosi, ove l'intervento sanitario è difficile e sottopone a forte pressione professionale. Questa difficile situazione è peraltro ben compensata dal vissuto concernente strutture di lavoro efficienti e collaborative, pur se all'interno di un sistema ospedaliero problematico perché inefficace e poco attento allo sviluppo professionale del personale. Così pure si pensa di vivere in un contesto sociale inaffidabile. Ciò comporta la consapevolezza di un lavoro difficile, ma ben organizzato entro la propria struttura d'appartenenza; una sorta di isola funzionante, entro un contesto (ospedaliero, sanitario e sociale) altamente problematico. In questa cultura si rilevano solo modesti segni di rischio psicosociale.

Rapporto tra culture e soddisfazione per il lavoro

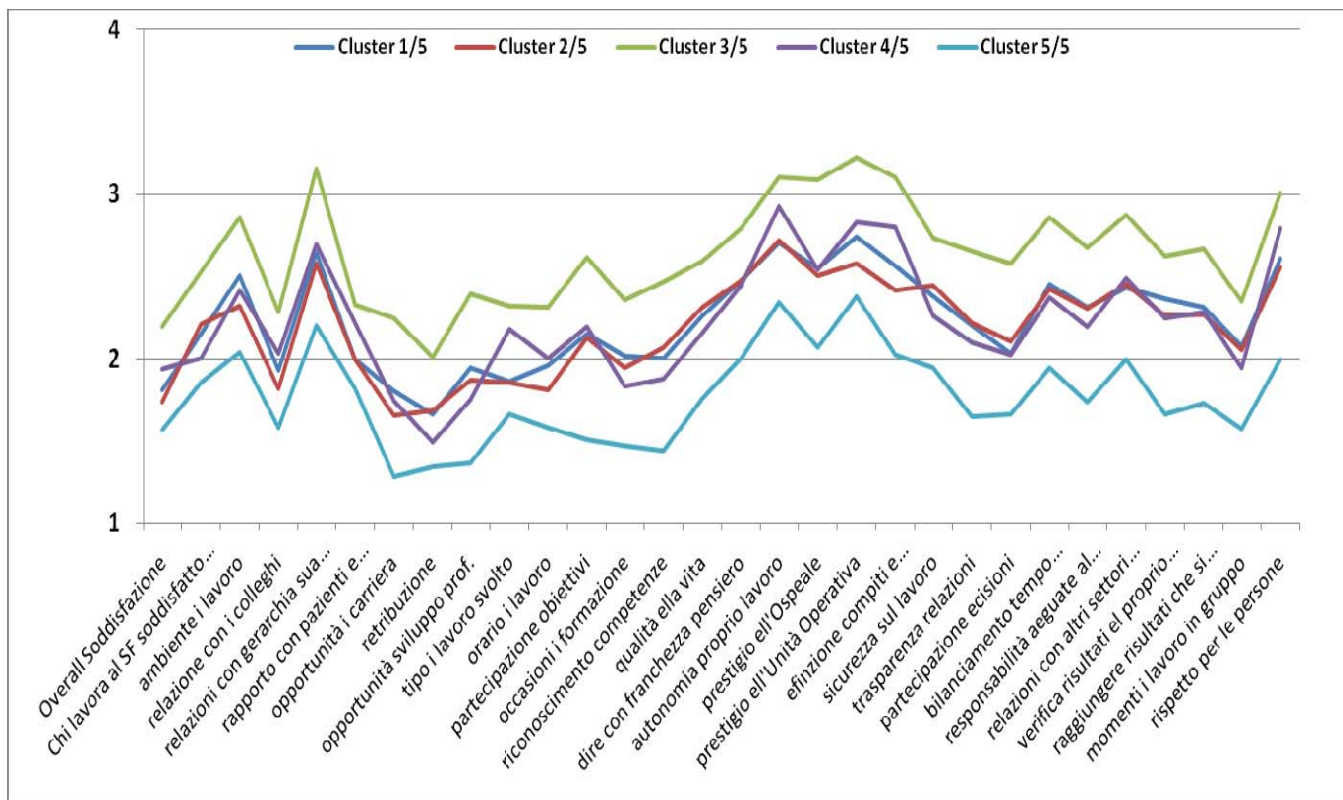
Rapporto tra culture e soddisfazione over all

| CLUSTER | Valutazione del Rischio Psicosociale | Indice di soddisfazione over all |
|-----------|--------------------------------------|----------------------------------|
| Cluster 5 | +++ | 1.57 |
| Cluster 4 | ++ | 1.94 |
| Cluster 1 | + | 1.81 |
| Cluster 2 | +/- | 1.74 |
| Cluster 3 | - | 2.20 |

Si può notare la differenza significativa tra il cluster 3, a soddisfazione medio-alta, e tutte le altre culture caratterizzate da valori di soddisfazione sotto la media. In particolare è molto basso il valore di soddisfazione del cluster 5, la cultura a più elevato rischio psicosociale.

Si può rilevare, in sintesi, una correlazione inversa tra valori di rischio psicosociale e valori di soddisfazione per il proprio lavoro in Ospedale.

Rapporto tra le differenti variabili della soddisfazione e i cluster.



Il cluster 3 riporta sistematicamente i valori più elevati di soddisfazione per le 28 variabili della soddisfazione e per le due aree over all (“In che misura è soddisfatto del suo lavoro?”; “Chi lavora al SFN, in generale, quanto è soddisfatto del suo lavoro, secondo lei?”). Il cluster 5 riporta i valori più bassi di soddisfazione. Gli altri tre cluster si situano in posizione intermedia e sovrappongono i valori di soddisfazione.

L’analisi dei dati sulla soddisfazione consente una ulteriore considerazione: le curve dei valori riferiti ai cinque cluster seguono lo stesso andamento, abbassandosi o definendo i picchi più alti consensualmente. Ciò significa che le singole variabili utilizzate per la rilevazione della soddisfazione non hanno capacità discriminanti per le culture evidenziate dalla ricerca. Ad esempio, le “opportunità di carriera” e “la retribuzione” evidenziano i valori più bassi in tutti i cluster (anche se conservando quell’ordine interno ai cluster segnalato più sopra); di contro, “le relazioni con la gerarchia della sua Unità Operativa”, “l’autonomia nel proprio lavoro”, “il prestigio del suo Ospedale” e “il prestigio della sua Unità Operativa” riportano sistematicamente e significativamente i valori più elevati in tutte le cinque culture.

Se le culture servono per una differenziazione del rischio psicosociale entro la popolazione del SFN, non è così per le componenti della soddisfazione. *E’ il valore di soddisfazione nel suo complesso che correla con il rischio psicosociale*, nel senso di un valore più basso di soddisfazione per la cultura a più alto rischio, e di un valore più elevato per la cultura a più basso rischio. *I singoli elementi* in cui è scomposta la soddisfazione si comportano coerentemente entro le differenti culture e non danno informazioni sul rischio psicosociale, come alcuni autori di contro segnalano. Possono suggerire altri tipi di informazione ma, lo ripetiamo, *non servono quali indicatori del rischio*.

Valori medi di soddisfazione emersi per le singole componenti della soddisfazione stessa (in rosso i valori significativamente sotto la media, in azzurro quelli sopra la media)

| Componenti della soddisfazione | Valori medi di soddisfazione |
|--------------------------------|------------------------------|
| L’ambiente di lavoro | 2.41 |
| Le relazioni con i colleghi | 1.91 |

| | |
|---|------|
| Le relazioni con la gerarchia della sua Unità Operativa | 2.63 |
| Il rapporto con i pazienti e familiari | 2.05 |
| Le opportunità di carriera | 1.73 |
| La retribuzione | 1.63 |
| Le opportunità di sviluppo professionale | 1.86 |
| Il tipo di lavoro che lei svolge | 1.94 |
| L'orario di lavoro | 1.92 |
| La partecipazione alla definizione dei suoi obiettivi lavorativi | 2.10 |
| Le occasioni di formazione | 1.92 |
| Il riconoscimento delle sue competenze | 1.96 |
| La qualità della vita nel suo ambiente di lavoro | 2.21 |
| La possibilità di dire con franchezza ciò che si pensa sulle questioni lavorative | 2.43 |
| L'autonomia nel proprio lavoro | 2.73 |
| Il prestigio del suo ospedale | 2.53 |
| Il prestigio della sua Unità Operativa | 2.72 |
| La definizione dei suoi compiti e delle sue responsabilità | 2.55 |
| La sicurezza sul lavoro | 2.34 |
| La trasparenza nelle relazioni di lavoro | 2.15 |
| La partecipazione alle decisioni | 2.06 |
| Il bilanciamento tra tempo di lavoro e tempo libero | 2.34 |
| L'attribuzione di responsabilità adeguate al ruolo | 2.24 |
| Le relazioni con gli altri settori dell'ospedale | 2.43 |
| La possibilità di verificare i risultati del proprio lavoro | 2.22 |
| La possibilità di raggiungere i risultati che ci si aspetta nel proprio lavoro | 2.24 |
| I momenti di lavoro in gruppo | 1.99 |
| Il rispetto per le persone | 2.57 |
| Over all | 1.83 |
| Over all attribuita a SFN | 2.15 |

Se si guarda ai valori più alti: la maggior parte degli items a soddisfazione più elevata parlano dei rapporti con la gerarchia aziendale, in particolare di quella dell'U.O. di appartenenza, e con la sua competenza a perseguire il prestigio della struttura. Gli items con i valori più bassi segnalano, di contro, i limiti intrinseci al lavoro: retribuzione, opportunità di carriera, di sviluppo professionale e di formazione, orario di lavoro, riconoscimento delle proprie competenze e tipo di lavoro che si svolge, nonché il lavoro in gruppo. Sembra quindi che esista una gerarchia con la quale si è direttamente a contatto, con la quale si hanno rapporti soddisfacenti; ma anche un "sistema" ospedaliero con cui non si hanno rapporti e che vessa il personale, lo rende insoddisfatto. Questa *scissione della gerarchia in due aree*, quella *conosciuta* con funzione gratificante e quella *sconosciuta e lontana*, decisamente frustrante i bisogni del personale, aiuta a capire come chi "fa di tutte le erbe un fascio" sia a forte rischio psicosociale, come è il caso del cluster 5.

La distribuzione dei cluster entro le variabili illustrative

cluster e ruoli

| | | Cluster | | | | | Total |
|-------|--------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------|
| | | Cluster 1 | Cluster 2 | Cluster 3 | Cluster 4 | Cluster 5 | |
| Ruolo | Direttore o Responsabile | 11 | 9 | 16 | 4 | 6 | 46 |

| | | | | | | |
|------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| | 23,9% | 19,6% | 34,8% | 8,7% | 13,0% | 100,0% |
| Responsabile SAIO e coordinatore | 19 | 13 | 9 | 11 | 4 | 56 |
| | 33,9% | 23,2% | 16,1% | 19,6% | 7,1% | 100,0% |
| Dirigente Sanitario | 45 | 73 | 31 | 29 | 68 | 246 |
| | 18,3% | 29,7% | 12,6% | 11,8% | 27,6% | 100,0% |
| Personale SAIO infermiere | 111 | 65 | 60 | 60 | 71 | 367 |
| | 30,2% | 17,7% | 16,3% | 16,3% | 19,3% | 100,0% |
| Personale supporto SAIO (Oss, Ota) | 5 | 4 | 3 | 5 | 3 | 20 |
| | 25,0% | 20,0% | 15,0% | 25,0% | 15,0% | 100,0% |
| Personale Tecnico CTSR | 27 | 15 | 10 | 8 | 21 | 81 |
| | 33,3% | 18,5% | 12,3% | 9,9% | 25,9% | 100,0% |
| Personale Riabilitativo CTSR | 2 | 6 | 1 | 0 | 2 | 11 |
| | 18,2% | 54,5% | 9,1% | ,0% | 18,2% | 100,0% |
| Personale Amministrativo | 13 | 15 | 12 | 12 | 11 | 63 |
| | 20,6% | 23,8% | 19,0% | 19,0% | 17,5% | 100,0% |
| Personale Area Tecnica | 1 | 5 | 8 | 1 | 2 | 17 |
| | 5,9% | 29,4% | 47,1% | 5,9% | 11,8% | 100,0% |
| Total | 234 | 205 | 150 | 130 | 188 | 907 |
| | 25,8% | 22,6% | 16,5% | 14,3% | 20,7% | 100,0% |

Infermieri e responsabili del settore infermieristico vedono una presenza accentuata entro il cluster 1, assieme al personale tecnico CTSR (Coordinamento Tecnici Sanitari e Riabilitatori). I medici hanno una presenza relativamente bassa entro lo stesso cluster 1. Questi ultimi, di contro, vedono una presenza percentualmente elevata nel cluster 5.

La contrapposizione tra area infermieristica che sottolinea la rischiosità del lavoro e area medica prevalentemente caratterizzata da una distanza conflittuale con la dirigenza può dare indizi sulla difficoltà di comunicazione tra infermieri e medici.

cluster e genere

| Sesso | | | | | | Totale |
|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------|
| | Cluster 1 | Cluster 2 | Cluster 3 | Cluster 4 | Cluster 5 | |
| maschi | 91 | 112 | 64 | 46 | 76 | 389 |
| | 23,4% | 28,8% | 16,5% | 11,8% | 19,5% | 100,0% |
| femmine | 149 | 98 | 93 | 88 | 112 | 540 |
| | 27,6% | 18,1% | 17,2% | 16,3% | 20,7% | 100,0% |
| Totale | 240 | 210 | 157 | 134 | 188 | 929 |
| | 25,8% | 22,6% | 16,9% | 14,4% | 20,2% | 100,0% |

L'unico dato significativo è la differente distribuzione dei maschi (più elevata) e delle femmine (meno elevata) entro il cluster 2. Ciò segnala come la difesa dal rischio psicosociale individuata in tale cluster (amicalità come coesione difensiva) sia più presente tra gli uomini che tra le donne che lavorano al SFN. L'amicalità coesa e difensiva presente nel cluster 2 è una risorsa molto utile se pensata in rapporto alla tendenza disgregatrice delle relazioni presente nel cluster 4; tuttavia va tenuto presente che un'enfatizzazione della sua relazione con il genere maschile potrebbe essere fattore di stress per il personale di genere femminile. *Si nota così un possibile conflitto tra costruzione di appartenenza e conflitto tra generi.*

cluster e anzianità di servizio

| Anzianità di servizio | Cluster 1 | Cluster 2 | Cluster 3 | Cluster 4 | Cluster 5 | Totale |
|-----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------|
| meno di 5 anni | 24 | 11 | 15 | 8 | 14 | 72 |
| | 33,3% | 15,3% | 20,8% | 11,1% | 19,4% | 100,0% |
| da 5 a 15 anni | 72 | 72 | 46 | 39 | 71 | 300 |
| | 24,0% | 24,0% | 15,3% | 13,0% | 23,7% | 100,0% |
| da 15 a 30 anni | 108 | 86 | 64 | 55 | 76 | 389 |
| | 27,8% | 22,1% | 16,5% | 14,1% | 19,5% | 100,0% |
| più di 30 anni | 36 | 40 | 32 | 32 | 31 | 171 |
| | 21,1% | 23,4% | 18,7% | 18,7% | 18,1% | 100,0% |
| Totale | 240 | 209 | 157 | 134 | 192 | 932 |
| | 25,8% | 22,4% | 16,8% | 14,4% | 20,6% | 100,0% |

Il personale con minore anzianità ha una frequenza significativamente più elevata entro il cluster 1, che abbiamo visto rappresentare la cultura più problematica nei confronti dei rischi tipicamente "ospedalieri" (contagio, morte, paura di sbagliare, pazienti molto anziani). I più anziani, di contro, hanno la minore frequenza entro lo stesso cluster 1. *Si tratta quindi di una cultura espressiva della costruzione di un'appartenenza all'Ospedale e dell'accettazione dei limiti del lavoro di cura e assistenza.*

cluster e diverse tipologie di pazienti

| Tipologie di pazienti di cui si occupa | | | | | | | Totale |
|--|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------|
| | | Cluster 1 | Cluster 2 | Cluster 3 | Cluster 4 | Cluster 5 | |
| ricoverati acuti | | 72 | 75 | 46 | 46 | 71 | 310 |
| | | 23,2% | 24,2% | 14,8% | 14,8% | 22,9% | 100,0% |
| pazienti ambulatoriali | | 36 | 24 | 23 | 23 | 27 | 133 |
| | | 27,1% | 18,0% | 17,3% | 17,3% | 20,3% | 100,0% |
| tutti i tipi di pazienti | | 67 | 74 | 49 | 41 | 53 | 284 |
| | | 23,6% | 26,1% | 17,3% | 14,4% | 18,7% | 100,0% |
| non si occupa di pazienti | | 59 | 35 | 30 | 23 | 33 | 180 |
| | | 32,8% | 19,4% | 16,7% | 12,8% | 18,3% | 100,0% |
| Totale | | 234 | 208 | 148 | 133 | 184 | 907 |
| | | 25,8% | 22,9% | 16,3% | 14,7% | 20,3% | 100,0% |

Il dato più interessante è rappresentato dalla prevalenza del cluster 1 del personale che “non si occupa di pazienti”. Ricordiamo che il cluster 1 è caratterizzato dai rischi tipicamente “ospedalieri” (contagio, morte, paura di sbagliare, pazienti molto anziani). Questo dato conferma quanto già rilevato in rapporto alla tabella 3. Quanto meno si ha esperienza del lavoro ospedaliero, inteso come rapporto con i pazienti, tanto più si ha difficoltà a stare ai limiti della cura e della terapia, alle prove di impotenza nei confronti della morte e delle malattie o delle condizioni “incurabili”.

Possibilità di sviluppo della Cultura Locale dell'ACO San Filippo Neri in rapporto al rischio psicosociale

La ricerca ha mostrato che il rischio psicosociale è in rapporto ai differenti repertori culturali in cui si articola la più complessiva cultura dell'Ospedale. Sono emerse due aree di rischio.

In primo luogo, quella associata al rapporto tra Direttori e Dirigenti: questi ultimi non sentono rivolta una adeguata attenzione a obiettivi, risultati e competenza professionale. Ciò conduce a una situazione anomica dei Dirigenti completamente ignorata dai Direttori, che dal canto loro non rilevano problemi. La possibilità di sviluppo è connessa con la creazione di un gruppo orizzontale dei Direttori nel quale i Direttori stessi si possano confrontare con tale problematica.

In secondo luogo, quella associata all'utilizzazione o meno delle difese connesse con l'amicizia e la coesione affettiva dei gruppi di lavoro. In questo caso si tratta soprattutto di conoscere l'esistenza di questa risorsa e di valorizzarla, in alternativa ai conflitti o all'ignoramento entro la propria struttura di appartenenza. Sarà utile tenere presente che tale coesione amicale è meno accessibile al personale femminile.

In conclusione si può aggiungere che se le culture sono un fattore di rischio, esse sono anche una risorsa e la loro conoscenza costituisce già un'iniziativa di intervento. A tal fine i dati di questa ricerca possono essere usati entro comunicazioni mirate a tutto il personale.

Interventi successivi alla ricerca

Ad oggi sono state effettuate diverse iniziative di diffusione e discussione dei dati, e in alcune U.O. sulla base di specifiche esigenze sono stati realizzati incontri approfonditi di analisi dei dati: Servizio Gestione Attività Ambulatoriali (SGAA), Neonatologia, Ostetricia-Ginecologia, Analgesia al Parto e Anestesia Ginecologica, Medicina d'Urgenza/Pronto Soccorso (MUPS), Cardiologia. In due casi, MUPS e SGAA, a tali incontri sono seguite iniziative di osservazione partecipante da parte di consulenti psicologi SPS, accompagnate da approfondimenti di casi condivisi con le équipes delle U.O. Inoltre SPPR ha iniziato un'attività di valutazione dei cosiddetti rischi oggettivi di stress lavoro-correlato.

Bibliografia

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2002). *L'analisi Emozionale del Testo. Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi*. Milano: Franco Angeli.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2011). *La cultura dei Servizi di Salute mentale in Italia*. Milano: Franco Angeli.

Carli, R., Paniccia, R.M., & Giovagnoli F. (2010). L'organizzazione e la dinamica inconscia. *Rassegna Italiana di Sociologia*, 2, 183 – 204

Cox, T., Griffiths, A., & Rial-Gonzalez, E. (2000). *Research on work-related stress*. European Agency for Safety and Health at Work. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, ISBN 92-828-9255-7.

Nardella, C., Deitingner, P., & Aiello, A. (2007). La rilevazione del rischio psicosociale: rassegna di metodologia e strumenti di misura. *Fogli di informazione ISPESL*, 1, 45-53.

Rassegna Italiana di Sociologia (2010). Aspetti cognitivi dell'organizzazione. 2, aprile-giugno, 179 – 324.

Psicologia clinica e disabilità. La competenza a integrare differenze.

di Rosa Maria Paniccia*

Abstract

A partire dalla disabilità, questo lavoro si occupa di integrazione, e attraverso di essa dei valori fondanti la convivenza che attraversano la storia dell'occidente, visti come reificazione in una antinomia del modo di pensare della mente: espulsione e/o assimilazione delle diversità al noto da un lato, loro riconoscimento, categorizzazione e integrazione dall'altro. Nella prima modalità si diagnosticano fatti e si interviene su di essi attraverso azioni fondate sul potere di modificare gli eventi e sulla presa di decisioni. Viene proposto di chiamare queste azioni, sulla base della loro funzione, sostitutive. Nella seconda si interviene istituendo relazioni capaci di pensare la relazione stessa nelle sue dinamiche collusive di reificazione dei vissuti, recuperando con ciò le risorse che derivano dal tornare a vedere sotto forma di vissuto e quindi di pensiero ciò che senza questo setting appare come un fatto. Viene proposto di chiamare questo intervento, sulla base della sua funzione, integrativo, e si argomenta quale contributo possa dare in questo senso la psicologia clinica. Si analizza la prevalenza di funzioni sostitutive entro la disabilità, riferibile alla cultura sanitaria, e la necessità, a partire da alcuni fallimenti, di incrementare gli interventi integrativi. Si considera inoltre l'attuale prevalenza di una cultura anomica in ambito italiano, segnata dal potere senza competenza, che tende a negare la diversità e quindi la disabilità, osservando come ostacoli e richieda al tempo stesso competenze integrative.

Parole chiave: Disabilità; integrazione; anomia; potere senza competenza; analisi della domanda; psicologia clinica.



Nel Nuovo Mondo del XVII e XVIII secolo, tutte le possibili interazioni tra popolazioni diverse – europei, americani, africani - vennero classificate dai colonizzatori, nell'ipotesi che le differenze di carattere e di attitudini avessero base biologica, prevedibile in rapporto alla nascita; la

* Professore associato presso la Facoltà di Psicologia¹ - oggi Medicina e Psicologia - dell'Università di Roma "Sapienza".

classificazione si traduceva in gerarchie, con conseguenze in ogni aspetto della vita, dal tipo di lavoro alla tassazione. Per esempio? Il Cuatralvo Castizo era cinque ottavi di europeo, tre ottavi di indio; il Saltatràs, un sedicesimo di africano. Le classificazioni vennero dettagliatamente illustrate nella *pintura de castas*. Casta in portoghese significa puro, non contaminato. I dipinti sono un interessante e magnifico esempio della contaminazione tra cultura europea e americana, e al tempo stesso la prova della irriducibilità della polisemia del pensiero¹.

Premessa

Sono stata indotta a occuparmi di disabilità dal fatto che molti giovani psicologi trovano lavoro in quest'ambito e al contempo lo vivono come disorientante, frustrante e non professionalizzante. Ascoltando le loro esperienze, mi sono resa conto che fallimenti ed eventi critici sono causati in primo luogo da una mancanza di competenza relazionale, sia loro che dei contesti - scuola e servizi - in cui lavorano. Addentrandomi nella questione in cerca di costrutti che facessero ordine nei problemi che andavo individuando, sono risalita a tematiche fondanti sia la convivenza che i processi di pensiero, e mi è parso che solo così iniziassi a trovare qualche strumento concettuale da proporre. Ho cominciato a capire che le prime sono reificazioni in fatti dei secondi, creando antinomie difficilmente pensabili se non si riconosce la loro genesi. A partire da questo, interrogandomi sulle competenze professionali da sviluppare, inizio ad avanzare qualche idea.

Contesto noto e dato, o ignoto e costruito

Come premessa all'intervento psicologico clinico, considero due ambiti professionali, fondati su differenti opzioni teoriche e di metodo.

Una è a *contesto dato*. Essa si occupa della capacità di adattamento al contesto dell'individuo, utilizza classificazioni tendenzialmente "universali" che diagnosticano deficit nell'adattamento stesso e tecniche che lo riducano; sulla riduzione si fonda la qualità della prestazione. Il contesto viene implicitamente assunto come noto sotto il profilo delle caratteristiche che deve avere. Ad esempio, la comunicazione e l'integrazione vengono assunte come modalità di funzionamento il cui standard ottimale è noto e normato, delle quali misurare e se occorre correggere il grado per rimetterle a norma. Il contesto è presupposto come fonte di risorse date: l'intervento non si occupa della loro produzione e dei loro limiti, mentre è volto a regolare le capacità dell'individuo di accedervi. Se un bambino non sa leggere e scrivere, l'intervento è volto a dargli queste capacità, senza che ci si preoccupi dell'uso che ne farà; si ipotizza un incontro felice tra quel bambino e i suoi contesti di riferimento, diversi da quelli dell'insegnamento. Se l'insegnante del bambino non è adeguatamente preparata, si rivedrà la sua formazione. Se la scuola non attua una sufficiente integrazione dei disabili, si formeranno di più gli insegnanti. Se per caso, come succede, gli insegnanti non volessero saperne di formarsi, *ci si sposta su un campo che non concerne più la prestazione professionale*, ma che fa intervenire sia sistemi di potere che i valori che regolano la relazione sociale: la gerarchia scolastica, il sindacato, la magistratura, gli enti locali, le associazioni delle famiglie con la loro capacità di pressione e i loro conflitti da un lato, la colpa dell'escludere chi ha diritto all'inclusione dall'altro.

L'altra ottica è a *contesto costruito*. Essa è fondata su criteri che leggono la relazione individuo - contesto entro le variabili circostanze in cui si struttura; usa metodologie che intervengono su contesti di relazione al fine di incrementarne le capacità di recepire feedback per individuare e accrescere le risorse presenti. Il contesto è per definizione ignoto: non ha un funzionamento ottimale e uno sviluppo predefiniti ed è a risorse scarse e critiche; la competenza perseguita non è conformarsi a esso, ma conoscerlo e trovare le risorse e i criteri per svilupparlo. L'intervento è teso

¹ Per questo tipo di pittura, Katzew 2005; l'immagine è tratta da wikis.lib.ncsu.edu, sito della North Carolina State University.

a produrre competenza a costruire sistemi di convivenza capaci di riconoscere e sviluppare le loro risorse. Facciamo un esempio: il bambino che non sa leggere e scrivere è autistico. Se qualcuno si impegna a insegnarglielo senza preoccuparsi dell'uso che ne farà, non sarà una cosa certamente utile, ma che forse sarà utile: non si può ignorare la relazione tra quel bambino e il suo contesto. Supponiamo sia vitale, per quel bambino, trovare un contesto di relazione che lo accolga. Che non sia sufficiente che venga inserito nella scuola, ma che si debba lavorare già in quella fase perché abbia in futuro contesti di convivenza in cui stare; non è già previsto come questo possa essere perseguito, e va fatta una ricognizione attenta e inventiva di tutte le risorse in campo. Avere questa competenza, per l'insegnante, significa sospendere la propria adesione emozionale alla cultura scolastica che "prescrive" il leggere, scrivere e far di conto e che tende a espellere il bambino in quanto non in grado di aderire alle modalità collusive che la caratterizzano.

Ben inteso, chi insegna a quel bambino la scrittura in modalità "riduzione del deficit" ha notevoli iniziative e creatività: supponiamo che abbia la soddisfazione di scoprire una relazione tra i su e giù della scrittura corsiva, supposta impossibile per lui dalle sue insegnanti, e un certo gioco di montagne russe a disposizione sul suo telefonino che diverte molto quel bambino, e che attraverso quel felice collegamento lo veda fare insperati progressi. È un bel successo, per quella persona, se considera solo l'esito della sua prestazione, ed è una soddisfazione poter mostrare agli altri insegnanti quelle prime righe in corsivo. Supponiamo che sia un'AEC, l'assistente educativo culturale che supporta la didattica dei disabili a scuola ad aver avuto questa iniziativa; tra lei e gli insegnanti si crea un imprevisto rapporto di stima, che rassicura la giovane psicologa che ricopre quel ruolo e che nei primi tempi del suo lavoro si era sentita emarginare, insieme al bambino di cui si occupa, dalla classe. Ma se ci si chiede cosa il bambino se ne farà di quel corsivo, la faccenda si complica. Per chi sarà gravemente autistico tutta la vita, scopo primario non è attrezzarsi con gli stessi strumenti che si suppongono adeguati per chi è capace di stabilire relazioni con gli altri, quanto essere aiutato a costruire contesti di convivenza che lo aiutino nella sua disabilità. Quel bambino ha sei anni, una famiglia da cui lo si sta separando perché lo stava facendo deperire trascurandolo completamente, è in una casa famiglia entro la quale si è rapidamente ripreso, dimostrando nonostante tutto una felice vitalità, ed è in attesa di adozione. I problemi che emergono sono assai difficili, da far tremare la giovane psicologa; si capisce perché non li veda, se non dopo che le si chiede di ricostruire tale contesto, passo dopo passo. Mentre si opera questa resocontazione, la psicologa ricorda la forte emozione e il grande spavento provato il giorno recente in cui il bambino l'ha chiamata mamma. Anche se non volesse saperne, quel contesto di problemi le arriva addosso con violenza. Vediamo – siamo in una situazione formativa – come sia importante che cominci a occuparsene, in primo luogo riconoscendone l'esistenza, poi iniziando a trovare interlocutori diversi dalle insegnanti con cui aveva trovato felice alleanza sulla scrittura corsiva, condividendo con loro che il mondo finiva lì. Appare così una suora, quella che dirige la casa famiglia e che le ha parlato dell'adozione; riemerge la cooperativa per cui lavora con cui non ha condiviso nulla di questa vicenda. Il campo man mano si articola di presenze, tra le quali trovare interlocutori con cui condividere il problema e costruire una committenza su di esso.

Funzioni sostitutive e funzioni integrative

Nel primo ambito, delle professioni a contesto dato, vedo una quantità di prestazioni professionali. Ho più difficoltà a reperirne nel secondo; certamente penso a quell'ottica psicologico clinica che si è occupata di formulare una teoria dell'intervento e del rapporto individuo-contesto, mentre tutta la clinica di riduzione del deficit rientra nel primo. Altre discipline studiano il contesto sociale, ma proponendone descrizioni statiche e non genetiche mancano di una teoria dell'intervento, affidando quest'ultimo ad agenzie dotate di potere decisionale. Resta così intatta la frattura tra competenza professionale da un lato, dinamiche di potere e appello ai valori dall'altro². Come psicologi clinici, ci siamo occupati di modelli di relazione che organizzano la dinamica sociale, individuando funzioni sostitutive e funzioni integrative. La funzione sostitutiva assolve

² L'economia è a contesto dato; l'ottica prevalente è fondata su una teoria radicalmente individualistica che azzera il contesto. L'attuale crisi culturale va messa in conto anche all'aver affidato i nostri sistemi di convivenza a una disciplina a contesto dato, presupposto con risorse infinite.

compiti specifici e delimitabili, la cui attuazione non richiede conoscenza del contesto in cui si opera. L'AEC che insegna il corsivo al bambino autistico senza occuparsi dell'uso che ne farà assume una funzione sostitutiva. La funzione sostitutiva è supportata da tecniche, anche molto avanzate, traducendosi nella relazione tecnico forte-utente debole: il sapere del tecnico definisce i risultati da perseguire in rapporto a un modello previsto e li verifica in base allo scarto dal modello; il profano assume una posizione di dipendenza che permetta l'applicazione di tecniche. Una professione che rappresenta in modo esemplare la funzione sostitutiva è quella medica.

La funzione integrativa è invece fondata sul rapporto tra un tecnico debole e un utente forte: il primo basa la sua prestazione su una teoria dell'intervento che mette al centro la domanda del profano; gli obiettivi si definiscono esplorandola e l'esito si verifica sulla capacità che il profano acquisisce nel perseguirli entro i suoi differenti contesti di riferimento, a iniziare dal contesto dell'intervento³. L'AEC citata, assumendo una funzione integrativa, si incarica di rintracciare una committenza e una domanda per il suo intervento con il bambino autistico, che quanto a lui non può dargliela. Di qui la rilevanza del prendere contatto con tutti gli attori in gioco, la casa famiglia, la famiglia di origine, la scuola, la cooperativa, l'ente locale, per esplorare chi può assumere una committenza per conto del bambino. Il rintracciare una committenza, sostenerla, riconoscerla, farla assumere da chi può diventare capace di farlo, è l'esito di un lavoro complesso e probabilmente lungo e l'obiettivo più importante dell'intervento integrativo dell'AEC. La nozione di contesto variabile chiarisce che l'esito non è potenziare la conformità del profano a esso, ma la sua competenza a interpretarlo come risorsa per lui. È in tale committenza come contesto che può sviluppare risorse che si rintraccia il prodotto dell'intervento.

Al contesto dato corrispondono le funzioni sostitutive, al contesto costruito le funzioni integrative, anche nella professione psicologica; ma molte professioni possono essere lette con questi criteri.

In questo contributo tratto l'integrazione come competenza psicologica e come valori che si esprimono nel mandato sociale. All'integrazione come vissuto collusivamente condiviso dagli attori sociali entro le esperienze con la disabilità, che considero di necessario completamento a queste considerazioni, dedicherò un lavoro successivo.

Quando problemi di relazione vengono medicalizzati, emergono domande di integrazione

Aree di intervento per le competenze integrative emergono quando problemi non del tutto affrontabili dalla cultura medica vengono affidati a essa. A volte si tratta di problemi che hanno sia una componente che va affrontata in un'ottica sostitutiva sotto un profilo medico e individuale, sia una componente che concerne problemi di relazione, che richiede competenze integrative. Un esempio. Nell'ospedale, luogo medico per eccellenza, i problemi che si pongono non sono esclusivamente medici; è attuale il problema della conflittualità tra personale sanitario da un lato, pazienti e famiglie dall'altro, sollecitato dalla carenza di competenze relazionali e integrative⁴. Se le differenze tra le due funzioni, sostitutiva e integrativa, fossero chiare, potrebbero essere utilizzate in modo adeguato e utilmente affiancarsi; ma la chiarezza, per motivi storici e culturali, manca. Un sintomo rilevante della confusione tra funzioni sostitutive e integrative sono problemi prevalentemente riassumibili nell'ambito relazionale che hanno trovato, nei termini di mandato sociale, una collocazione in ambito sanitario. Spesso si pensa di affrontare con le sole competenze sostitutive anche questioni che richiederebbero prevalentemente competenze integrative.

³ Rimando per un approfondimento di questi modelli, fondati su una specifica teoria psicoanalitica della mente e della relazione, a Carli & Paniccia 2011.

⁴ Si veda il *Manuale di formazione per il governo clinico: la sicurezza dei pazienti e degli operatori*, gennaio 2012, del Ministero della Salute, dove assume rilevanza il tema della mediazione civile e del risarcimento dei danni per le vittime di errori sanitari e al contempo si sottolinea l'esigenza di porre attenzione agli aspetti relazionali, organizzativi, culturali dei sistemi sanitari. Il diminuito affidamento dei pazienti nei confronti dei medici sta instaurando un clima di guerra al quale i medici rispondono reattivamente con la medicina difensiva; quest'ultima fa crescere sia costi della sanità che la conflittualità. Di qui la nascita di una nuova area professionale, la "mediazione dei conflitti" in ambito sanitario. Vedremo se prenderà la deriva della prestazione sostitutiva, come in casi analoghi di funzioni che avrebbero dovuto occuparsi di problemi relazionali, o se si riuscirà a realizzare funzioni integrative.

Tra questi problemi c'è la disabilità, ma ce ne sono molti altri: ad esempio la malattia mentale, la vecchiaia, la tossicodipendenza, le malattie incurabili e le croniche che hanno bisogno di assistenza continuativa; ricordo anche l'assistenza ai detenuti, recentemente riassunta dal Servizio Sanitario Nazionale⁵.

Disabilità come diritto all'irriducibilità della differenza

Per parte della mentalità diffusa, il disabile è un "bambino" con un deficit di sviluppo. Ma la medicina ha permesso a molti disabili di diventare adulti e a molti adulti di prolungare la loro vita divenendo disabili. "La disabilità è un problema che coinvolge soprattutto gli anziani, infatti, quasi la metà delle persone con disabilità, un milione e 200 mila, ha più di ottanta anni" (Istat 2009, p.15). Nell'ottica allargata proposta da recenti indicazioni apparse in campo internazionale sulla disabilità, inoltre, molte se non tutte le aree di intervento precedentemente evocate rientrano in quell'ambito. Attraverso un criterio che si sposta dalla menomazione individuale allo svantaggio sociale, fanno il loro ingresso nuove questioni, impensabili nell'ottica che poneva le sue basi nella patologia, e riassumibili, sotto il profilo dei valori, nel rispetto per le differenze e il diritto di pari opportunità per chi le incarna entro posizioni di potere debole, come le donne, i minori, i migranti, gli anziani; in altri termini per tutte le categorie a rischio di emarginazione.

Per altro mentre si includono questioni che prima restavano fuori, si introducono problemi per i quali manca un riferimento a delle competenze chiare come quello presente nel rapporto patologia-medicina, che in effetti continua a essere l'ancoraggio più rilevante, insieme a un altro altrettanto antico e persistente, forse più sottotraccia poiché meno consono con la modernità in cui pensiamo di essere immersi, ovvero l'ottica caritativa e valoriale.

La Convenzione dell'ONU sui diritti delle persone con disabilità del 2006, ratificata in Italia con una legge del 2007 (Ministero della Solidarietà Sociale, 2007), basa la nuova attenzione alla disabilità sulla dichiarazione universale dei diritti dell'uomo. La disabilità va oltre la medicalizzazione di una patologia per diventare uno stato che ciascuno può conoscere in prima persona, non fosse che per il prolungamento della vita, che porta un numero crescente di persone verso una anzianità disabilitante. L'attenzione si sposta dalla disabilità alle barriere che impediscono la "partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri" (p. 8), di cui vengono considerate anche le dimensioni simboliche: i pregiudizi, le culture dell'esclusione⁶. Sottolineo che l'integrazione, oltre che come superamento dell'esclusione, viene proposta come contributo delle diversità alla convivenza. Cito tre punti del preambolo, quello in cui si ricorda l'*interdipendenza* dei diritti (punto c, p. 5), quello in cui si afferma il *diritto alla diversità* della disabilità: "riconoscendo la diversità della disabilità" (punto i, p. 6), e infine il punto m (p.6, sottolineatura mia) in cui si riconoscono:

"gli *utili contributi*, esistenti e potenziali, delle persone con disabilità in favore del benessere generale e della diversità delle loro comunità, e che la (...) piena partecipazione nella società da parte delle persone con disabilità accrescerà il senso di appartenenza ed apporterà significativi progressi nello sviluppo umano, sociale ed economico della società e nello sradicamento della povertà"

Tornerò in seguito sui due significati dell'integrazione: diritto all'inclusione e interdipendenza di diversità. Noto pure che la Convenzione ONU sottolinea l'esigenza della consultazione dei disabili, o delle loro famiglie se il disabile non può rappresentarsi da solo, evidenziata dallo slogan "niente su di noi senza di noi": se ne deduce che non è scontata.

Sviluppare risorse entro il contesto della disabilità

⁵ In data 1° aprile 2008 è stato decretato il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale della sanità penitenziaria, fino ad allora di competenza del Ministero della Giustizia; tra gli interventi da effettuare, la diagnosi dei detenuti in ingresso, finalizzata a evitare i suicidi, e il trattamento dei detenuti tossicodipendenti.

⁶ Questi aspetti non vengono distinti; confondere una scala ripida e un pregiudizio ha conseguenze assai problematiche. Un altro sintomo della confusione tra competenze integrative e sostitutive.

Nel 2010 interviene l'OMS con l'International Classification of Functioning, Disability and Health⁷. I commenti al documento sottolineano l'attenzione alla salute invece che alla malattia, la valutazione di disabilità che fa sì che chiunque possa essere considerato disabile in un ambiente sfavorevole, la misurazione dell'impatto che l'ambiente ha sulle prestazioni del singolo. Se ci si limitasse ad apprezzare come un progresso l'allargamento dell'ottica alle cosiddette componenti biopsicosociali, dovremmo comunque constatare che la classificazione valuta performance individuali e non sistemi di convivenza per individuarne la capacità di supportare la disabilità e inoltre si resterebbe disarmati di fronte alla vastità e genericità dell'appello⁸. L'interesse di questo documento, come del precedente, sta in un altro aspetto; ma prima mi soffermo sui limiti della classificazione, non irrilevanti.

La classificazione vuole misurare tutti gli individui (non solo quelli malati), quantificandone il funzionamento in rapporto a tutti gli aspetti della salute. L'ancoraggio è il corpo con sue funzioni, tra le quali anche il pensiero, la comunicazione, le relazioni; l'ambiente fa da cornice più o meno favorente il perseguimento di salute e benessere dell'individuo. Si effettua una scomposizione analitica della persona considerando *Funzioni corporee* (funzioni fisiologiche dei sistemi corporei, incluse le funzioni psicologiche), *Strutture corporee* (parti anatomiche del corpo), e *Attività e Partecipazione* (le azioni dell'individuo e il suo coinvolgimento nelle situazioni; qui rientrano comunicazione, relazioni interpersonali, vita sociale). Infine si considera l'*Ambiente* (sia naturale che sociale, sotto il profilo delle barriere che può porre alla persona; vi troviamo relazioni che forniscono sostegno e atteggiamenti delle persone del contesto dell'individuo).

Vediamo qualche esempio di queste classificazioni⁹. Entro la componente *Funzione*, una delle classificazioni principali sono le *Funzioni mentali* con diverse sotto-classificazioni con relativi esempi di menomazione. Vediamone tre. Nella sotto-classificazione *Temperamento e Personalità* le menomazioni sono: introversione, opposizione, irritabilità, pessimismo, insicurezza. In *Attenzione* la menomazione è la distraibilità. In *Emozionali* sono tristezza, paura, rabbia, odio, ansia, dolore. Entro la componente *Fattori Ambientali* una delle classificazioni principali è *Apprendimento e applicazione delle conoscenze* con varie sotto-classificazioni; per ciascuna ci sono esempi di limitazioni. Tra queste, *Compiti e richieste generali*, con questi esempi di limitazione: difficoltà a gestire stress, crisi, responsabilità.

Non sarà entro queste classificazioni diagnostiche, dove la distraibilità, l'opposizione, l'insicurezza diventano menomazioni dell'individuo, o dove la difficoltà a gestire stress, crisi e responsabilità diventano limitazioni individuali, che troveremo indicazioni per capire e supportare i processi di integrazione della disabilità. Per questi dovremo avere modelli di lettura della relazione dove la distrazione, l'insicurezza, il dolore caratterizzano rapporti entro contesti. Ma di questa cultura va tenuto conto come una parte rilevante della componente *Fattori Ambientali*, in quanto "atteggiamenti che influenzano il comportamento individuale e la vita sociale".

Questi documenti internazionali appaiono in un mondo sempre più interdipendente ma attraversato dalla frattura tra mercati globalizzati da un lato, Stati e politica con scarso potere di regolare tale interdipendenza e sistemi di convivenza impoveriti e disgregati dall'altro¹⁰. Il rischio di emarginazione di soggetti deboli cresce¹¹. Trovo perciò rilevante, molto più della classificazione, la

⁷ Vi si ritrova l'attuale tendenza a creare scale di fenomeni la cui definizione è affidata al senso comune, confondendo una posizione teorica con la neutralità e/o l'evidenza. Emerge la rappresentazione di un individuo da adattare a un contesto dato perché persegua un benessere conformista, e una sottovalutazione della psicodinamica delle relazioni, che viene scomposta per riemergere, frammentata e illeggibile, in tutte le aree della classificazione, tranne quella delle strutture corporee.

⁸ Sul tentativo di rispondere a queste nuove esigenze con la psicologia della salute si veda il confronto tra Carli (2010) e Bertini (2010).

⁹ <http://155.185.2.46/medicina/materiale%20didattico/medicinacomunita08-09/Classificazione%20ICF.doc>

¹⁰ Mi chiedo se potremo considerare un evento storico la recente legge di riforma sanitaria in USA, nella parte in cui prevede l'obbligo per i lavoratori di avere un'assicurazione sanitaria; vediamone due punti qualificanti: costringe le società assicurative a concedere le loro polizze anche ai cittadini malati o affetti da patologie croniche prima esclusi; gli oppositori sostengono che viola i diritti personali perché obbliga a una decisione che dovrebbe essere frutto di libera scelta.

¹¹ Touraine (2004), nella sua analisi dei profondi mutamenti in cui la realtà sociale contemporanea si disgrega perdendo istituzioni autoregolatrici, denuncia lo stato di difficoltà e l'arretramento del modello sociale che pone alla base dell'identità europea, fondato sulla ridistribuzione dei redditi per mezzo delle

denuncia dei limiti non più accettabili della diagnosi dell'individuo "fuori contesto", che non permette di prevedere e controllare il bisogno di servizi, che non possono più deriverne "automaticamente"; si pensi ad esempio alle pensioni di invalidità o all'ospedalizzazione. L'importanza di questi documenti risiede nella sponda che offrono come indirizzo strategico a Stati in sofferenza, e nella loro preoccupazione non solo per l'allocatione, ma anche per *lo sviluppo di risorse entro il contesto stesso della disabilità*, mentre questa diventa condizione comune a fronte della crescita delle malattie croniche ovvero della condizione di vecchiaia. Torniamo alla centralità della competenza a intervenire sulle relazioni. La classificazione d'altro canto convalida l'ottica individualista, e continua ad assumere un'ottica medica: si tratta di un conflitto che va tenuto presente¹².

I nuovi, ampi confini assunti dalla disabilità attendono ancora traduzioni pragmatiche di adeguata efficacia operativa, e in quegli stessi anni, mentre si producevano questi documenti su un piano internazionale, in Italia, che pure ne accettava i principi e li promulgava in leggi, diminuivano non solo gli investimenti, ma anche – e questo è più grave – l'attenzione governativa sul problema.

La disabilità a contesto dato

L'esigenza di intervenire con la disabilità in Italia si presenta in contesti che si articolano in modo complesso tra pubblico e privato, tra ospedale e servizi territoriali, tra famiglia e servizi. Consideriamone un crocevia, la scuola. L'impegno per l'integrazione della disabilità nella scuola ha quasi quaranta anni, la legislazione italiana in proposito è considerata la più avanzata, e ha comportato grandi investimenti di risorse di ogni tipo, economiche e professionali. Tuttavia le verifiche rilevano molte inadeguatezze. Si evidenzia spesso la persistenza della definizione di disabilità proposta dall'OMS nel 1980, dove l'aspetto patologico e medico era prevalente, con una ulteriore restrizione: si fa soprattutto riferimento a quella infantile, accompagnandola sino all'ingresso nell'età adulta. Da lì in poi sulla questione subentra un sostanziale silenzio, uno dei principali problemi dell'esperienza di disabilità.

A scuola si incontrano la cultura sanitaria e scolastica, entrambe con modelli di sviluppo a contesto dato, orientati da esiti previsti. Da un lato c'è lo sviluppo psico fisico, inteso come processo attraverso il quale l'individuo raggiunge la forma dell'adulto "normale"; qui intervengono medicina, psichiatria, psicologia, professioni diagnostiche e riabilitative attrezzate sostitutivamente. Dall'altro c'è il "programma" di una scuola attrezzata a conformare i discenti, nei comportamenti prima ancora che negli apprendimenti. Qui intervengono le gerarchie scolastiche, gli insegnanti e varie figure a supporto della didattica, che sarebbero preposte all'"integrazione" e alla "comunicazione" il cui ruolo debole e confuso è sintomatico della poca chiarezza sulle funzioni che dovrebbero promuovere. Ricordo i diversi scacchi subiti nel volere introdurre competenze integrative a scuola, incluso il sostanziale fallimento con la disabilità¹³.

Sia lo sviluppo psico fisico che il programma scolastico si concludono con la fine della scuola. Entro lo sviluppo previsto, le professioni intervengono a contesto dato: non è mai sottoposto ad analisi e viene considerato in sé adatto. L'attenzione è sull'individuo con deficit, che questo sia organico, psichico, di comportamento, di apprendimento; le prestazioni sono volte al perseguimento della sua autonomia (proporrò in seguito la problematicità di tale fine). Per molte

imposte e sulla garanzia di uguali prestazioni per tutti soprattutto allo scopo di aiutare i più deboli. Sottolineo la congiunzione tra risorse in sofferenza e attacco all'identità della comunità europea.

¹² Assunta la centralità non solo dell'allocatione ma anche della produzione di risorse, il confronto tra ottica medica sostitutiva fondata sul paradosso dell'efficacia che pretende risorse senza limiti (Carli & Paniccia, *op. cit.*) e ottiche fondate su competenze integrative che sviluppino risorse appare ineludibile.

¹³ Vedi i fallimenti nell'applicazione della legge 104 in CNEL 2009; la ricerca Invalsi sulla qualità dell'integrazione nelle scuole primarie allegata conclude "...ad oltre 36 anni dalla legge n.118/71 che avviò in Italia il processo di integrazione, ancora oltre un quarto delle scuole primarie italiane non ha tratto alcun vantaggio dall'integrazione, che quindi continua a svolgersi in modo routinario, burocratico e privo di qualità alcuna" (p. 26). Quanto ai risultati presupposti, a contesto dato, il rapporto dice che è ancora assai diffusa la convinzione che se gli alunni non sanno leggere, scrivere e far di conto non possono conseguire un diploma ma solo un attestato di frequenza, nonostante la legge dica che i risultati debbono essere commisurati ai livelli iniziali di apprendimento.

persone non autosufficienti le prospettive di avere una vita di una qualità accettabile dopo tali sforzi riabilitativi sono scarse. Da questi fallimenti potremo apprendere molto, perché per molti disabili la fase scolastica rappresenta l'unica occasione di essere inseriti in un contesto sociale diverso da quello della famiglia. Sarebbe che non possa essere pensato uno sviluppo diverso dal conformare un individuo in modo previsto a un contesto dato; quando i percorsi di sviluppo prescritto – lo sviluppo evolutivo normale, il percorso scolastico – si chiudono, si scopre che ci vorrebbero prospettive che non abbiano come premessa un contesto dato cui adattare gli individui, ma che assumano il contesto e non l'individuo come oggetto di intervento mutativo, immaginando modi di convivenza in grado di trattare con le dimensioni irreversibili della disabilità¹⁴. Sarebbero necessarie, accanto alle competenze sostitutive, quelle integrative. Sarebbe utile attivarle nel contesto scolastico stesso, senza attenderne la conclusione. Cosa ne impedisce la presenza? Dobbiamo chiederci quali premesse culturali e quale dinamica collusiva organizzino il rapporto con la disabilità.

Integrazione: diritto o risorsa.

Ricordiamo la legge-quadro 104 del 1992:

1. Finalità. - 1. La Repubblica:

- a) garantisce il pieno rispetto della dignità umana e i diritti di libertà e di autonomia della persona handicappata e ne promuove la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società;
- b) previene e rimuove le condizioni invalidanti che impediscono lo sviluppo della persona umana, il raggiungimento della massima autonomia possibile e la partecipazione della persona handicappata alla vita della collettività, nonché la realizzazione dei diritti civili, politici e patrimoniali;
- c) persegue il recupero funzionale e sociale della persona affetta da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali e assicura i servizi e le prestazioni per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle minorazioni, nonché la tutela giuridica ed economica della persona handicappata;
- d) predispone interventi volti a superare stati di emarginazione e di esclusione sociale della persona handicappata.

Esploriamo questo linguaggio, nell'ipotesi che esprima il mandato sociale sulla disabilità. Integro è ciò a cui nulla manca. Integrare è completare, rendere intero. La necessità di integrare i disabili nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società nascerebbe dal fatto che senza di loro questi contesti di convivenza non sono integri. Nel riflessivo reciproco completarsi l'un l'altro è costituire una unità organica, anche attraverso il coordinamento dei reciproci mezzi, risorse e capacità. Ma c'è anche il significato di integrare come superamento dell'esclusione, della segregazione; in questo caso si incorpora un elemento nuovo in un insieme, in un tutto, così che ne costituisca parte integrante e si fonda con esso¹⁵.

Abbiamo così due significati emozionali dell'integrazione, molto diversi.

- L'integrazione come *interdipendenza di differenze*. L'integrità è data dal riconoscimento delle diversità presenti in un contesto o in un soggetto, e dalla ammissione della loro interdipendenza e necessaria cooperazione. Si è vicini al concetto di solidarietà (il cui etimo rimanda a intero,

¹⁴ Per un intervento di riduzione del deficit a contesto dato si veda Casini, 2010. Il deficit è la "riacutizzazione di vissuti traumatici" vissuta quando cessa il supporto della scuola e dei servizi di neuropsichiatria infantile, sia da famiglie con un figlio con un medio-grave grado di disabilità intellettiva che dagli stessi figli. La riacutizzazione è attribuita a una acontestuale "fase di passaggio" adolescenziale, una "seconda nascita". La fine del rapporto con scuola e servizi è la "cornice di riferimento" su cui "si raccolgono informazioni" mentre la clinica è rivolta ai vissuti delle famiglie. I genitori non "accompagnati" e "guidati", potrebbero non accettare "la disillusione" provocata dalla disabilità che il "passaggio" torna a sottolineare, non avviare il "necessario stato depressivo" e tornare a una "relazione simbiotica cronicizzata" con i figli, tale da "impedire il perseguire un qualche progetto di vita". Come si vede, non si considera che le emozioni delle famiglie possano riguardare la relazione tra queste e i diversi servizi, incluso quello psicologico. Quest'ultimo ha come finalità l' "autonomizzazione"; al tempo stesso si dice che mentre fino a quel momento i servizi si sono proposti come riabilitativi, successivamente non si vedono che servizi centrati sulla cronicità psichiatrica.

¹⁵ entrambi i significati dell'integrazione si rintracciano nella Convenzione ONU 2006.

indiviso), come riconoscimento dell'appartenenza a una medesima società, con comuni interessi e finalità.

- L'integrazione come *inclusione delle differenze*. Si incorpora, si assimila, si rende uguale a un'integrità già esistente un soggetto ingiustamente escluso. Si fa appello a dei valori, al diritto all'inclusione, alla colpa dell'escludere.

Ne derivano due simbolizzazioni del potere: simmetrica nel caso della interdipendenza, asimmetrica in quello del dovere dell'inclusione. Diversa è la motivazione: nel primo caso lo sviluppo di risorse, nel secondo la colpa. Diversa è la convenienza: nel primo caso c'è uno scambio; nel secondo è a carico del non più escluso. Nel primo caso c'è interdipendenza tra le parti, nel secondo una forte asimmetria di potere nella relazione. Ma ciò che interessa è che nel caso dell'inclusione delle differenze l'azione non ha bisogno di essere mediata dal pensiero, in quello dell'interdipendenza sì. Mi limito ad affermarlo, contando di argomentarlo nel corso di questo lavoro.

Libertà e autonomia, oppure diritto alla non autosufficienza

Valutiamo ora le parole libertà e autonomia, poste come diritto della persona.

Libero è chi "non è soggetto al dominio o all'autorità altrui, che ha facoltà di agire a suo arbitrio, senza subire una coazione esterna che ne limiti, materialmente e moralmente, la volontà e i movimenti". Il concetto di libertà, regolatore del rapporto tra soggetti e poteri, è uno dei concetti fondanti il dibattito politico, etico, filosofico della modernità. Il suo significato attuale deriva dalle grandi rivoluzioni borghesi, americana e francese, con alcuni prodromi in quella inglese del 1688-89, fondate sulla prevalenza del merito e della razionalità dell'individuo contro la sudditanza espressa da una secolare tradizione religiosa posta a fondamento delle monarchie assolute. Il concetto è caratterizzato da una dialettica interna, un non risolto conflitto tra prerogative particolari e valori universali (Vivanti, 1979). È un concetto forte se paragonato alla tolleranza, che ha la sua origine nella libertà di coscienza concessa entro le tensioni irrisolvibili delle grandi guerre di religione del XVII secolo; forse oggi richiede una nuova definizione per il mutare delle agenzie di potere, che hanno perso la visibilità delle grandi monarchie e delle grandi ideologie a quelle succedute, per acquisire una oscurità – i mercati - che sembra mettere come condizione della possibilità di libertà la loro identificazione pragmatica e concettuale. Tornerò sulla questione trattando il problema dell'attuale anomia.

Autonomia, *autos*, egli stesso e *nomos*, legge, è "la facoltà e capacità del singolo di regolarsi liberamente". Qui il linguaggio fa una decisa scelta individualista ed emerge la persona come unità conclusa, particella semplice dei contesti di convivenza; la relazione è potenzialmente costringente, l'unico vincolo da accettare è il complesso di principi morali che regolano il rapporto sociale¹⁶. Greenberg e Mitchell (1986) hanno proposto, nella loro sintesi del pensiero occidentale, che due modelli lo improntano, organizzando ogni discorso o prassi l'occidente, inclusa la psicoanalisi, vada facendo da parecchi secoli a oggi. Da un lato c'è una concezione individualista della persona, ove la realizzazione è strettamente individuale, personale, mentre la relazione è guerra competitiva, regolata solo dai limiti posti dal contratto sociale, visto come difesa dalla completa distruttività; dall'altro c'è una concezione sociale dell'uomo: la realizzazione è solo nell'interazione, e il contratto sociale è la condizione che la rende possibile. Relazione come vincolo, relazione come opportunità: due modelli tra loro opposti, fonte di un conflitto culturale che gli Autori ritengono irrisolto. Tuttavia se essi non vengono reificati in ottiche contrapposte, ma visti come vissuti entro la dinamica emozionale del possesso e dello scambio, potrebbero essere considerati come le due modalità, entrambe presenti, del pensiero e quindi della relazione.

¹⁶ Per le parole in esame in questo lavoro si riprendono le definizioni dei vocabolari online Treccani (Treccani.it *Vocabolario*) e Pianigiani (Etimologia.it).



Per capire la concezione individualista, propongo un'immagine. Un uomo immenso incombe su un paesaggio antropizzato, una campagna con al centro una città dominata da un grande edificio con due torri, non saprei se religioso o civile. L'uomo ha una corona in testa; in una mano stringe una spada, simbolo del potere temporale, nell'altra un pastorale, simbolo del potere religioso. La cosa curiosa è che il suo corpo è un fitto assemblaggio di piccoli personaggi, tutti uomini con il cappello; ho cercato di vedere se vi fosse almeno una donna, ma non mi pare. La figura ha un significato simbolico. Si tratta della rappresentazione del potere come lo vedeva Hobbes, un filosofo inglese che visse tempi assai turbolenti e fu contemporaneo di Carlo I, il re decapitato; il libro viene dato alle stampe nel 1651. Hobbes aveva immaginato che allo stato "naturale" gli uomini, sostanzialmente uguali e con i medesimi diritti (inclusi quelli di offendere e difendersi) sono nemici l'uno dell'altro poiché in competizione all'ultimo sangue tra loro; solo la paura della distruzione reciproca li porta a assemblarsi e rinunciare ai loro diritti naturali per creare, immaginandolo e avendo poi soggezione di ciò che loro stessi hanno immaginato, un potere sovrastante, riunente in sé le istituzioni religiose e civili, assimilato al mostro marino della Bibbia, il Leviatano, l'essere più potente sulla terra. Solo se stretti nella morsa della paura degli altri da un lato e della soggezione al Leviatano dall'altro, gli uomini indirizzano le loro azioni al bene comune. Hobbes immagina così un potere sovrastante creato con la loro immaginazione da uomini che non sanno dare alla loro distruttività limiti di realtà, e ne fa il necessario regolatore del mondo, senza il quale c'è un male peggiore, l'anarchia distruttiva. Nell'immagine è essenziale che i piccoli uomini siano di spalle, perché rivolti a contemplare il potere sopra di loro¹⁷. Vi indico una cosa curiosa, forse dovuta alla libertà che l'artista iconografico sempre si prende nei confronti dei suoi committenti: sulla destra alcuni personaggini non sono proprio di spalle, e non è questione di prospettiva, almeno uno è decisamente di profilo. Si è preso la libertà di voltarsi, forse sta perfino buttando un'occhiata verso di noi. Ecco, questa è l'autonomia entro un sistema di potere vincolante e oppressivo.

Altra cosa è un sistema di relazioni fondato sulla non autosufficienza dell'individuo, in sé animale politico e quindi sociale, come aveva proposto Aristotele. In questo caso è la relazione tra persone, per definizione non autosufficienti, ad essere il fondamento delle identità, che esistono solo come contestualizzate. Da un punto di vista psicologico potremmo dire che non si è estroversi o assertivi (questa è l'ottica individualista), ma si sa dove si sta, a fare cosa e con chi, oppure si è persi nelle proprie fantasie.

Aggiungo che la questione dell'autonomia si pone su due piani spesso confusi: quello politico, come autonomia dell'individuo rispetto alla società e allo Stato, e quello psicologico, come chiarezza del soggetto a se stesso (ad esempio come chiarezza delle sue intenzioni e desideri); ma anche la psicologia ci ha detto che tale chiarezza è illusione: il pensiero non è chiaro a se

¹⁷ Ginzburg (2008) commentando l'immagine suppone, in base ai suoi dati, che sia proprio come Hobbes l'aveva voluta per rappresentare al meglio la sua idea.

stesso, ma in una continua e mai conclusa elaborazione di significati della realtà, sia quella del soggetto che quella del contesto.

Nella concezione individualista il disabile, soggetto idealmente autonomo che ha diritto all'inclusione, va supportato per conquistare quanto più può tale autonomia; in quella relazionale, ha diritto al rapporto solidale entro il quale conservare le proprie differenze e non autosufficienza. Se all'autonomia sostituiamo l'autosufficienza, qualificata come *non autosufficienza a stabilire relazioni*, si definisce la finalità dell'intervento integrativo con la disabilità. Sono questioni che emergono attraverso la disabilità, ma concernono ciascuno di noi. Questo è un contributo della disabilità al tema della convivenza.

La complementarità dell'inclusione e dell'esclusione

Foucault ne *Gli anormali* (2010) parla della peste, senza citare Tucidide ma avendolo in mente, come funzione orgiastica che dissolve individualità e leggi; liquidato questo aspetto come letterario e teatrale, ne fa all'opposto una potente pratica di normalizzazione. La peste e la lebbra e per Foucault offrono due opposte pratiche di esercizio del potere normalizzante e di controllo della diversità, la prima fondata sull'esclusione, la seconda sull'inclusione.

La lebbra provocava pratiche di esclusione, rigetto, marginalizzazione. Dopo una divisione rigorosa, un distanziamento di un gruppo della popolazione da un altro, i lebbrosi erano rigettati (passo in rassegna i termini usati dall'Autore) entro una squalificazione forse non proprio morale ma certamente giuridica e politica e dopo una specie di cerimonia funebre che li dichiarava morti con ciò che segue anche a livello di trasmissione di beni, in un al di là dei muri della città, in un mondo confuso, in un esterno in un al di là dei limiti della comunità partivano per un modo esterno, straniero. La lebbra divideva la collettività in due "masse" estranee l'una all'altra, di cui una era respinta nelle tenebre esterne. Consideriamo questi termini: prevalgono l'informe, l'oscurità, la confusione e il loro rifiuto. Il reietto è respinto e dissolto nella non definizione, nell'estraneità oscura che non si vuole conoscere che entro la dinamica emozionale è la confusività dell'inconscio. Il fatto della lebbra e della sua espulsione, dividendo la collettività tra puri e impuri reificava un vissuto di scissione dell'oggetto.

Foucault è molto incerto sui confini temporali di questa pratica di esclusione, soprattutto nel considerarla o meno attuale. Dice che certamente era presente alla fine del medioevo, che forse lo fu durante tutto il suo corso; "...credo si faccia ancora adesso.." con i folli, i malati, i criminali, i devianti, i bambini, i poveri, mettendo in campo "tutto l'arsenale dei concetti e dei meccanismi negativi dell'esclusione": allontanamento, squalificazione, proscrizione, rigetto, privazione, rifiuto, disconoscimento (p. 47). "Credo, e continuo a credere, che questa pratica e questo modello di esclusione del lebbroso sia stato storicamente attivo e sia restato in funzione fino a tardi nella nostra società". L'Autore "crede" che fosse ancora lì attivo verso la metà del XVII secolo, con la grande caccia alla "popolazione fluttuante" dei mendicanti, vagabondi, oziosi e libertini, "respingendola oppure internandola negli ospedali generali" (p. 48). Sottolineo: l'ospedale generale è un luogo dove l'atto del respingere e quello dell'internare coincidono. Il commento a questo, dopo.

"Ma esiste anche un altro modello di controllo che mi pare aver avuto una fortuna storica molto più grande e molto più lunga. (...) Mi sembra che, per quanto riguarda il controllo degli individui, l'Occidente non abbia in sostanza che due grandi modelli: uno è quello dell' esclusione del lebbroso; l'altro dell'inclusione dell'appetato" (p. 48). Di quest'ultimo, tutt'ora attivo, si rintraccia la storia dalla fine del Medioevo all'inizio del XVIII secolo, di cui sarà uno dei grandi fenomeni. Con la peste il controllo era fondato sulla suddivisione e la classificazione che riduceva l'appetato a individualità sorvegliata. Non c'era distanziamento, ma un'osservazione ravvicinata e meticolosa che raggiungeva "la grana minuta dell'individualità" (p. 50) . La città veniva messa in quarantena e circoscritta; poi era suddivisa in distretti (con a capo un ispettore), quartieri (con un responsabile), strade (con dei sorveglianti) che venivano isolate. A capo di tutti, un governatore. I nomi di tutti i cittadini venivano registrati e due volte al giorno i sorveglianti passando per le strade facevano l'appello, aspettandosi che ogni chiamato si affacciasse a una determinata finestra. Se ciò con avveniva, veniva dato per malato, quindi pericoloso. Queste sono le parole usate dall'Autore: vegliare, sorvegliare, nulla deve sfuggire allo sguardo, sottoporre a osservazione, registrare,

trascrivere ogni informazione, stabilire, fissare, dare il proprio luogo, assegnare dei posti, definire delle presenze, suddividerle. La modalità della peste è moderna, perché attuata in nome della salute, delle tecnologie, del sapere, perché interviene e ha un progetto normativo: “Si tratta di sottoporre a esame un campo di regolarità, all’interno del quale si valuterà senza posa ogni individuo per sapere se è conforme alle regole, alla norma di salute stabilita”. “Non si tratta nemmeno di una specie di grande rito di purificazione, come nel caso della lebbra; si tratta, piuttosto, di un tentativo di massimizzare la salute, la vita, la longevità, la forza degli individui.” (p. 50). La modalità della peste inventa tecnologie di controllo, si accompagna a una crescita del sapere (p. 51). È “...legata a una tecnica positiva di intervento e trasformazione, a una sorta di progetto normativo” (p. 53).

Consideriamo i termini della peste: nella sua pratica si reifica la scomposizione dell’oggetto finalizzata alla sua sorveglianza; il limite non è riscontro per le fantasie ma è confine recludente il pericolo, la classificazione una determinazione della realtà finalizzata alla scissione controllante e non al pensiero che stabilisce relazioni. La frammentazione dell’oggetto diventa minuziosa e nel suo moltiplicarsi all’infinito, non orientato alla conoscenza ma al controllo denuncia di nuovo la difesa dal modo simmetrico della mente.

Con la lebbra la realtà sociale è massa che si scinde per rigettare una parte di sé nell’estraneità indistinta; con la peste il controllo minuzioso della realtà sociale fa emergere l’individuo, classificato e sorvegliato. La collettività minacciata dall’estraneità della malattia risponde con fatti in cui si reificano le emozioni, tentando all’infinito (non c’è esito conclusivo in questa lotta) di “depurare” dalla confusione emozionale gli oggetti collusivamente condivisi, in sé confusi, attraverso la scissione e il controllo.

Manca la relazione come agente sociale: c’è la massa, c’è l’individuo, e niente tra l’una e l’altro. Assenza della relazione e di pensiero entro la convivenza, prevalenza della dinamica emozionale che agisce scissioni espulsive e frammentazioni controllanti: questo il filo rosso tra le due pratiche di normalizzazione. Foucault ancorandosi ai fatti della storia, cerca discontinuità tra loro; ma dal punto di vista emozionale c’è continuità, quella che anche l’Autore intravede nelle sue incertezze sulle date e vede nell’ospedale generale. La copresenza di sdifferenziazione e classificazione viene portata all’acme dalle istituzioni totali. Nell’ex ospedale psichiatrico il nitore del laboratorio, l’articolarsi delle diagnosi, la ricerca delle cause per sanare gli effetti, l’adoperarsi delle scienze, si coniugavano con la perdita di identità, la stereotipia dei gesti, lo svuotarsi dei corpi.

Attraverso Foucault capiamo meglio che l’integrazione come inclusione contiene in sé l’esclusione, complementarità che già il termine inclusione suggerisce, ma di cui abbiamo potuto rintracciare le pratiche. Nel linguaggio della legge 104 prevale la concezione individualista ed inclusiva; se questo è il sentire comune, si capirebbe il sostanziale fallimento dell’integrazione. Se manca il vissuto della non autosufficienza di tutti che rende necessaria l’integrazione tra diversità, non si è in grado di riconoscere la disabilità come parte integrante dei contesti di convivenza. Restano il dovere e la colpa, cattivi compagni di un’azione efficace, specie ove si chiedi conoscenza, creatività e pragmatismo¹⁸.

Resta un margine importante di recupero: una legge non può che esprimere finalità, gli obiettivi che ne derivano vanno trovati nelle circostanze concrete della sua applicazione.

La prevalenza del potere senza competenza

Oggi da un lato prevalgono poteri di nuovo tipo, riferibili al mercato finanziario globalizzato, dall’altro entro i confini degli Stati e del nostro in particolare negli ultimi venti anni ha prevalso quello che abbiamo chiamato il potere senza competenza¹⁹. Il prevalere del potere senza competenza è in rapporto con la perdita di poteri di autoregolazione dello Stato, della disgregazione di modelli di convivenza e dell’anomia che ne deriva. Il potere senza competenza ha

¹⁸ Per una rilevazione sperimentale, entro la realtà italiana, di quelli che le Autrici definiscono vissuti di pretesa delle famiglie dei disabili fondati sulla attribuzione di colpa alla comunità “sana”, che a sua volta propone normative come un agito del proprio senso di colpa, rimando a Langher ed altri 2010.

¹⁹ Mi riferisco al lavoro di concettualizzazione della ricerca e dell’intervento entro la dinamica sociale condotto da Renzo Carli, in diverse occasioni anche con il mio contributo, nel corso degli ultimi quaranta anni; rimando a Carli & Paniccia *op. cit.*

luogo quando vengono agite dinamiche collusive senza altro vantaggio che l'instaurarsi di appartenenze e identità che bypassano il rapporto con la realtà e si fondano su fantasie di controllo, possesso e assenza di limiti. Questa modalità di relazione è diventata predominante, e stiamo attraversando una crisi che ben prima di essere economica è culturale. Il danaro, spesso evocato come *primum movens* di atti violenti e di corruzione, nel tentativo di ricondurli al noto e all'ovvio, ove per altro il noto e l'ovvio sono credenze stereotipate, è solo un surrogato del potere senza competenza; bisogna invertire il rapporto di causalità: è la violenza che si serve del danaro e non è il danaro che causa la violenza.

Mi occupo del potere senza competenza perché propongo una psicologia clinica che interviene sulla relazione attraverso la relazione e il cui prodotto è l'attenuazione della violenza entro i sistemi di convivenza, rendendo pensabili le dinamiche emozionali che li organizzano.

In quaranta anni ho visto cambiare la possibilità di attuare questo tipo di intervento. Quando iniziai a lavorare negli anni Settanta, era un momento molto particolare dalla nostra storia; della sua singolarità ci stiamo sempre più rendendo conto, man mano che certe conquiste che allora parvero attuarsi entro un processo progressivo (il mito del progresso è accecante) rischiano di disfarsi una a una. I cambiamenti di quegli anni, le leggi di riforma che li attuarono, la loro rilevanza, quanti ambiti della convivenza furono toccati, li abbiamo ricordati di recente, rimarcando come andassero nella direzione di mettere profondamente in discussione poteri consolidati, e con essi sistemi di esclusione e di sottomissione. I soggetti che così conquistavano posizioni meno marginali erano, per esempio, le donne, i malati mentali, i lavoratori, gli handicappati²⁰.

Sono stati anni ricchi sotto il profilo della ricerca e dell'intervento entro i sistemi di convivenza. Si raccoglievano i frutti di riflessioni ed esplorazioni iniziate negli anni Sessanta e si proseguì in modo fertile fino all'inizio degli anni Novanta: fu il periodo della concettualizzazione della costruzione di committenza, ovvero della possibilità di istituire un pensiero entro la relazione di intervento con un cliente dotato di potere e non in una scontata posizione di dipendenza nei confronti dello psicologo. Fu proposto che il prodotto dell'intervento era l'istituirsi del pensiero nella relazione, non la risoluzione di questioni sintomatiche che la committenza proponeva per iniziare ad avere rapporto con lo psicologo. Si lavorò per esplicitare la funzione pragmatica del pensiero, per ricomporre la scissione tra "prima si pensa e poi si fa", tra teoria e applicazione. Gli psicologi dell'epoca, insieme a una posizione militante a favore di un' "utenza oppressa", più favorita dalle ideologie dell'epoca, o a una alleanza acritica con il potere committente, in effetti meno nello spirito del tempo, ma che trovò poi modo di riprendere fiato negli anni Ottanta e che oggi prevale, entrambe posizioni che agivano l'emozionalità propria della relazione tra loro e il cliente, svilupparono una teoria dell'intervento. Ovvero pensarono la relazione tra psicologo e cliente e di tale pensabilità fecero il loro metodo.

Si veniva chiamati a gestire conflitti – furono gli anni dei conflitti entro parti sociali e componenti diverse delle organizzazioni - e si imparò a non prendere parte né per il potere committente né per gli utenti designati dell'intervento, in qualche modo dipendenti dal quel potere e indicati come parti ribelli all'ordine organizzativo. Un altro ambito fu l'intervento sulla cultura organizzativa volto a farla evolvere perché accompagnasse i cambiamenti in atto. All'inizio degli anni Ottanta si diffuse la qualità centrata sulla soddisfazione del cliente: la formazione e lo sviluppo delle risorse umane divenne un'esigenza. Fu l' "anno zero" delle nostre ricerche sulla cultura italiana, monitorata secondo una serie di parametri che tornammo a testare in successive indagini, arrivando sino a oggi e misurando la crescita di anomia, centralità dei gruppi di potere e familismo, che all'inizio degli anni Novanta impose la sua prevalenza²¹. Entro le differenti organizzazioni produttive e di servizi (lascio per ora da parte la PA) rilevammo un problema trasversale, attribuibile alla cultura italiana: la difficoltà di orientarsi al cliente, e la prevalenza di dinamiche autocentrate basate su

²⁰ Carli, R., & Paniccia, R.M., *op. cit.*

²¹ Si tratta di ricerche condotte con la medesima metodologia, ove domande concernenti l'argomento specifico, di volta in volta diverse, sono ogni volta inquadrare entro un insieme di domande sempre uguali sul contesto italiano, volto a fare da ancoraggio ai temi man mano esplorati. Le domande concernenti l'anomia fino all'inizio degli anni Novanta ricevevano risposte di anomia e non anomia in modo sufficientemente bilanciato; successivamente le risposte anomiche hanno avuto una crescita repentina ed esponenziale, arrivando ad attestarsi intorno al 90%; a quel punto le abbiamo escluse dalle analisi fattoriali del complesso dei dati per non avere come unica informazione che stavamo interpellando popolazioni anomiche, ma abbiamo continuato a tenere le domande per monitorare il fenomeno, rimasto costantemente a quei livelli.

quella che chiamammo tecnicità, la cultura del tecnico forte in rapporto a un utente debole. Tutto questo, prima della “rivoluzione finanziaria” che fece il suo ingresso a metà degli anni Novanta coniugando globalizzazione e cultura nazionale dei gruppi di potere. Fino a quel momento si era lavorato perché le organizzazioni leggessero i feedback che arrivavano dalla domanda del cliente; ciò fu reso irrilevante dall’irrompere delle logiche della finanza e dei gruppi di potere, che resero ininfluenti le competenze gestionali. Non fu probabilmente un caso se dal 2002 al 2008 lavorammo per ABI (Associazione Bancaria Italiana), con ricerche per conoscere le attese della società civile nei confronti del sistema banche, al fine di accrescere il livello di reputazione di quest’ultimo. L’esperienza fu molto interessante, ma non posso dire che potemmo contribuire allo scopo che ci era stato indicato. Gli eventi sopraffecero gli intenti.

Quanto agli interventi entro i servizi socio sanitari, ci furono e continuano ad esserci. Per tutti ricordo solo una recente ricerca intervento presso i CSM italiani, e una attuale presso un’Azienda Ospedaliera romana, ancora in corso. Sintetizzo gli interventi nei servizi socio sanitari dicendo due cose. La prima: ciò che appariva come un problema entro le organizzazioni produttive, lì era ed è moltiplicato. L’ingerenza dei gruppi di potere è consolidata, autocentratura e ignoramento del cliente sono la norma, e in più incentivati da una cultura che porta le persone a offendersi ove si parli di cliente. Come primo motivo di offesa, si dice che la relazione con i loro utenti è caratterizzata da motivazioni valoriali più importanti dello scambio prezzolato che associano alla parola cliente, spesso rifiutandosi di intendere che si tratta di riconoscere un maggior potere alla domanda delle persone per cui lavorano. Il secondo motivo è che la responsabilità curante – siamo entro la cultura medica – non tollera di parlare di cliente ove solo la parola paziente può rispondere a quella speciale relazione che caratterizza il rapporto di cura. Queste due caratteristiche, valori e tecnicità, possono coniugarsi senza contrastarlo con il potere senza competenza.

Da venti anni siamo in una stagnazione di idee e di sviluppo, prima mascherata e ora palese, meritando il nome di recessione. La produttività è in costante calo, si accentua il divario tra Nord e Sud, il tasso di occupazione, basso per tutti, lo è particolarmente per giovani e donne, bassi sono gli investimenti pubblici e privati su istruzione e cultura; un dato più vitale è l’aumento dell’immigrazione, per altro foriero di problemi di integrazione culturale. Dopo la crisi degli anni Settanta, negli anni Ottanta c’era stata una ripresa economica con Ronald Reagan presidente e Margaret Thatcher primo ministro inglese: il fondamentalismo del mercato diventa il credo dominante, ponendo le premesse della crisi attuale; dalla metà degli anni Ottanta in tutto l’Occidente aumenta il divario tra ricchi e poveri, che in Italia raggiungerà il picco nella prima metà degli anni Novanta per poi stabilizzarsi. Nel 1992 ci fu una crisi economica tutta italiana, nel 1993 si colloca la fine della Prima Repubblica e le unità sanitarie locali diventano Aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale. La crisi del 2008 arriva dagli USA ed è di strategia politica prima che economica. Come ci ha detto un economista nostro amico, si trattava di inverare il sogno americano, ovvero di realizzare il fatto che tutti potessero desiderare molto più di quanto non avessero e ottenerlo²². Se è così, si tratta di una crisi dovuta a una cultura che ha negato i limiti e alimentato l’incompetenza nel riconoscere e gestire risorse: culturali, umane, politiche, ambientali e infine di denaro.

Torno alla triade valori, dinamiche di potere senza competenza, tecnicità. I primi sono in sofferenza: i valori che hanno motivato le riforme degli anni Settanta sono in forte crisi; la diversità non è più un valore idealizzato, ma una minaccia da espellere. La seconda e il terzo hanno saturato il campo. La diade tecnicità-potere senza competenza sembra messa in scena dal governo dei tecnici sostenuto da una politica degradata che non esclude manifestazioni grottesche. È nelle lezioni su gli “anormali” e sui poteri che li designano che Foucault (2010) dice che il grottesco, il ridicolo, l’infame lungi dal diminuirlo, supportano il potere dimostrandone la gratuita intoccabilità.

²² Trovo interessante e allarmante che Merton, definendo l’anomia una dissociazione tra scopi sanciti dalla cultura e mezzi effettivamente disponibili, porti come caso concreto l’ideale americano del successo: “esso può venire perseguito, rispettando le norme di condotta ad esso collegate solo da una piccola minoranza; mentre la maggioranza, che pure condivide lo stesso ideale, non potrà mai possedere mezzi adeguati (...) per fare altrettanto, e sarà così indotta a violare le norme. In tal senso l’anomia, come discrepanza tra valori riconosciuti e mezzi istituzionalizzati, è un preminente fattore di comportamento deviante (Gallino 1978, p. 31).

La congiunzione di potere senza competenza e tecnicità sono gli organizzatori di molta parte dell'agire entro i servizi socio sanitari. Con una permanente presenza dell'appello ai valori come unico argine posto al potere senza competenza, fermo restando il loro indebolirsi.

La possibilità di costruire committenza deriva dall'ipotesi che il potere senza competenza che accompagna le disfunzioni organizzative possa evolvere in "potere competente", ovvero nella capacità di confrontarsi con i feedback di realtà sconcertanti le fantasie collusive disfunzionali, per individuare nuovi significati che tornino a orientare lo sviluppo dei sistemi di convivenza. Questo anche grazie agli stessi fallimenti collusivi, utilizzati come essenziale fonte di informazione.

Alla prevalenza del potere incompetente si accompagna l'attuale assenza di domande per la psicologia di accrescere la competenza relazionale; quest'ultima vive una fase di impopolarità, poiché ove cresce minaccia il potere incompetente. In consonanza con questa cultura, all'interno della psicologia l'attenzione alla relazione diminuisce, e tornano alla ribalta tecniche volte allo studio dell'individuo accontestualmente inteso, ancorato alla sua biologia. Quei sistemi diagnostici e scale di misurazione che negli anni Settanta venivano attaccati come discriminanti in un'epoca segnata dalle ideologie egualitarie, tornano in auge con nuovo rigoglio.

Anomia e potere senza competenza

Sulle dinamiche del potere incompetente la psicologia clinica dà uno specifico contributo, poiché non ne ha dati modelli descrittivi ma genetici. Si è avventurata sul terreno dei vissuti collusivi che istituiscono i rapporti di potere incompetente. Ha individuato nel potere senza competenza l'organizzatore di rapporti violenti, volti a risolvere l'appartenenza e l'identità entro relazioni tese a inverare fantasie collusive senza attenzione per la realtà esterna, quindi senza pensiero. Il potere senza competenza, centrato su dinamiche di controllo e possesso, espelle le differenze e non tollera altra integrazione che non sia assimilare il diverso, negare la diversità.

Oggi in Italia il potere senza competenza prevale, insieme a una crisi economica senza precedenti nella nostra esperienza, ma soprattutto entro una pesante situazione di anomia. Tucidide parlando della situazione che si produsse ad Atene con la peste del 429 a.C. descrisse una situazione che definì anomica: poiché tutti sembravano dover morire da un momento all'altro, nessuno rispettò più le leggi, né umane né divine: non c'era più motivo di conservare beni o di temere punizioni per i delitti, gli uni vennero dissipati, gli altri perpetrati; solo gli atti immediati, senza futuro, sembravano possibili. Ginzburg commentando il testo, dà come causa dell'anomia un vuoto di potere: gli uomini tornano allo stato di natura, avidi nemici l'uno dell'altro; non a caso è lo stesso scritto in cui l'Autore commenta il Leviatano. Aggiungiamo come alternativa il vuoto di pensiero; nello stato di anomia gli uomini sono dominati dall'agito delle loro emozioni, senza mediazione del pensiero. In Tucidide l'anomia è uno stato emozionale per noi riconoscibile e centrale: se la morte imminente priva gli uomini del tempo, si ritrovano senza limiti e perciò senza possibilità di concepire atti mediati dal pensiero. Solo atti immediati, disperati agiti di emozioni, sono possibili²³.

Questo modo di intendere l'anomia trova una corrispondenza molto interessante in Durkheim che non mi pare sia stata sottolineata²⁴. Durkheim non ricomponne la frattura che la sociologia pone tra individuo e società, ma ci si avvicina utilizzando il varco aperto dalla psicologia delle folle, che attribuisce gli stessi sentimenti a molti individui. Ciò avviene nella massa, perdendo coscienza di sé e possibilità di pensiero: siamo agli antipodi dalla relazione come setting interattivo che conferisce identità e possibilità di pensiero a chi ne fa parte. L'emozione nella massa si diffonde come un contagio. Ognuno prova ciò che prova l'altro. Questi sentimenti comuni – che l'Autore definisce l'insieme delle cose individuali che dà origine a un'individualità di nuovo genere - per lui diventano rappresentazioni collettive di ogni oggetto condiviso, come le credenze o le norme. Noi diremmo che si tratta di una dinamica collusiva, ma per Durkheim non sono per nulla eventi psicologici: la psiche è solo individuale; essi diventano, alla lettera, fatti sociali²⁵. Le

²³ Tucidide viene citato da Ginzburg, *op. cit.*

²⁴ Durkheim (2010); ho utilizzato anche alcune riletture di questo Autore: Aron (1965), Gallino (1978), Besnard (in Treccani.it *Enciclopedia*, 1991), Guiducci (2010).

²⁵ Fatti sociali per Durkheim sono l'educazione, le leggi, il sistema di segni e di scrittura, il linguaggio, le regole e i comportamenti ereditati dalla tradizione. Quando l'Autore afferma che anche i concetti scientifici non avrebbero credito se non si accordassero con l'insieme delle rappresentazioni collettive, Aron, che

rappresentazioni collettive senza questa reificazione²⁶, non potrebbero esercitare un'essenziale costrizione, dare un limite agli individui che presi uno per uno sono come il secchio delle Danaidi (Aron, 1988, p.350)²⁷. Durkheim (in Guiducci, p. 15) dice: "Di per sé, fatta astrazione da ogni potere estrinseco che la regoli, la nostra sensibilità è un abisso senza fondo che nulla può colmare"; ciò condanna all'insoddisfazione: "Una sete inestinguibile è un supplizio eternamente rinnovato"; "...quando lo scopo a cui tendiamo è all'infinito, (...) tutto avviene come se ci fossimo agitati sterilmente da fermi". L'immaginazione collettiva reificata, essenziale regolatore delle avidità individuali, ricorda il Leviatano in versione amabile: la forza autoritaria che ne deriva è la società stessa, che dà regole e conferisce sicurezza. Torno a sottolineare il nesso tra anomia e assenza di limiti. Si tratta di quel tipo di anomia (Durkheim ne dà più versioni) che nella cultura moderna - fine dell'Ottocento - assume una forma cronica: il cambiamento non è crisi contingente ma stato continuo, dovuto a valori come il progresso a qualsiasi prezzo che obbliga l'individuo di avanzare costantemente verso obiettivi indefiniti. Tali obiettivi suscitano speranze destinate a essere deluse: l'illimitatezza delle aspirazioni apre la via alla frustrazione e anche alla disperazione. L'indeterminatezza dell'oggetto produce l'illimitatezza del desiderio e la frustrazione certa. Noi diremmo che l'anomia è il male dell'assenza di pensiero, dell'avidità distruttiva e dell'impotenza che si vivono in assenza di limiti.

La sociologia non usa più il termine anomia, ma continua a parlarne nei termini di Tucidide: come angoscia distruttiva che si accompagna all'assenza di limiti; con un contraltare: la libertà di cui gode l'individuo liberato dalla costrizione delle regole. La valenza "positiva" e individualista di anomia si acquisisce con il postmodernismo che, fallite le ingenuie ideologie del progresso di fronte alle catastrofi del ventesimo secolo, denuncia tutti i modi di regolazione sociale come forme di potere, sia nella loro forma esplicita e istituita che in quella implicita diffusa in ogni pratica o discorso, fino alla sparizione dell'attore sociale consapevole di sé, del soggetto²⁸. Entro la visione della società come poteri dominanti l'individuo fino a azzerarlo, la mancanza di paradigmi "imperialisti" può essere vista come attenuazione dei poteri in grado di controllare e dirigere e una conquista di libertà e responsabilità.

Touraine, che ha tra suoi maestri Durkheim, non usa la parola anomia, ma quando parla dell'attuale disgregazione della società dice che si attua "quando il senso di una norma per il sistema non corrisponde più a quello che riveste per l'attore" (2004, p. 88). I mercati globalizzati rompono l'interdipendenza tra economia e società che si disgrega (per capirne la portata: finisce la civiltà del lavoro), al conflitto tra differenze si sostituisce la guerra che vuole negare_l'esistenza dell' altro, appaiono comunità autocentrate neganti la diversità. Gruppi e istituzioni prima sufficientemente stabili e capaci di trasformazione perdono la capacità di autoregolazione su cui era basata la definizione di società; al soggetto, più in rapporto con se stesso che in comunicazione con gli altri, passa la responsabilità di essere libero e autocreare. Chi è il soggetto che torna dopo decenni di esilio sia in filosofia che in sociologia? Trionfa un individuo decontestualizzato che se non imbecca la deriva dell'essere manipolato dai mercati e dalle ideologie, si riscatta diventando soggetto che, in nome della libertà fondata sui diritti e doveri universali dell'uomo, combatte un ordine sociale dominante dove agli obiettivi sociali e politici si sono sostituiti quelli economici. La capacità di comportarsi come soggetto risiede nel trasformare situazioni ed episodi vissuti in una storia e un progetto personali. L'idea di "soggetto" è una forma di lotta sociale analoga alla coscienza di

contrappone "logica" a "psicologia" e non ammette possa venire meno "la fede" nella scienza, si scandalizza (1988, p.33), ritenendo che questo tipo di ragionamento mini tutti i ragionamenti. Può venire alla mente, in rapporto con la definizione di Durkheim, il mandato sociale, così come è stato definito entro l'Analisi della Domanda. Quanto alla scienza, se consideriamo gli Autori recenti che ho avuto modo di consultare, Touraine (2012) e Bauman (2009), il primo ancora con "fede", il secondo meno, ne fanno, insieme alla "razionalità", messaggi nella bottiglia che galleggiano su un mare di anomia e violenza.

²⁶ che Aron chiama "concretizzazione mitica" a suo avviso non necessaria (*op. cit.*, p. 321). Ma questa concretizzazione mitica continua a attraversare la sociologia, che trasforma sistemi di relazione in fatti.

²⁷ Le cinquanta figlie di re che uccisero per ordine del padre i mariti, e che per ciò dannate al Tartaro, lì andavano riempiendo con secchi forati un vaso senza fondo.

²⁸ Per un'analisi di quello che gli Autori definiscono l'antiumanismo contemporaneo che ha caratterizzato la filosofia francese intorno agli anni Sessanta e tra i cui protagonisti includono Lacan e Foucault (1999), si può fare riferimento a Ferry e Renaut (1985).

classe del passato, il conflitto attuale è sul senso da dare al cambiamento: la gestione democratica delle grandi trasformazioni storiche, per altro rappresentata da forze marginali, contro la globalizzazione economica. Le istituzioni che proponevano norme e regole sono sostituite da quelle che hanno come fine di proteggere gli individui o le collettività che tentano di istituirsi come soggetto. Mercati, guerra, comunitarismo, diritti umani, nell'ottica proposta sono "forze impersonali": torna la reificazione che popola lo scenario della sociologia quando parla di rapporti tra persone.

Un filo rosso attraversa tali visioni del mondo, da Hobbes a Touraine fino alle dichiarazioni internazionali circa la disabilità. Si veda la centratura sull'individuo come agente di libertà entro contesti costrittivi e minaccianti, l'ignoramento della relazione come setting capace di sviluppare convivenza, il richiamo ai valori come unico limite alla violenza²⁹. Ma conferire senso agli eventi non è un fatto individuale, richiede contesti di relazione competenti, in grado di produrlo e legittimarlo, attenuando la violenza entro i rapporti più del riferimento a valori. L'obiettivo dell'intervento psicologico clinico è la loro complessa e tutt'altro che scontata costruzione.

Mi riferisco alla sociologia poiché influenza le rappresentazioni della convivenza ben più della psicologia, e permette di indicare relazioni violente dove l'ottica individualista della psicologia vede la devianza individuale. Questo, pur sottolineandone l'assenza di attenzione alla relazione, che del resto la psicologia dimentica, pur avendone dato modelli. Forse per affrontare problemi di convivenza dobbiamo iniziare a abbattere steccati e accettare di muoverci in mare aperto invece che avvitarci in finti specialismi rassicuranti.

Se si fa strada il vissuto anomico di assenza di limiti e impotenza, avanzano gruppi di potere senza competenza che danno risposta immediata e illusoria all'anomia, creando identità e appartenenze che bypassano la relazione con la realtà. Si agiscono dinamiche collusive violente, che sembrano non avere una domanda da rivolgere alla psicologia che si occupa di relazioni; ma proprio quella violenza rende pressanti problemi che richiedono competenza integrativa, e indica quale scopo possa prefiggersi quest'ultima: ricostruire senso, proporre interpretazioni che individuino risorse, entro relazioni anomiche.

Anni fa ci venne richiesta una consulenza formativa da un servizio materno infantile di una ASL e dal Dipartimento del Comune di Roma dedicato alla Disabilità con cui quel servizio interagiva. Erano state invitate a partecipare anche le scuole, ma ASL e Comune dissero: la scuola non viene mai da te, bisogna sempre che tu vada dalla scuola. Le scuole erano il "grande assente", confermando la loro cultura autoriferita. Per il resto, i committenti erano giustamente convinti di fare una cosa assai innovativa: promuovere una formazione dove fossero presenti più servizi dedicati alla disabilità; questo non accadeva mai. Fu un'esperienza intensa durata circa due anni. Incontrai i genitori dei disabili e i disabili, proseguii lavorando con i differenti operatori e i responsabili dei servizi implicati. Dell'incontro con i genitori (disabili ce ne furono pochissimi, di genitori molti poiché vennero soprattutto quelli di figli con grave disabilità) ho presente il concitato bisogno di farsi sentire su una questione centrale: il "dopo di noi". Dell'incontro con gli operatori ricordo il vissuto di isolamento e di mancanza di risorse a fronte di bisogni percepiti come infiniti,

²⁹ Un tema da approfondire: il pensiero che basa sull'individuo la costruzione della società e della scienza, dall'individualismo metodologico alla post modernità, che finite le grandi condivisioni di valori e di regole, ripone speranza sulla capacità di scelta dell'individuo. Così accade per esempio per Bauman, un altro Autore che parla nei termini dell'anomia senza usare la parola, come fa Touraine; per questo Autore la paura, più minacciosa de "l'uomo è un lupo per l'uomo" di Hobbes poiché onnipresente e senza indirizzo o causa chiari (torna l'assenza di limiti come causa centrale di angoscia), è il motore della vita contemporanea, e non trovando adeguato Leviatano diventa la nostra perenne anomia: "Paura è il nome che diamo alla nostra *incertezza*: alla nostra *ignoranza* della minaccia, o di ciò che c'è da *fare* - che possiamo o non possiamo fare - per arrestarne il cammino o, se questo non è in nostro potere, almeno per affrontarla" (2009, p. 4). Finite le leggi universali accettate dall'uomo ragionevole della modernità, tutto dipende dall'individuo in grado di fare scelte etiche individuali. Alcuni sociologi contemporanei riprendono temi anomici generalizzandoli all'intera vita sociale e assumendo tonalità cupe più che di apertura alle opportunità date dalla deregolazione della società.

cui si rispondeva con un sentimento di sacrificialità senza fine, che spesso si traduceva in una frustrante attività senza gli esiti sperati. La dimensione valoriale del fare il bene dell'altro sostituiva qualsiasi obiettivo, mentre non c'era nessuna conoscenza della domanda dei disabili, delle famiglie, degli stessi servizi. L'ignoramento della domanda impediva di reperire degli interlocutori e di porre dei limiti al proprio agire. Lavorammo sulla grande assente: la competenza a investire sulla relazione, a riconoscerla, a farne una risorsa. La situazione oggi non è molto cambiata.

Riconoscere vissuti, constatare fatti

La psicologia clinica, occupandosi di funzionamento organizzativo, ha dimostrato che l'integrazione non si persegue facendo riferimento a ingiunzioni valoriali³⁰. Non c'è integrazione senza riconoscere la coesistenza di differenze e un pragmatico, perseguibile scopo comune; riconoscere differenze, individuare risorse nelle diversità e sviluppo entro la relazione tra loro non può basarsi su valori: richiede modelli e metodi di intervento basati sul riconoscere i vissuti collusivamente condivisi che fondano l'azione.

Affronto un'altra confusione presente nelle nostre prassi, quella tra riconoscere e constatare. Riconoscere: ammettere ciò che si era negato, ignorato. Riconoscere qualcosa che prima non si era visto e ora appare al tempo stesso come proprio e con il carattere della novità. Costatare: accertare, appurare, stabilire con certezza, sulla base di prove e documenti; acquisire cognizione certa di un fatto, di una realtà. Il riconoscere è il superamento di un vissuto di negazione, il constatare l'accertare un fatto.

In molti modelli della socialità si teorizza un uomo non in grado di riconoscere limiti ai suoi desideri. Per Hobbes il limite è il Levitano, per Durkheim la società, per Touraine i diritti dell'uomo³¹; in entrambi i casi si tratta di immaginazioni o rappresentazioni collettive reificate. Si pensa un uomo non in grado di distinguere tra fatti e vissuti, tra mondo interno e mondo esterno, e per ciò, se non costretto, in balia dell'infinitezza del mondo interno e della violenza delle fantasie trasformate in agiti; i vissuti, specie quelli collusivamente condivisi, si reificano e diventano immediatamente fatti, quindi poteri da cui i singoli dipendono. Per lo stesso motivo, la società costrittiva può diventare vincolo da combattere, dal quale liberarsi, come nell'ottica di Touraine, dal quale rivendicare la propria autonomia.

Nell'ottica che sto proponendo, il rapporto sociale che ho definito potere senza competenza, fondato sulla confusione tra mondo interno e mondo esterno entro una dinamica relazionale collusiva, può essere oggetto di intervento se riconosciuto come un vissuto collusivamente condiviso, sostituendo la violenza dell'agito con i limiti del pensiero.

Se ci si immagina di essere sempre a constatare dei fatti, ogni integrazione si riduce a una mediazione tra soggetti chiari a se stessi che cedono parte della loro sovranità sul significato indiscutibile, poiché reificato, che danno alle cose. Tornano gli individui conclusi e in lotta tra loro, dove l'integrazione è atto di tolleranza e compromesso. Se si riconoscono i vissuti con cui si connota emozionalmente la realtà, si riconosce che i fatti sono costruzione di senso, e che ciò che si pensava idiosincrasia propria (il piccolo angolo oscuro in cui si relegano le emozioni che per molti, tra cui i sociologi, è "la psicologia"), è rappresentazione condivisa, anche quando è in conflitto con altre, poiché la condivisione non è omogeneità ma relazione dinamica tra differenze. Riconoscere ciò che si condivide non è, d'altro canto, perdersi nella condivisione. L'atto del riconoscere è l'atto individuante.

³⁰ Nella trentennale esperienza dello Studio SPS di consulenza alle organizzazioni, è capitato spesso di affiancare cambiamenti progettati da esperti che ne ridisegnavano la struttura, indicando nella "competenza organizzativa" le capacità relazionali da mettere in atto pena il fallimento dei cambiamenti strutturali; era per altro chiaro che lì la loro scienza si fermava e che non potevano che fare voti che tale competenza si mettesse in atto. Queste occasioni hanno sollecitato la traduzione di parole come "integrazione" in dinamiche relazionali specifiche.

³¹ Per Touraine (2010) il rischio dell'assenza di limiti è direttamente quello della perdita di senso della propria vita, più che la perdita di contenimento di bisogni infiniti. Una nota a margine: Touraine teorizza un uomo motivato da passioni più che dall'interesse: nella sua analisi di una società disgregata dall'economia globalizzata, introduce una contraddizione con quel dominio.

Il riconoscere è l'alternativa della competenza integrativa alla constatazione delle evidenze perseguita dalla tecnicità sostituiva. Le evidenze sono constatazioni di fatti; i vissuti si riconoscono. Quando si interviene sulla relazione, si lavora su vissuti, non su fatti; è pertinente riconoscere, mentre è deviante voler constatare. Solo i vissuti reificati dal conformismo e dal senso comune si possono constatare "obiettivamente". Penso agli equivoci sulla verifica in psicoterapia o nell'intervento sulle relazioni. Anche in questo caso la confusione tra funzioni sostitutiva (che constata) e integrativa (che riconosce) presenta i suoi costi.

Ancora una nota, sulle risorse. Quante infinite volte si oppone alla possibilità di intervenire su un problema la mancanza di risorse? Supponiamo che sia la disabilità. Ci sono effettivamente dei tagli e altri ce ne saranno. Si può notare che c'è una vecchia cultura dello spreco che si perpetua, in cui manca una visione chiara degli investimenti e della loro verifica; ricordo ancora lo spreco rappresentato dall'ignoramento della domanda, dalla moltiplicazione e frammentazione dei servizi, dalla conflittualità che ne deriva, dalla cultura che sia gli operatori che i loro clienti siano tutti consumatori di risorse e che non sono chiamati a produrle; tutto questo non basta: dobbiamo trovare un perché all'esistenza di queste disfunzioni. Credo che la confusione tra fatti e vissuti e la reificazione in fatti di questi ultimi aiuti a capire perché ci si trovi così spesso confrontati con bisogni infiniti: se le fantasie diventano realtà, questa come quelle non ha più confini. Per ritrovare i limiti e con essi le risorse, abbiamo bisogno di riconoscere la distinzione e la relazione tra realtà interna e realtà esterna.

Se il riconoscere è il superamento emozionante di una negazione, il "diritto all'inclusione" diventa atto mentale: smettere di espellere dalla mente l'estraneità. Il riconoscere è l'elaborazione delle scissioni: comporta l'accettare la realtà del mondo esterno, lo scarto tra quella e le proprie fantasie, e il lavoro del trasformare in risorsa e conoscenza la delusione, la perdita dell'illusione. Quando traduciamo l'integrazione come riconduzione al noto e quella che mette insieme differenze in atti mentali, individuiamo in esse l'assimilazione e l'accomodamento, il possesso e lo scambio, ovvero le modalità del pensiero³².

Bibliografia

Aron, R. (1965). *Mains Currents in Sociological Thought*. New York: Basic Books. Inc., Publishers (trad. it. *Le tappe del pensiero sociologico*, Mondadori, Milano, 1988).

Buaman, Z. (2006). *Liquid Fear*. Cambridge: Polity Press (trad. it. *Paura liquida*. Laterza, Bari, 2009).

Bestini, M. (2010). Un confronto tra Mario Bertini e Renzo Carli sul tema della psicologia della salute e dell'intervento psicologico-clinico. Parte 1 - Bertini a Carli. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 145-150.

Carli, R. (2010). Un confronto tra Mario Bertini e Renzo Carli sul tema della psicologia della salute e dell'intervento psicologico-clinico. Parte 1 - Bertini a Carli. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 151-155.

Carli, R. (2012). L'affascinante illusione del possedere, l'obbligo rituale dello scambiare, la difficile arte del condividere. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 282-300.

Carli, R. & Paniccia, R. M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia - Dai malati psichiatrici alla nuova utenza: l'evoluzione della domanda di aiuto e delle dinamiche di rapporto*. Milano: FrancoAngeli.

Casini, C. (2010). Lo scudo di Perseo: complessità e nodi del passaggio adolescenziale nelle famiglie con figli con disabilità intellettiva. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 115-121.

CNEL. (2009). *Integrazione scolastica degli alunni con disabilità. Osservazioni e proposte*. Retrieved from http://www.edscuola.it/archivio/handicap/cnel_integrazione08_09.pdf

Durkheim, E. (1897). *Le suicide. Étude de sociologie*. Paris: Félix Alcan (trad. it. *Il suicidio. Studio di sociologia*, Rizzoli, Milano, 2010).

³² Sul desiderio e il suo rapporto con i limiti e la perdita dell'illusione, vedi Carli (2012) in questo stesso numero della Rivista.

- Etimo.it . *Vocabolario Pianigiani*. Retrieved from <http://www.etimo.it/>.
- Ferry, L. & Renaut A. (1985). *Essai sur l'anti-humanisme contemporain*. Paris: Gallimard (trad. it. *Il 68 pensiero. Saggio sull'antiumanismo contemporaneo*, Rizzoli, Milano, 1987).
- Gallino, L. (1978). *Dizionario di Sociologia*. Torino: Utet.
- Guiducci, R. (2010). L'interpretazione del suicidio da Durkeim a oggi. In E. Durkeim (Ed), *Il suicidio. Studio di sociologia*. (pp. 5-53). Milano:Rizzoli.
- Foucault, M. (1999). *Les anormaux. Cours au Collège de France. 1974-1975*. Paris: Seuil/Gallimard (trad. it. *Gli anormali. Corso al Collège de France (1974-1975)*, Feltrinelli, Milano, 2007).
- Ginzburg, C. (2008). *Paura, reverenza, terrore*. Parma: MUP Editore.
- Greenberg, J.R. & Mitchell, S. A. (1983). *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Harvard Cambridge: University Press (trad. it. *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica*, Il Mulino, Bologna, 1986).
- ISTAT. (2009). *La disabilità in Italia. Il quadro della statistica ufficiale* Retrieved from http://www3.istat.it/dati/catalogo/20100513_00/arg_09_37_la_disabilita_in_Italia
- Katzew, I. (2005) *Casta Painting: Images of Race in Eighteenth-Century Mexico*.Yale: University Press.
- Langher, V., Ricci, M.E. & Diamanti, S. (2010). La normativa sull'integrazione scolastica dei disabili tra colpa e pretesa. Una ricerca sul fallimento collusivo nel rapporto tra insegnanti e genitori di alunni disabili. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 118-132.
- Ministero della Salute. (2012). *Manuale di formazione per il governo clinico: la sicurezza dei pazienti e degli operatori*. Retrieved from http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1688_allegato.pdf
- Ministero della Solidarietà Sociale. (2007). *La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità*. Retrieved from http://www.istruzione.it/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/83ec5eae-a6e7-4890-9074-6fac6e351dc2/conv_onu_disabilita.pdf
- OMS. (2010). ICF International Classification of Functioning. Retrieved from <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
- OMS. (1980) Classificazione ICIDH (International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps). Retrieved from <http://www.csdim.unical.it/scienzeformazione/dispense%20docenti/valenti/CLASSIFICAZIONE.pdf>
- Touraine, A. (2004). *Un nouveau paradigme. Pour comprendre le monde d'aujourd'hui*, Paris: Librairie Arthème Fayard (trad. it. *La globalizzazione e la fine del sociale. Per comprendere il mondo contemporaneo*, Il Saggiatore, Milano, 2012).
- Treccani.it, Besnard, P. (1991). Anomia, *Enciclopedia delle Scienze Sociali*. Retrieved from http://www.treccani.it/enciclopedia/anomia_%28Enciclopedia-delle-Scienze-Sociali%29/
- Treccani.it. *Vocabolario* <http://www.treccani.it/vocabolario/>
- Vivanti, C. (1979). Libertà. *Enciclopedia Einaudi*, Volume 8, (pp.200-225). Milano: Einaudi.

Alcune riflessioni sul concetto di famiglia

di Fiammetta Giovagnoli*

Abstract

L'articolo si pone l'obiettivo di contribuire alla decostruzione di quel naturalismo che alcune discipline, tra le quali una certa Psicologia, adottano per leggere la famiglia. Naturalismo che ne limita le trasformazione e dunque i processi di adattamento ai cambiamenti. Nella prima parte dello scritto, principalmente grazie al punto di vista di alcuni storici, tra i quali Raffaella Sarti, si propone una sintesi di alcuni contributi adatti a defamiliarizzare il concetto di famiglia. Nella seconda parte si propone una sintesi dei cambiamenti che stanno oggi riguardando la famiglia italiana. Cambiamenti rilevanti che stanno ridisegnando la fisionomia della famiglia italiana e che pongono alla nostra professioni nuove domande di intervento. Domande che necessitano di categorie di analisi psicologico cliniche per essere interpretate

Parole chiave: Famiglia, crisi della famiglia italiana, nuove famiglie, storia della famiglia.

Premessa

La famiglia italiana è in crisi. Esplorando la letteratura che dal vertice di discipline diverse si occupa del tema della famiglia, questa affermazione si riscontra con frequenza. Al termine crisi si associa un vissuto di difficoltà, incertezza, pericolo e un auspicio di ritorno ad un modello di famiglia, preesistente alla supposta crisi, che viene definito “tradizionale”.

La crisi sarebbe determinata dall'azione disgregatrice delle forze della modernità. Tra queste il ruolo principale sarebbe svolto dalle declinazioni etico-politiche dell'individualismo con la sua enfasi sull'autonomia e i diritti di ciascun individuo che, come affermano Claudia Mancina e Mario Riccardi, “rischia di stingere nell'egoismo il principio della libertà individuale” (2012, p.IX).

La tesi della famiglia in declino, in crisi, sottende una visione immaginaria, illusoria – che nessuna analisi storica conforta – di una famiglia naturale, sempre esistita e fondamento antico di ogni forma di convivenza sociale. Si tratta di un insieme di idee che facilmente ritroviamo all'interno di una visione religiosa della vita, in particolare cattolica. Ma non solo. La tesi del declino della famiglia ha anche una versione laica. Il riferimento è qui all'idea di una famiglia-catena retaggio di una tradizione vecchia dalla quale l'individuo deve emanciparsi per dar vita a nuovi rapporti fondati su una scelta libera e razionale¹.

Se si adottando coordinate storiche, sociali, economiche, culturali per contestualizzare il concetto di famiglia ci si accorge che non è un concetto univoco ma in continuo mutamento. Ne consegue che quella attuale è una delle tante fasi di cambiamento che hanno riguardato la famiglia.

Questa contestualizzazione della famiglia ci interessa. Ne cogliamo effetti pragmatici rilevanti per quelle professioni, come la nostra, che si pongono l'obiettivo di intervenire per lo sviluppo di quegli oggetti che studiano. Naturalizzando la famiglia - questo il punto rilevante - ne limitiamo le trasformazioni e quindi i processi di adattamento ai cambiamenti.

* Psicologa, psicoterapeuta, specialista in psicologia clinica.

¹ Per un approfondimento della versione laica della tesi declinista sulla famiglia, si rimanda alla sintesi proposta da Berger & Berger (1983). Gli autori analizzano l'evoluzione storica della visione della famiglia quale problema, a partire dalle idee Illuministiche del XVIII secolo, periodo storico che fonda l'inizio del processo di problematizzazione della famiglia ancora attualmente in corso.

Le politiche sociali, comunque scarse, che tale crisi intendono trattare, sembrano volte a restaurare la famiglia tradizionale più che a sostenere lo sviluppo di quella attuale.

Pierpaolo Donati², nel recente rapporto biennale sulla condizione della famiglia italiana (2012), osserva che le politiche sociali fanno fatica a seguire i cambiamenti della famiglia italiana perché continuano a fare riferimento ad assetti precedenti. L'autore si chiede se abbia senso parlare di "politiche familiari" se il loro oggetto, cioè la famiglia, diventa un'etichetta priva di contenuti. Il problema da affrontare diviene allora capire il modo in cui interpretiamo quella che Donati definisce "morfogenesi familiare". Il riferimento è a tutti quei cambiamenti che recentemente, rispetto ad altri Paesi europei, stanno interessando la famiglia italiana e che i sociologi definiscono "seconda transizione demografica". Avremo modo di tornare diffusamente su questa transizione, quello che ora ci preme evidenziare è che la fatica delle agenzie di servizi per la famiglia di cui scrive Donati, si può meglio comprendere se si contestualizza culturalmente l'oggetto famiglia.

Lo scritto che segue si pone l'obiettivo di contribuire a de-familiarizzare la famiglia, a decostruire quel naturalismo che altre discipline, tra le quali anche una certa Psicologia, adottano per leggerla. Nella prima parte proporremo alcuni stralci di contributi capaci di spaesarci sufficientemente rispetto al concetto di famiglia. Nella seconda parte riporteremo una sintesi di quella che viene proposta come fotografia della nuova famiglia italiana.

L'idea che lega le due parti è che da spaesati, più che una fotografia da guardare, la nuova famiglia italiana diventi una macchia da interpretare. Quello che vediamo dipende dalle premesse culturali di chi osserva. Per intervenire diviene necessario conoscere tali premesse.

Cos'è famiglia?

Dal 30 maggio al 3 giugno 2012 si tiene a Milano il *VII incontro mondiale delle famiglie*. Recita il sito dell'evento³ che 111 relatori provenienti da 27 diversi Paesi tratteranno a 360 gradi la realtà della famiglia oggi. Le relazioni si occuperanno di: la famiglia e la disabilità; le figure dell'assistenza alla famiglia (colf e badanti); il nuovo fenomeno migratorio e la famiglia; la famiglia quale risorsa sociale, la conciliazione famiglia-lavoro tra precarietà e opportunità; la famiglia e la libera professione; gli anziani quale sostegno pratico delle giovani famiglie; il lavoro della donna tra tradizione ed evoluzione; separazioni, divorzi e matrimoni civili.

L'organizzazione è imponente. Agenzie di stampa, quotidiani, radio, reti televisive (oltre 40), siti internet, si occuperanno dell'evento.

Leggendo le varie aree del sito si percepisce che di famiglia la Chiesa si occupa. Non la lascia sola.

Ma quale famiglia?

Il logo dell'evento riproduce le sagome (appena la testa, le braccia e il tronco) di 4 umani differenti per genere ed età, si deduce. Due adulti e due bambini. Uno dei due adulti è più grande dell'altro. Dunque è un uomo. L'altro ha una leggera svasatura del tronco che fa pensare ad un vestito, dunque è una donna. I due bambini riproducono le stesse caratteristiche degli adulti. Quello che immaginiamo maschio è vicino all'uomo, la femmina alla donna. Tutti alzano le braccia in alto suggerendo la condivisione di un sentimento di allegria. Infine i 4 sono incastonati in un perimetro di linee segmentate. Un tetto, un cielo? Comunque un perimetro.

Il concetto sembra ovvio e immediato: la famiglia è composta di genitori e figli che vivono insieme. E, elemento solo apparentemente secondario, felici.

Cosa sia famiglia, altri provano a chiederselo.

² Pierpaolo Donati, ministro per la Cooperazione internazionale e l'Integrazione, presiede l'Osservatorio nazionale sulla famiglia.

³ Per leggere il programma, l'indirizzo del sito è il seguente: <http://www.family2012.com/it/documents/19396/>

Con queste domande inizia uno dei paragrafi che Raffaella Sarti⁴ (1999) dedica alla storia della famiglia europea nell'età moderna. Come vedremo, Sarti non arriverà a definizioni chiare e cristalline, fissate una volta per tutte, quanto piuttosto, dice l'autrice, ad un "magma in movimento". Già consultando oggi un dizionario non troviamo un concetto univoco di famiglia. È anzitutto la comunità di genitori e figli ed eventualmente altri parenti che vivono sotto lo stesso tetto. Ma è anche un gruppo più ampio di persone, non necessariamente conviventi, legate da vincoli di parentela, matrimonio o affinità. Oppure l'insieme di tutti coloro che abitano insieme, compresi i domestici.

Il concetto di famiglia univoco non lo è mai stato. R. Sarti ne traccia la storia orientando lo sguardo ai modi di abitare, vestire, mangiare degli abitanti dell'Europa durante l'Età moderna. Codicilli di atti testamentari, corredi nuziali, architetture abitative, margini della storia della famiglia guadagnano il focus della nostra attenzione.

Scriva Sarti che nel 1747 il marchese Luigi Albergati nel suo testamento stabilisce che la moglie, Eleonora Bentivoglio, se non si risposerà e non si riprenderà la sua dote, "(...) avrà a privato di lei comodo personale e della di lei famiglia, il libero uso degli appartamenti, tanto da estate che da inverno (...)"⁵. Chi sono i familiari a cui allude il marchese? Non i figli. Non sarebbe in questo caso "la di lei famiglia", ma "la nostra famiglia". Allora suo padre e sua madre? Le sorelle, le cugine?

Per scoprirlo l'autrice ci propone una esplorazione dell'etimologia della parola famiglia nelle diverse lingue europee⁶.

Per tutte le lingue europee famiglia viene da *famuli*. Il termine latino fa riferimento al gruppo di servi dipendenti da un unico padrone. Siccome presso gli antichi romani il numero di schiavi posseduti era uno dei principali elementi che costituivano la ricchezza, il termine *famuli* assunse anche il significato di patrimonio.

Successivamente il campo semantico si allargò. Cominciò a designare tutti coloro che dipendevano dallo stesso *paterfamilias*, quindi servi ma anche figli o altri. E anche tutti coloro che discendevano dallo stesso capostipite.

L'elemento che definisce la famiglia nei diversi significati che il termine assunse in latino, è la dipendenza non la convivenza.

Nemmeno il legame biologico. Il *paterfamilias* poteva anche non avere figli, era colui che ricopriva autorità nell'ambito domestico.

Nel Medioevo torna in primo piano il significato etimologico della parola *familia*: gruppo di servi. In questo periodo storico indica il complesso dei dipendenti del signore. Significato che inizia a declinare dopo il Seicento per la lingua francese, dopo il Settecento, secondo i dizionari inglesi, mai scomparso completamente secondo i dizionari spagnoli. In italiano tale significato inizia a diventare raro all'inizio dell'Ottocento⁷. Nel settecento era invece molto in voga.

Ecco dunque a chi pensa il marchese Albergati nel suo testamento. Si preoccupa che la moglie, nella sua vedovanza, possa avere spazi adeguati per sé e i suoi servi.

Prima dell'Ottocento compaiono anche altri significati della parola famiglia, non solo quello di servitù. In ogni caso la parola famiglia non aveva il significato attuale. Quello così efficacemente sintetizzato dal logo del VII incontro mondiale delle famiglie.

⁴ Raffaella Sarti è ricercatrice di Storia Moderna all'università di Urbino "Carlo Bo". È autrice di molti saggi sulla storia delle donne e dell'identità di genere, della famiglia. L'elenco delle sue pubblicazioni è consultabile su: <http://www.uniurb.it/sarti/>

⁵ Sarti, 1999, p. 31.

⁶ In italiano *famiglia*, in inglese *family*, in francese *famille*, in tedesco *Familie*, in spagnolo e portoghese *familia*, in svedese *familj*, in olandese *familie*, in polacco *familia*, in boemo *familie*, in russo *familija*, in rumeno *familie*, in albanese *familje*.

⁷ Non è semplice definire limiti cronologici precisi. Per la lingua italiana R. Sarti rintraccia ancora il significato di servitù per il termine "famiglia" in scritti del primo Novecento. Inoltre per designare il complesso dei dipendenti del Papa, ancora oggi si usa il termine "famiglia pontificia".

Le definizioni che si rintracciano considerano famiglia gruppi di persone più o meno estesi dipendenti da un padre, non una comunità comprendente il padre stesso⁸.

A volte è la relazione gerarchica ad essere in primo piano. In questo caso la famiglia consiste in una comunità gerarchicamente strutturata composta di padre, moglie, figli e servi. Struttura che riflette e garantisce quella della società degli Stati monarchici basata sulla subordinazione dei sudditi al sovrano. Al padre tutti i componenti della famiglia devono obbedienza. Le leggi e le consuetudini del tempo permettono al padre di influenzare il destino della prole e della moglie. Moglie che non può disporre liberamente del suo patrimonio, prole che, anche da adulta, non può vendere, comprare, fare testamento senza la sua autorizzazione.

Altre volte ad essere in primo piano è la convivenza più che la gerarchia. È questa seconda accezione che si svilupperà fino a raggiungere i nostri giorni. Dal Settecento in poi si moltiplicano coloro che impostano su basi più egalarie le relazioni tra familiari. Fattori culturali, economici, politici si mescolano nel far emergere una famiglia centrata prevalentemente sulla relazione genitori-figli. Avvicinandosi solo in questo secondo caso ad una immagine di famiglia più prossima alla nostra attuale.

La famiglia, così come noi la rappresentiamo oggi non è sempre esistita. Nemmeno il concetto di matrimonio, sul quale la famiglia si ancora, è sempre stato lo stesso. Oggi discutiamo se considerare la convivenza al pari del matrimonio quale modalità di fare famiglia. Convivenza e matrimonio che consideriamo concetti chiaramente differenziabili. Eppure nell'Europa dell'Età moderna non lo erano. Per le autorità laiche, per le tradizioni popolari e anche per le Chiese.

Dice Domenica Cinti parlando di Battista Mazzoni: "Lui veniva quando voleva perché essendo mio sposo non se li vietava di venire" (Sarti, 1999, p. 10). Cosa c'è di strano in questa affermazione tanto da porla alla nostra attenzione? Siamo nel 1548 e considerando il significato attuale del termine sposo, Battista non lo era.

La parola italiana "sposi" deriva dal verbo latino *spondeo* che vuole dire promettere. Sposarsi, promettersi, era solo una delle tappe del matrimonio. Il matrimonio non era un evento puntuale in virtù del quale si era inesorabilmente marito e moglie. Era un processo che si snodava in una serie di tappe sancite da diversi riti e cerimonie. I riti e le cerimonie variavano da zona a zona e anche a seconda delle persone coinvolte, le fasi erano sempre le stesse.

- Dapprima si avviavano i contatti tra le famiglie. Se c'era accordo si arrivava alla promessa di matrimonio che già costituiva un impegno formale.

- Seguiva, a distanza di un tempo più o meno ravvicinato, lo scambio dei consensi da parte dei due sposi i quali si scambiavano un anello. Lo scambio poteva avvenire davanti alla porta della chiesa, come in Francia, o casa della sposa, davanti ad un notaio, come a Firenze. Ma anche in altre situazioni. Sarti (p. 11) cita casi in cui lo scambio del consenso avveniva in un campo o in una birreria.

- Seguivano poi le nozze. Le nozze consistevano nei festeggiamenti connessi al trasferimento della sposa nella casa dove la coppia avrebbe abitato. Prima o dopo le nozze la coppia veniva benedetta da un prete. Benedizione che però non sempre avveniva.

I comportamenti sessuali, il momento in cui il matrimonio veniva consumato, erano variabili. In alcuni casi avveniva dopo la promessa, come per Domenica e Battista. In altri dopo le nozze. E a volte nemmeno subito. In altri ancora già durante le trattative delle famiglie. In alcune zone inglesi, francesi e tedesche non era rara la convivenza prematrimoniale volta a verificare se l'unione era feconda.

Tutto ciò creava situazioni indefinite, intermedie tra la condizione di nubile o celibe e quella di moglie e marito. Anche lo stato dei figli nati da tali unioni poneva qualche problema ad essere definito.

⁸ La definizione che il Vocabolario degli Accademici della Crusca pubblica tra il 1612 e il 1738 è la seguente: famiglia sono i figlioli che vivono e stanno sotto la potestà e cura paterna. Comprendendosi anche la moglie, le sorelle, i nipoti del padre, se gli tenesse in casa. Diversa è la definizione che nel Quattrocento da Leon Battista Alberti: famiglia sono i figlioli, la moglie, e gli altri domestici, famigli e servi.

La posizione delle Chiese era varia e articolata. Sarti analizza le principali differenze tra la Chiesa cattolica (prima e dopo il concilio di Trento) e quella protestante⁹. Qui ci limitiamo a dire che fino al concilio di Trento, veniva considerato valido e vincolante il matrimonio se i due sposi si erano scambiati una promessa. Non c'era bisogno del consenso dei genitori e nemmeno del prete. Era inoltre considerato implicito quando alla promessa seguivano rapporti sessuali e/o la coabitazione. Del modo di intendere il matrimonio che la Chiesa (quella romana in particolare) nel tempo si impegnerà a sostenere ne ricordiamo una caratteristica: gli sposi sono al centro del matrimonio. La Chiesa limita cioè il controllo delle famiglie per le quali il matrimonio era un mezzo per creare alleanze. A venir meno è il carattere collettivo del matrimonio.

Ed ecco infine un'altra caratteristica del matrimonio nell'Europa dell'Età moderna che può contribuire a smontare il concetto di famiglia: i poveri ne erano esclusi.

Nel 1779 Carl Ferdinand Fausel, falegname, vuole sposare Dorothea Schach. I due non danno garanzie economiche e c'è il rischio che diventino un peso per il villaggio. Il consiglio del villaggio valuta che i poveri non autosufficienti sono già numerosi e non dà l'autorizzazione. Le autorità locali fissano espliciti criteri perché chi non è ricco si sposi. Nel 1779 nel villaggio di Dorothea Schach, il futuro capofamiglia deve avere almeno 25 anni; deve dimostrare di avere beni non inferiori al valore di 50 fiorini; se artigiano, deve aver compiuti un viaggio di formazione di almeno tre anni.

Nel mondo rurale la nuzialità è influenzata dalle strategie dei proprietari terrieri volte ad ottimizzare il rapporto tra terra e bocche da sfamare. Questo comporta sia il caso di divieto a sposarsi che il caso contrario. In Austria e Polonia i vedovi e le vedove sono obbligati a contrarre nuovo matrimonio se non vogliono essere cacciati dalle terre nelle quali lavorano.

L'esclusione di una parte della popolazione dalla possibilità di sposarsi fa sì che il matrimonio non sia l'unico ambito in cui si vivono relazioni sessuali anche stabili tra uomini e donne. Ne consegue che non tutti nasceranno da una coppia sposata.

Come si arriverà alla famiglia così come la consideriamo oggi, quella che pone al centro la relazione genitori-figli?

Di questo processo si occupa, tra altri¹⁰, lo storico Philippe Ariès (1960) il quale ha dimostrato che l'infanzia, così come oggi la consideriamo, è stata costruita dalla borghesia europea in ascesa. Il trionfo della borghesia come classe sociale significò anche il trionfo dei suoi ideali relativi all'educazione dei bambini. Quando i suoi ideali vennero istituzionalizzati, una specifica concezione della infanzia venne ad essere data per scontata.

La famiglia ideale borghese assume diverse denominazioni: *vittoriana* in Inghilterra, *biedermeier* in Germania. Ovunque manifesta caratteristiche comuni:

- una enfasi su elevati valori morali, in particolare per quanto riguarda la sessualità;
- un enorme interesse per il benessere dei bambini, in particolare per la più adeguata loro educazione;
- la trasmissione di valori e atteggiamenti orientati al successo economico e, insieme, alla pace civile;
- almeno l'apparenza di una fede religiosa;
- una dedizione per "le cose più elevate" della vita, in particolare l'arte;
- un senso di obbligazione a correggere o ad alleviare condizioni percepite come moralmente offensive.

Qualsiasi situazione che non si fosse conformata a queste caratteristiche emerse come problema da trattare. Tali trattamenti erano riservati ai figli di genitori non borghesi. I borghesi si affannarono ad affrontare risolutamente il problema attraverso l'istituzione prima della carità privata e poi di

⁹ Vedi pagine 12-19.

¹⁰ Il cambiamento radicale degli atteggiamenti verso la famiglia che la concezione della vita dell'Illuminismo inaugura, è presente in scritti molto influenti. Si veda *Leviathan* di T. Hobbes; *Civil Government* di J. Locke; il capitolo VI del secondo trattato di J.J. Rousseau *Du contrat social* (pubblicato nel 1762). Un sommario dei cambiamenti degli atteggiamenti verso la famiglia nel corso della storia fino al XX secolo è proposto dal sociologo di Harvard C.C. Zimmerman (1947), nei termini di una comprensione ciclica delle idee e delle pratiche sociali.

specifiche politiche pubbliche. L'origine dei servizi sociali e dello Stato di benessere (welfare state), si radicano nello sforzo missionario con il quale la borghesia si impegnò nel diffondere il suo ethos familiare (Berger & Berger, 1983).

Uno degli aspetti più importanti di questa situazione fu il nuovo ruolo della donna. Furono le donne borghesi, non tanto i loro mariti, a sostenere questa nuova sensibilità. Prima all'interno della casa dove le donne avevano il massimo del potere direzionale. In seguito anche nella scena pubblica, soprattutto nei paesi di lingua inglese. In Inghilterra e negli Stati Uniti, le donne borghesi costituirono delle vere truppe d'assalto di movimenti vari (tra i quali famoso è quello contro l'alcolismo) che cercarono di evangelizzare le altre classi con la benedizione dell'ethos borghese. Il clero protestante fu il principale alleato.

George Bernard Shaw ci ha lasciato il ritratto più vivido di questa evangelizzazione borghese nella sua opera *Major Barbara*¹¹.

Fermiamoci qui. E passiamo ora alla seconda parte di questo scritto.

La fotografia della nuova realtà italiana

La famiglia italiana è profondamente mutata. Questa affermazione ridonda nelle pubblicazioni che della famiglia fanno l'oggetto di studio. Il dibattito sembra avvvitarsi su un terreno tutto ideologico che contrappone da un lato la famiglia definita tradizionale (quella che c'era prima, che c'è sempre stata), dall'altro le richieste di chi in questa tradizione non si riconosce (vedi le battaglie per i diritti civili degli omosessuali, la pratica della procreazione assistita) e che per questo sembra aggredirla. L'affermazione che la famiglia sia in crisi connota come negativi i cambiamenti che la stanno interessando. Ma di quali cambiamenti si tratta?

Per aiutarci a capirlo abbiamo scelto il recente contributo di Letizia Mencarini¹² (2012).

L'Autrice ci dice che fino a qualche anno fa, paragonate con il resto dell'Europa, sia i comportamenti che le strutture familiari italiane erano in lento mutamento. Nel contesto europeo si parlava di "specificità della famiglia italiana" per indicare la forte e duratura presenza della cosiddetta famiglia tradizionale. Nel resto dell'Europa si assisteva a quella che i sociologi definiscono "seconda transizione demografica" caratterizzata dalla progressiva diffusione delle convivenze, dei divorzi, delle famiglie ricostituite e delle nascite fuori del matrimonio.

Consultando i dati Istat dell'ultimo quinquennio si evince un quadro di velocissimo mutamento¹³ che allinea l'Italia agli altri paesi europei. L'interpretazione delle motivazioni è al centro dell'attuale dibattito.

Mutamento non solo veloce ma anche diffuso tra tutti i gruppi sociali e le aree territoriali. Si assiste cioè ad una sorte di democratizzazione dei cambiamenti familiari. Mutamenti che fino ad alcuni anni fa erano ristretti a gruppi di precursori selezionati per alta istruzione e condizione socio-economica.

Vediamo ora attraverso quali cambiamenti l'Italia si sta adeguando ai mutamenti della cosiddetta "seconda transizione demografica".

Ecco in sintesi i cambiamenti che ci stanno riguardando.

- L'entrata in una unione stabile non è più sancita solo dal matrimonio.

¹¹ La commedia racconta di Barbara, figlia di un ricco industriale produttore di cannoni, che si arruola nell'Esercito della Salvezza. Profondendo grande impegno nella sua missione, Barbara raggiunge il grado di maggiore. La delusione inizia quando il suo comandante, per affrontare le difficoltà economiche in cui versa l'Esercito, accetta la donazione del ricco padre. Barbara e l'uomo di cui si innamora (che lavora nella fabbrica del padre) decidono allora di ricominciare l'opera di conversione a partire dalla fabbrica. Dalla commedia di Shaw, nel 1941, verrà tratto un film che segna il debutto di Deborah Kerr.

¹² Letizia Mencarini è professore associato di demografia all'università di Torino, associata ai centri di ricerca internazionale Dondena (università Bocconi) e Iser-Misoc (università di Essex – UK).

¹³ Sul tema si segnala: Dalla Zuanna & Micheli, 2004; Dalla Zuanna & Weber, 2011; De Rose & Vignoli, 2012.

- Accanto ad esso si sviluppano convivenze stabili sostitutive del matrimonio.
- Il matrimonio è ritardato dal diffondersi di convivenze preconiugali.
- Per le coppie unite in matrimonio le separazioni sono sempre più frequenti.
- Aumentano i bambini nati da genitori non sposati.
- Aumentano coppie stabili che decidono di non convivere¹⁴.

Questi cambiamenti iniziano negli anni Settanta ma hanno subito una accelerazione nell'ultimo decennio e, come si diceva, in particolare negli ultimi 3 anni.

Vediamoli più da vicino.

a. Matrimoni.

La tendenza riguardo la celebrazione dei matrimoni può così essere riassunta.

Da un punto di vista quantitativo, si celebrano sempre meno matrimoni e tra sposi di età sempre più crescente.

Da un punto di vista qualitativo, sono sempre di più i matrimoni celebrati con rito civile e sono sempre di più i matrimoni con uno dei due sposi di nazionalità non italiana.

Qualche dato per capire l'entità del cambiamento: i matrimoni celebrati nel 2000 sono stati 284.000, nel 2010 sono stati 217.000.

Permangono differenze territoriali che confermano il cosiddetto gradiente nord-sud. Nell'Italia meridionale il numero di matrimoni si mantiene su valori relativamente elevati. Lo spettro varia dal minimo del Friuli Venezia Giulia con 3,3 matrimoni per 1.000 abitanti al massimo della Campania con 5,5 matrimoni per 1.000 abitanti.

Siamo comunque lontani dai valori degli anni Settanta quando delle donne nate negli anni Cinquanta solo il 7% era rimasto nubile contro il 14% della generazione delle loro mamme e il 19% delle nonne.

A cosa è dovuto il calo?

Un terzo del calo di matrimoni è dovuto alla minore frequenza dei matrimoni misti che devono sottostare a norme più restrittive dovute al cosiddetto "pacchetto sicurezza" del 2009¹⁵ secondo il quale lo straniero che vuole contrarre matrimonio deve esibire un documento che attesti la regolarità del soggiorno.

Due terzi del calo sono dovuti alla diminuzione dei primi matrimoni di sposi entrambi italiani.

Questo forte e repentino cambiamento è da molti attribuito allo sconvolgimento dei piani che i giovani italiani hanno subito a causa della recente crisi¹⁶. I problemi lavorativi dei giovani allungherebbero i tempi di indipendenza abitativa dalla famiglia di origine. Attualmente gli sposi al primo matrimonio hanno in media 33 anni, le spose 30. Nel 1975, l'età media degli sposi era di 27 anni, delle spose 24.

Altra rilevante segnale di trasformazione riguarda l'eccezionale numero di coppie che sceglie il matrimonio con rito non religioso. Oggi il 37% dei matrimoni viene celebrato con rito non religioso. Oltre 1 matrimonio su 3. Nel anni Sessanta era il 2%.

Questo incremento è dovuto in parte alla crescita di matrimoni successivi al primo, in parte ai matrimoni con uno dei coniugi non italiano. Ma non solo. Riguarda sempre più spesso le prime unioni. Anche in questo caso permane il gradiente nord-sud.

Per quanto riguarda le seconde nozze, sono raddoppiate rispetto agli anni Settanta. La tipologia più frequente è quella dello sposo divorziato e la sposa nubile. Le aree sono quelle dove più diffusi sono i divorzi, cioè il Centro e il Nord.

Per quanto riguarda i matrimoni con uno dei due sposi straniero, come si diceva sono in diminuzione dopo il 2009, mantenendo comunque la percentuale del 14% dei matrimoni totali. La frequenza è più elevata nelle aree di più radicato insediamento: il Nord-est.

Infine, aumentano i coniugi che scelgono la separazione dei beni alla comunione dei beni. Nel 2009 quelli in regime di separazione hanno superato quelli in regime di comunione. Questa volta non si registra il gradiente Nord-Sud, il dato riguarda tutte le aree territoriali.

b. Convivenze

¹⁴ Per tali situazioni si è coniato il termine internazionale LAT: Living Apart Together.

¹⁵ Legge n. 94/2009.

¹⁶ Tesi sostenuta da Salvini e De Rose (2011).

La coabitazione in assenza di vincolo coniugale rappresenta la novità più rilevante nell'ambito della rivoluzione demografica di fine millennio.

L'accettazione sociale delle unioni di fatto è ormai diffusa tra la maggior parte delle persone. Oltre il 50% degli uomini e delle donne tra 18 e 50 anni dichiarano che si può vivere insieme anche senza avere il progetto di sposarsi. Negli anni Ottanta tale valutazione era limitata ai giovani.

Diversa è la situazione dal punto di vista giuridico che non riconosce formalmente le coppie di fatto.

Le convivenze sono un arcipelago di situazioni.

Accanto a coppie che convivono per scelta ideologica ci sono altre che convivono per temporanea impossibilità di sposarsi o risposarsi. È questo il caso di chi è in attesa separazione. Ma anche il caso di partners dello stesso sesso.

C'è inoltre chi convive con l'intento di valutare se l'unione funziona e progetta di sposarsi e chi convive a causa dell'incertezza economica, abitativa, lavorativa più che relazionale.

Al Sud le percentuali diminuiscono. Qui si mantiene il legame tra convivenza e donne più istruite. Qui appare anche il legame tra convivenze e condizioni economiche molto svantaggiate.

c. Nascite fuori dal matrimonio.

Qui troviamo il dato più sorprendente. Nel 2010 quasi un quarto delle nascite provengono da genitori non coniugati. La progressione è stata rapidissima. Si passa dal 9,7% del 2000, al 24% del 2010.

d. Lo scioglimento dei legami familiari

Dal 1970, con l'entrata in vigore della legge sul divorzio, la diffusione di separazioni e divorzi è dapprima stata lenta, per poi crescere negli anni Novanta e subire una vera impennata negli ultimi anni.

Rispetto agli anni Settanta le separazioni e i divorzi sono raddoppiati. Inoltre assistiamo a progressive anticipazioni con durate del matrimonio sempre più corte.

Se la tendenza verrà confermata il 30% dei matrimoni recentemente celebrati si separerà. Nel 20% dei casi si arriverà ad un divorzio. Nel 10% non si giungerà al divorzio, non perché riconciliati ma per evitare le spese e le noie che l'attuale procedimento comporta.

Secondo le statistiche, la crisi coniugale porta alla separazione dopo una media di 15 anni. Sono in aumento le separazioni dopo 25 anni.

Altro dato interessante: lo scioglimento del matrimonio è sempre più frequente anche in presenza di figli. Raro in passato, oggi quasi imposto dalla legge¹⁷, è l'affido congiunto che si riscontra, nel 2009, nell'86% dei casi.

Fenomeno interessante è la già citata democratizzazione del fenomeno delle separazioni. Una volta riservate a famiglie più istruite, con più vantaggiose condizioni lavorative e possibilità economiche, oggi riguarda tutti gli strati sociali. Ne consegue una maggiore vulnerabilità economica delle famiglie monoparentali prevalentemente condotte da una madre sola.

In assenza di uno Stato sociale capace di offrire sostegno al reddito del separato più debole, di solito la donna, è da sopporre in tempi brevi, un'emergenza sociale. Le donne italiane separate presentano un impoverimento medio più alto d'Europa.

Alcune considerazioni conclusive.

Proviamo ora a porre qualche considerazione conclusiva.

In questo processo di cambiamento le famiglie italiane sono in affanno rispetto agli altri paesi europei dove la legislazione e il sistema di welfare sono cambiati insieme alle strutture familiari.

Non è la famiglia ad essere in crisi, si direbbe, quanto la società e la politica italiana che non si è accorta che la famiglia è cambiata. La forma familiare di riferimento per il welfare non può più essere una coppia monoreddito con due figli. Le donne che si affacciano alla pensione (sempre più tardi) non possono essere contemporaneamente il fulcro della cura dei bambini e degli anziani.

¹⁷ Legge n. 54 del 2006.

Al momento le donne italiane sembrano farsi sostituire, affermano Dalla Zuanna e Weber (2011), da altre donne di famiglie in mutamento: le badanti straniere. La recente crisi economica sta mettendo in crisi anche questa soluzione.

Per motivi economici rimane irrealizzato il desiderio di fecondità di molte coppie. Permane una scarsità di aiuti e servizi per l'infanzia. Le coppie di fatto non godono di alcun diritto formale. Ci sono pochi aiuti per la disabilità e la vecchiaia.

In media le famiglie italiane stanno peggio del resto d'Europa e dei 34 paesi che fanno parte dell'Ocse¹⁸. Secondo il rapporto Ocse del 2011 la famiglia riceve in Italia scarsa considerazione nella spesa pubblica. Nel triennio 2007-2009, quindi prima degli enormi tagli compiuti più recentemente in nome del risanamento pubblico, alla famiglia italiana è andato solo l'1,4% del prodotto interno lordo, contro oltre il 2,2% della media Ocse.

Nonostante la famiglia sia spesso evocata nei discorsi dei politici in Italia i problemi della famiglia non sono al centro del dibattito politico.

De Santis (2011) afferma che è ora di pensare ad una nuova forma di società basata su un'idea molto diversa di famiglia. Quello che ci sembra rilevante e a volte poco sottolineato, è che non si tratta tanto di incentivare il sostegno alla famiglia tradizionale, quanto di ripensare il modello di famiglia.

Affermazione condivisa dal presidente dell'Osservatorio nazionale sulla famiglia che invita chi si occupa di famiglia a chiedersi come interpreta la morfogenesi familiare. Le questioni e i problemi che riguardano la famiglia si potranno capire se si contestualizzano all'interno di quei cambiamenti che stanno riguardando la cultura dominante in Europa. Donati scrive che la famiglia è entrata nella logica delle opportunità che domina il mondo globale. Questa logica è spinta da una forza che l'Autore chiama "energia estetica" la quale fa scegliere agli individui le occasioni ritenute favorevoli in base ad un principio del piacere legato al momento, legato ad un presente senza prospettiva futura. Ad un principio del piacere privo di finalità vincolanti che rispondano ad un progetto di lungo termine. Vengono annullate le funzioni sociali della famiglia dal momento che "(...) gli individui si aggregano e disgregano con una crescente variabilità la quale non risponde più ad un qualche ordine sociale che non sia l'espressione di una spontaneità diffusa" (2012, p. 4).

Sempre Donati ci invita a considerare che la famiglia diventa un vincolo negativo se la si guarda dal punto di vista economico. È, cioè, adottando tale vertice che rileviamo come problematiche alcune caratteristiche. La famiglia diviene un vincolo negativo perché diminuisce la disponibilità dell'individuo ad una partecipazione flessibile al mercato del lavoro. Condiziona la natalità perché questa – ci dicono le statistiche - aumenta se i genitori non sono vincolati al matrimonio o ad una forma tradizionale di famiglia.

Al di là delle specifiche considerazioni che Donati pone, ci sembra interessante l'invito a contestualizzare i cambiamenti che stanno riguardando la famiglia all'interno dei più ampi cambiamenti culturali che stanno interessando il mondo occidentale. Adottando un'ottica psicologico clinica, ci accorgiamo che questi cambiamenti stanno mettendo in crisi il modo in cui viviamo i nostri rapporti, il modo in cui simbolizziamo secondo un codice affettivo, emozionale, le nostre relazioni sociali (familiari ma anche amicali, lavorative...). Vissuti dei quali possiamo non essere consapevoli ma che hanno un rilevante effetto pragmatico sulle nostre scelte comportamentali. Come psicologi clinici ci accorgiamo che in alcuni casi le famiglie fanno fatica a porre domande di intervento a quelle professioni che potrebbero trattarle. Fatica spesso connessa ad un sentimento di fallimento rispetto ad un modello atteso di famiglia sana, integra, autosufficiente. E felice! Mancina e Riccardi (2012) osservano che oggi la famiglia italiana si sente investita del ruolo di baluardo contro i cambiamenti sociali che stanno interessando l'intera società occidentale, cambiamenti vissuti come storture della modernità delle quali la famiglia è contemporaneamente anche vittima. È possibile che se confrontata con sentimenti di fallimento, di scarto da un modello atteso di normalità, una famiglia faccia fatica a considerare le risorse che ha e ponga domande sostitutive a quei Servizi con i quali interloquisce. Domandi, cioè, di essere sostituita nelle sue funzioni invece che aiutata a sviluppare le risorse esistenti. Ad essere limitata è la potenzialità trasformativa della famiglia, la sua competenza a riorganizzarsi in funzione dei cambiamenti. Alcuni contributi riguardanti il tema della disabilità, pubblicati su questo numero della

¹⁸ Si veda rapporto Ocse (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico) del 2011 dal titolo: *Doing better for families*.

Rivista, sviluppano queste considerazioni (Crisanti, 2012; Giuliano & Sarubbo, 2012; Paniccchia, 2012). Tali contributi rappresentano un primo prodotto del lavoro di un gruppo di ricerca e intervento – del quale fa parte chi scrive – che si sta occupando di comprendere i nuovi bisogni della famiglia italiana, le nuove domande che questa pone alla nostra professione.

Bibliografia

Ariès, P. (1960). *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime*. Paris: Plon. Trad it. (1968). *Padri e figli nell'Europa medievale e moderna*. Roma-Bari: Laterza.

Berger, B., & Berger, P.L. (1983). *The War over the Family: Capturing the Middle Ground*. New York: Anchor Press. Trad. it. (1984). *In difesa della famiglia borghese*. Bologna: il Mulino.

Crisanti, P. (2012). Riflessioni sull'assistenza domiciliare integrata nei casi di disabilità adulta. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 129-133.

De Santis, G. (2011). *Vi presento la mia famiglia*. Neodomos.it, 15 giugno 2011.

Dalla Zuanna, G., & Micheli, G. (2004). *Strong Family and Low Fertility: A paradox?* Dordrecht: Kluwer Academic Press.

Dalla Zuanna, G., & Weber, G. (2011). *Cose da non credere*. Roma-Bari: Laterza.

De Rose, A., & Vignoli, D. (2012). Families all'italiana: 150 years of history. *Rivista Italiana di Economia, Demografia e Statistica*, 4, 12-32.

Donati, P. (2012). (Ed.). *La famiglia in Italia: Sfide sociali e innovazioni nei servizi*. Rapporto biennale 2010-2012 dell'Osservatorio nazionale sulla famiglia. Roma: Carocci.

Giuliano, S., & Sarubbo, M. (2012). Le figure di assistenza alla disabilità a scuola: La competenza psicologico clinica a leggere relazioni come alternativa al controllo e alla tolleranza. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 121-128.

Mancini, C., & Ricciardi, R. (2012). Introduzione. In C. Mancini & M. Ricciardi (Eds.), *Famiglia italiana: Vecchi miti e nuove realtà* (pp. IX-XVI). Roma: Donzelli.

Mencarini, L. (2012). Le famiglie in Italia: Un'istantanea demografica. In C. Mancini & M. Ricciardi (Eds.), *Famiglia italiana: Vecchi miti e nuove realtà* (pp. 29-67). Roma: Donzelli.

Paniccia, R.M. (2012). Psicologia clinica e disabilità. La competenza a integrare differenze. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 91-110.

Salvini, S., & De Rose, A. (2011). (Eds.). *Rapporto sulla popolazione: L'Italia a 150 anni dall'unità*. Bologna: il Mulino.

Sarti, R. (1999). *Via di casa: Abitare, mangiare, vestire nell'Europa moderna*. Roma-Bari: Laterza.

Zimmerman, C.C. (1947). *Family and Civilization*. New York: Harper.

Le figure di assistenza alla disabilità a scuola: la competenza psicologico clinica a leggere relazioni come alternativa al controllo e alla tolleranza.

di Sonia Giuliano*, Maria Sarubbo**

Abstract

Le recenti modifiche legislative sull'integrazione della disabilità a scuola sembrano invitare a ripensare i modelli che orientano questa area di intervento, entro cui molti giovani psicologi sono occupati, a partire da ruoli come quello di assistente specialistico o assistente educativo culturale. In questo articolo, attraverso il resoconto di un intervento di assistenza specialistica entro un istituto superiore, ci si interroga sul contributo che la psicologia clinica può dare per lo sviluppo di questo servizio. Si mettono a confronto modelli che includono la disabilità fondandosi sul controllo e la tolleranza e modelli di sviluppo del contesto. Nei primi la diversità, non riconosciuta come risorsa, va adattata al contesto; si vedrà, attraverso l'esperienza resocontata, come questo modello organizzi la domanda di intervento e contemporaneamente imponga un costo molto alto entro l'organizzazione scolastica, rendendo difficile la progettazione di futuro. Il secondo è il vertice adottato da chi interviene; entro tale modello il cliente dell'intervento è il contesto scuola e la sua competenza ad avere a che fare con la diversità: la funzione dell'assistente alla disabilità diviene quella di rendersi non più indispensabile. Come? Attraverso una serie di azioni interpretative in grado di istituire nell'organizzazione la capacità di pensare relazioni.

Parole chiave: disabilità, integrazione scolastica, psicologia clinica, assistenza specialistica, assistente educativo culturale, funzione integrativa.

Premessa

Con questo contributo intendiamo proporre alcune riflessioni sulla funzione della psicologia clinica negli interventi che riguardano la disabilità nel contesto scolastico. Ce ne occupiamo perché nella nostra esperienza la scuola è un contesto continuamente alle prese con il problema di trattare differenze in rapporto ai propri obiettivi istituzionali. Crediamo che la disabilità sia per la scuola quell'esperienza che rende più evidente questo problema.

Ce ne occupiamo anche perché ci sembra che la scuola sia stimolata, a più livelli, a ripensare questo rapporto; ad esempio attraverso le varie modifiche legislative che riguardano la disabilità a scuola¹ o

* Psicologa, specializzanda del terzo anno di corso presso la Scuola di specializzazione quadriennale in "Psicoterapia psicoanalitica. Intervento psicologico clinico e analisi della domanda" di SPS (Studio di Psicopsicologia), Roma.

** Psicologa, specializzanda del secondo anno di corso presso la Scuola di specializzazione quadriennale in "Psicoterapia psicoanalitica. Intervento psicologico clinico e analisi della domanda" di SPS (Studio di Psicopsicologia), Roma.

¹ Pensiamo alle "Linee guida sull'integrazione scolastica degli alunni con disabilità", pubblicate dal MIUR nel 2009, che propongono una visione della disabilità come risultato dell'interazione tra condizioni di salute e fattori contestuali, invitando l'istituzione scolastica a occuparsi di questo rapporto. Pensiamo anche alla Legge n. 170/2010, "Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico" (pubblicata in Gazzetta Ufficiale il 18 ottobre 2010, n. 244), che ridefinisce la funzione della scuola rispetto ai Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA): scompare il riferimento alla Legge 104/1992 (Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate, pubblicata in G. U. il 17 febbraio 1992, n. 39), quindi alla necessità di figure di assistenza ad personam e si introducono fondi perché la scuola si attrezzi, attraverso interventi formativi, a conoscere e a trattare con i problemi che il DSA pone. Non entriamo nel merito dei modelli della relazione che organizzano tali norme; ci limitiamo a evidenziare come queste sembrano prendere corpo dal fallimento dei modelli fondati sull'assistenzialismo che caratterizzano la storia degli interventi sulla disabilità entro il contesto scolastico.

le linee guida che supportano gli interventi di assistenza specialistica agli alunni disabili, che stanno rapidamente cambiando.

L'assistenza specialistica alla disabilità: tra funzione assistenziale e sviluppo

In Italia la diversità viene reintrodotta nei contesti sociali a partire dalla scuola²: un contesto pionieristico dentro cui si sperimenta l'esperienza dell'integrazione. Dagli anni '70 numerosi interventi legislativi cercano di regolamentare questa esperienza³. Ma come vengono vissute le prescrizioni legislative dalle scuole italiane? Con una posizione ideologica? Con frustrazione? Con la ricerca di strumenti?

E che funzione può avere la psicologia clinica, spesso chiamata dalla scuola a occuparsi di questo problema entro i più svariati ruoli?

Ci occuperemo di questo, parlando di uno degli strumenti a disposizione della scuola: il servizio di assistenza specialistica negli istituti superiori, pensato con l'obiettivo di facilitare il processo di integrazione del disabile. Utilizzeremo un caso di intervento che ha implicato una di noi entro un istituto superiore tecnico professionale della provincia di Roma (Giuliano, 2011).

A Roma e provincia l'assistenza specialistica è finanziata e regolata dal Servizio 2 "Interventi sociali" della Provincia. Le linee guida prodotte da questo servizio si sono notevolmente trasformate nelle ultime 4 edizioni⁴; sempre di più si propone l'uscita dall'isolamento comportato da azioni rivolte al solo alunno disabile e si sostiene il coinvolgimento di una rete di attori: la classe, la scuola, la famiglia, il territorio. Si dice anche che l'assistenza non è intervento assistenziale⁵; al contrario è intervento che stimola e produce cambiamenti nella scuola rispetto alla possibilità di trattare con la disabilità.

Ecco un punto su cui ci interroghiamo: è possibile che l'assistenza specialistica miri, nel suo intervento a diventare *non indispensabile*? In altre parole, che punti a potenziare le competenze e le risorse della scuola nell'avere a che fare con la disabilità. Come? Che strumenti ha la psicologia clinica a riguardo?

La scuola può interagire con la disabilità subendola, trattando l'integrazione come un diritto o un dovere; oppure utilizzandola come stimolo per ripensarsi.

Pensiamo che si situi qui la competenza psicologica che sempre di più si sta occupando di dare senso al rapporto tra disabilità e istituzione scolastica.

A due condizioni:

- Che si riconosca la complessità di quei ruoli entro i quali lo psicologo viene convocato dalla scuola a occuparsi di questi problemi. Pensiamo all'Assistente Educativo Culturale e all'Assistente Specialistico. Il senso comune li relega a una indefinita e aspecifica funzione assistenziale, caratterizzata da attitudini invece che da competenze. Lo psicologo che aderisce a questa fantasia neutralizza la sua competenza (Brescia, Conti, De Bellonia, Giovannetti, Guido, & Izzo, et al. 2011). Pensiamo di contro che la confusione che aleggia intorno a tali figure professionali, sia sintomatica della complessità che caratterizza le questioni rispetto a cui sono chiamate a intervenire.

- Che lo psicologo abbia modelli e strumenti per trattare con la domanda di funzioni sostitutive che spesso caratterizzano il rapporto tra scuola e figure di assistenza alla disabilità⁶. Un rischio insito nell'adesione acritica

² Siamo negli anni '70 e la discussione sull'abolizione delle classi differenziali e la sua attuazione precede di alcuni anni la chiusura dei manicomi (Civitillo, De Bellonia, Gasparri, Giacchetti, Giovannetti, Giuliano, et al. 2012); Per una riflessione sui modelli che animarono la ventata di riforme che caratterizzò quegli anni rimandiamo a Carli & Panizza, 2012.

³ Per una disamina critica della normativa Italiana sull'integrazione scolastica dei disabili vedi Langher & Ricci, 2010.

⁴ Per approfondimenti rimandiamo alle: "Linee di indirizzo per il servizio di assistenza specialistica negli Istituti di Istruzione Superiore, anno scolastico 2012-2013. Provincia di Roma (2012)"; "Linee di indirizzo per il servizio di assistenza specialistica in favore degli studenti con disabilità, anno scolastico 2011-2012. Provincia di Roma (2011)"; "Linee Guida per l'integrazione scolastica in favore degli alunni con disabilità, anno scolastico 2010-2011. Provincia di Roma (2010)"; "Linee di indirizzo per la realizzazione dell'integrazione scolastica in favore degli alunni con disabilità, anno scolastico 2009-2010. Provincia di Roma (2009)".

⁵ "Linee di indirizzo per il servizio di assistenza specialistica negli Istituti di Istruzione Superiore, anno scolastico 2012-2013" (Provincia di Roma, 2012, p. 4).

⁶ Per una trattazione dei costrutti di "funzione sostitutiva" e "funzione integrativa" in rapporto alla disabilità rimandiamo al lavoro di Panizza (2012) pubblicato su questo stesso numero della Rivista di Psicologia Clinica.

a tale domanda è quello di bruciare l'intervento entro il *corto circuito* della funzione sostitutiva: in questo assetto l'azione sostitutiva perde la caratteristica di essere qualificata da una tecnica, per diventare sic et simpliciter sostitutiva degli agiti che caratterizzano la cultura del contesto. Un'alternativa è utilizzare tale domanda per leggere e rendere trattabile la dinamica collusiva (Carli & Paniccchia, 2004) che organizza il rapporto tra scuola e disabilità.

Tratteremo queste premesse concettuali resocontando un intervento che ha coinvolto una di noi (da questo momento "la psicologa") entro il ruolo di Assistente Specialistico in una scuola superiore della provincia di Roma. Si tratta di un istituto tecnico professionale con quattro indirizzi di specializzazione (tecnica turistica, grafico pubblicitario, moda, alberghiero) e circa 700 studenti iscritti. Di questi, circa 50 sono stati certificati come portatori di una qualche disabilità. In relazione a questo dato, la scuola da cinque anni propone progetti di assistenza specialistica, avvalendosi, senza l'intermediazione di cooperative, dei fondi messi a disposizione dalla Pubblica Amministrazione. Nel 2011 la scuola emana un bando per il "reclutamento" di esperti esterni da coinvolgere nel progetto dell'anno scolastico 2011/12. Si domandano tre tipi di figure professionali: psicoterapeuti, psicologi, educatori professionali. Il rapporto di lavoro che resocontiamo inizia con la risposta della psicologa a questo bando.

Il momento istituyente. Uscire dall'implicito

All'inizio dell'anno scolastico la psicologa viene contattata telefonicamente dall'insegnante di sostegno, coordinatore del progetto, il quale la informa che il suo curriculum è stato selezionato e la invita a presentarsi l'indomani. Invece dell'atteso colloquio di conoscenza reciproca si ritrova in un gruppo di selezionati (quasi tutti psicologi), con il coordinatore che parla a lungo di quanto il loro progetto sull'integrazione dei disabili punti sulla qualità, attraverso figure altamente qualificate. Non fa parola, però, dei suoi contenuti, delle sue finalità, dei modi in cui si è organizzato nella scuola negli anni precedenti.

Di quale progetto si sta parlando? La psicologa chiede di capire meglio di che si tratta, quali obiettivi e quali modalità di lavoro si pensano, quale funzione ci si aspetta dalla psicologia. Il coordinatore si mostra interessato a discutere su queste domande. Accenna alle linee guida della Provincia: sente che stanno cambiando, mentre la scuola difficilmente cambia; aggiunge che non sono ancora organizzati per l'affidamento dei casi.

Le domande della psicologa sembrano un intervento utile a uscire dall'implicito che, quando si ha a che fare con le parole assistenza e disabilità, si sappia già cosa si deve fare. E' una *azione interpretativa* che consente di chiamare in causa gli obiettivi di un intervento.

Intendiamo, per azione interpretativa, un'azione che ha il potere di ristrutturare il setting della relazione tra il clinico e il suo cliente, fornendo indizi sulla dinamica collusiva in atto laddove non si presentano le condizioni per istituire pensiero sulle emozioni (Carli R., & Paniccchia R.M., 1984). Nel caso resocontato, tra la psicologa, i suoi committenti e i suoi clienti, non vi è accordo, almeno all'inizio, su questa funzione dell'intervento: le azioni interpretative diventano in questa circostanza lo strumento principe per interrompere agiti e introdurre pensiero su di essi.

In questo caso l'azione interpretativa del domandare sembra produrre uno spostamento da un rapporto di cooptazione fondato sul prestigio, così come era sembrato nelle prime battute, a un rapporto di consulenza rispetto a dei problemi. Ricordare obiettivi produce una focalizzazione su mandato e clienti dell'intervento, offrendo un'alternativa alla fantasia che il prestigio (ricordiamo che si sta parlando di ruoli con basso potere) risolve i problemi sollevati dalla cultura dell'assistenza senza prodotti.

Rispetto a tali criticità la psicologa condivide l'ipotesi che gli assistenti possano essere utili nel capire qualcosa di più della cultura della scuola riguardo all'integrazione della disabilità, quindi nel tradurre in strategie di intervento queste linee guida in cambiamento.

Di risposta il coordinatore le affida subito due casi che sente difficili: uno di questi è il caso di Driss; ne parleremo nei prossimi paragrafi.

Qui ci interessa sottolineare che la risposta del coordinatore, con la segnalazione dei due *casi difficili*, sembra parlare di una fiducia nella possibilità di occuparsi di quei casi entro cui più visibilmente fallisce la cultura con la quale la scuola si rapporta alla disabilità. Pensiamo questa fiducia come primo prodotto del rapporto di committenza: ipotizziamo che sia in rapporto all'interesse della psicologa a

recuperare gli obiettivi dell'intervento di assistenza specialistica; dentro questo rapporto "interessato" sembra diventare possibile riesplorare il rapporto tra obiettivi del progetto di assistenza specialistica, mandato proposto dall'ente finanziatore, cultura locale (Carli & Paniccia, 2002) del contesto scolastico.

La diversità da addomesticare

Driss ha 20 anni, è ancora seguito dal servizio materno infantile dell'ASL di zona, è arrivato in Italia dalla Romania sette anni fa, dopo un lungo periodo passato lontano dai genitori che si erano trasferiti alcuni anni prima per lavoro. Primo di cinque figli, unico maschio, con una diagnosi di ritardo lieve, arrivato in Italia ha fatto le scuole medie ed è poi stato iscritto in questo istituto. Oggi frequenta il IV anno della sezione specializzata in tecniche turistiche.

Durante la prima settimana di lavoro, la psicologa incontra i docenti della classe di Driss per capire qualcosa di più di questo *caso difficile*. Nei loro racconti Driss è stato un angelo (cioè non ha dato fastidio a nessuno) fino a 2 anni fa, poi "ha dato di matto". Questo gli ha procurato una seconda diagnosi: disturbo dell'umore. Driss prende delle medicine e tutti sostengono che non è ancora stato individuato il dosaggio giusto: a questo sarebbe dovuta la sua discontinuità, fatta di una imprevedibile alternanza tra atteggiamenti di ritiro e comportamenti esuberanti che rendono difficile lo svolgimento delle lezioni.

Colpisce come la rappresentazione del problema sia fortemente condivisa: parlare di Driss vuol dire parlare di alti e bassi di cui le medicine sono responsabili; Driss, nei racconti dei docenti, diventa la medicina che prende.

Sembra che si trovi un'alternativa a questo piano del discorso quando la psicologa chiede come mai Driss sia stato inserito in questa specializzazione (tecnica turistica) piuttosto che in un'altra. Nessuno sa, qualcuno dice che una sezione valeva l'altra, qualcun altro si lascia disorientare da questa domanda in misura sufficiente da far pensare che ci sia uno spazio di lavoro entro la scuola.

Domandare assume nuovamente la funzione di azione interpretativa: interrompe il processo rituale della lamentela che sembra originare dall'assenza di un terzo tra la scuola e Driss. Ricordare l'indirizzo scolastico chiama in causa gli obiettivi del percorso formativo, introducendo quel terzo assente che consente di dialogare con la domanda di realtà: il futuro di Driss.

L'insegnante di sostegno che segue Driss da 4 anni, si dice molto frustrata nel rapporto con lui. A causa delle difficoltà incontrate negli anni precedenti, quest'anno ha pensato per lui una programmazione differenziata: per 6 ore Driss esce con lei dalla classe per andare a fare Italiano, Matematica, Francese, Inglese, Tedesco! Come mai? Perché lei è laureata in lingue e perché uscire fuori dalla classe è l'unico modo perché Driss impari qualcosa. Ancora, l'insegnante ha pensato di aggiungere ore di educazione fisica al suo programma scolastico, perché in questo modo, in sua assenza, gli insegnanti non hanno da preoccuparsene e lui può sfogarsi. Si aspetta dalla psicologa che continui il lavoro con le schede da terza elementare che lei propone a Driss. Ecco un esempio di domanda di funzione sostituiva che dichiara l'impensabilità della frustrazione dell'insegnante, vincolando la psicologa a un'imitazione degli agiti che finora hanno caratterizzato il suo rapporto con l'alunno disabile.

La psicologa rimanda a un momento successivo l'interlocuzione con l'insegnante di sostegno circa il modo in cui potrà essere utile, anche rispetto ai problemi che la fanno sentire frustrata. Crede sia utile, prima di progettare per Driss, conoscerlo. In tal modo riporta al centro i due aspetti con cui l'insegnante sembra non riuscire a interloquire: la sua frustrazione e Driss.

Contestualmente a questa ondata di confessioni e proposte, l'insegnante di sostegno presenta Driss alla psicologa; questi la accoglie, invece che con le solite banalità di rito, dicendole che nel suo paese c'era stata la *dittatura*. L'insegnante commenta che la dittatura in Romania è una delle fisse di Driss, una stranezza prevista: lo dice in continuazione. La psicologa propone all'insegnante che però, ora, lo sta dicendo a loro: potrebbe avere un senso come "accoglienza" nei confronti di chi si occuperà di lui.

La competenza psicologica consente di trasformare una stereotipia in una preziosa comunicazione. In questo modo introduce due novità: rende Driss un soggetto attivo nella comunicazione e rende visibile una dimensione simbolica, spesso assente nei sistemi relazionali intorno alla disabilità (Montobbio &

Lepri, 2000), nel rapporto tra Driss e i suoi interlocutori a scuola. Fornisce inoltre alla psicologa ancoraggi importanti per fondare la relazione con lui.

Al suo ingresso in classe la prima cosa che la psicologa fa è non sedersi accanto a Driss, nel posto, al primo banco, che era sempre stato riservato all'assistente. Non ha alcuna voglia di diventare il suo ennesimo dittatore e un'alternativa che trova è chiedergli, alla fine dell'ora, se la lezione gli è piaciuta. La consuetudine dell'assistente che siede accanto all'alunno disabile rimanda a rapporti fondati sul controllo e istituisce una differenza rispetto a tutti gli altri alunni della classe. Dà vita alla fantasia di una diade come corpo a se stante, costruendo un paradosso: includere il disabile, comporta la sua esclusione. La psicologa, con la sua azione, opera una ristrutturazione di campo: rompe l'assetto fondato sull'isolamento della coppia assistente – disabile e introduce una nuova dimensione utile a fondare rapporti di scambio: i desideri, le motivazioni, i vissuti di Driss.

Nonostante questo, la conoscenza con Driss non è affatto facile. La psicologa sperimenta i suoi passaggi, spesso nell'arco di pochi minuti, da un atteggiamento di rassegnata obbedienza a uno di trasgressione, provocazione, ribellione. Driss non guarda mai il suo interlocutore; la sensazione che dà, voltandosi dall'altra parte ogni volta che qualcuno si rivolge a lui, è di essere irraggiungibile. Parla poco, pochissimo e lo fa attraverso formule che rappresentano una sorta di passepartout che spesso sembrano avere la funzione di liquidare l'interlocutore; o meglio, ciò che si guadagna con queste formule è un interlocutore liquidante, che non fa più alcun caso al significato di ciò che dice.

In effetti l'assenza di continuità sembra anche il modo in cui, chi vi ha a che fare, si relaziona con lui: senza progetti. Pare che da Driss non ci si aspetti nulla. L'assenza di progetti, insieme alla difficoltà a dare senso alle modalità relazionali di Driss, sembrano azzerare la dimensione temporale⁷, organizzando nella scuola due posizioni, due soli modi possibili per avere a che fare con Driss, entro i quali la psicologa viene convocata.

Il primo è *controllare, tenere a bada*. Ad esempio, l'insegnante di sostegno dice che il modo che ha trovato per farlo stare buono è minacciarlo di chiamare suo padre. Questo modo funziona, secondo l'insegnante, perché il ragazzo, per dieci minuti, la smette. E poi?⁸

Il secondo è *tollerare, accettare, sopportare*. Ad esempio, quando la psicologa chiede all'insegnante di Italiano cosa ne pensa del rapporto tra Driss e le sue compagne di classe⁹, questa le dice che secondo lei non c'è nessun problema, le ragazze capiscono che Driss è malato e sono molto tolleranti nei confronti delle sue stranezze. In effetti è vero. Nel senso che non lo cacciano dalla classe. Ma la domanda è: chi lavorerebbe mai con qualcuno che tollera?¹⁰

Di seguito vi proporremo alcuni eventi critici che hanno rappresentato la possibilità del rapporto di consulenza di evolvere rispetto a queste due posizioni.

Dare senso come alternativa al controllo

Prima della pausa natalizia Driss “da di matto”. Nell'ora di ricreazione provoca Roberto, un compagno, spingendolo e dicendogli che vuole fare a botte; quello lo ferma invece di reagire, poi corre dagli insegnanti a denunciare il fatto. Neanche a dirlo, vanno in cerca della psicologa per tutta la scuola.

⁷ Casini parla di “tempo congelato” (Casini, 2010) in riferimento all'assetto collusivo delle famiglie con figli disabili al termine della scuola superiore. Vorremmo sottolineare che qui il “tempo congelato” è *nella* scuola, in rapporto al suo autoriferimento. Intendiamo riferirci alla pervicacia con cui tenta di perseguire il suo mandato all'istruzione, annullando il tempo, quindi i limiti e le risorse, laddove questo mandato fallisce.

⁸ Con questa domanda non ci riferiamo solo al futuro di Driss, ma pensiamo anche all'angoscia che immobilizza l'insegnante in un copione che si ripete, identico, ogni giorno.

⁹ In classe, a parte Driss, sono tutte alunne. Così come sono donne tutte le insegnanti di sostegno e le assistenti che si sono succedute nel lavoro con lui. Ci sarebbe da chiedersi quanto questo dato sia in rapporto con la fantasia che Driss sia a scuola per essere accaduto.

¹⁰ Vedi il modo in cui Carli definisce la tolleranza, riflettendo sulla strategia inglese di trattare la convivenza tra comunità di diversa cultura: “Ciascuno è padrone in casa sua, ma deve esserci una garanzia delle regole condominiali.” (2006, p. 119). Un assetto che sembra preservare dai rapporti di scambio invece che promuoverli. Qui il condominio è la classe; un condominio con due appartamenti: gli insegnanti con gli studenti normodotati da una parte, l'assistente con il disabile dall'altra.

L'idea è che lei sia responsabile dell'accaduto in quanto *non controllante*, quindi *assente*. La psicologa parla con alcuni insegnanti e con Roberto. Questi pensano che Driss stia peggiorando e che è probabile che siano i farmaci. La psicologa dice loro che in tal caso non si potrebbe fare nulla, visto che la scuola non somministra farmaci e la questione è già stata posta alla ASL che segue il caso. Forse si potrebbe usare un guinzaglio, ma se si sta ancora parlando è perché interessa a tutti costruire altre strade.

La psicologa chiede a Roberto cosa farebbe nel caso venisse aggredito da un compagno con cui di solito va d'accordo; lui dice che gli chiederebbe spiegazioni. Bene, si può fare. Driss ha bisogno di riscontri dai suoi coetanei, li cerca, anche in modo violento, per esempio prima di lasciarli per due settimane di vacanza.

Ricordiamo che la psicologa avrebbe potuto seguire la strada del richiamare Driss alle regole o del chiedere a Roberto comprensione per via dei problemi di Driss. La scelta del riportare l'accaduto nel rapporto tra Driss e Roberto suggerisce la possibilità di un dialogo tra i due. Un'operazione, questa, che contrasta con l'attitudine a espellere chi viene considerato estraneo, al quale non si pensa di poter dare riscontri, tanto meno ci si aspetta che li dia. Quella tendenza a negare l'estraneità nei rapporti sociali, che porta a "riconduurre ogni relazione entro lo schema amico-nemico" (Carli & Paniccia, 2001, p. 51). La rottura di questa consuetudine all'espulsione dell'estraneo diventa utile anche per Driss, che non tenterà più di picchiare i suoi compagni, ma proverà ad avvicinarli chiedendo loro: "come stai?"

A facilitare questa operazione è l'introduzione della dimensione simbolica: permettendo a Roberto e agli insegnanti di richiamare alla mente altre circostanze che potevano dare senso all'avvenimento, lo rendono trattabile. Ad esempio, viene in mente che poco prima, in classe, nell'ora di psicologia, si era fatto un test che classificava gli studenti in sottomessi o dominatori; forse ci si era dimenticati di una terza possibilità.

Riconoscere risorse come alternativa alla tolleranza

Nel primo mese di lavoro la psicologa tenta di trovare un'alternativa al posto vuoto accanto a Driss invitando le compagne a occuparlo. Si guadagna da una parte alcuni rifiuti; dall'altra, il riuscire a stare vicino a Driss di alcune delle sue compagne sembra un'ennesima prova di tolleranza.

Allora tenta altre strade. Una è quella di interessarsi, lei per prima, alle risorse che Driss ha, a ciò che gli piace, ai suoi desideri. Questo le consente di riparlare con i docenti, riorganizzando la rappresentazione del programma individualizzato di Driss. Per esempio proponendo lo studio delle lingue straniere, non come scontata conseguenza della formazione dell'insegnante di sostegno, ma come valorizzazione delle competenze di Driss (che per esempio ha imparato l'Italiano in poco tempo nonostante il ritardo) e del suo desiderio di viaggiare. Oppure rivalutando le ore supplementari di Educazione Fisica, che più che rappresentare uno "sfogo", potevano puntare sulla passione di Driss per lo sport e sull'utilità per lui del lavoro di squadra: Driss è bravo a pallavolo e a calcio; soprattutto, durante le partite si sente desiderato dai suoi coetanei che, vedendolo come una risorsa, lo aiutano spesso in modo molto efficace a comprendere il senso delle regole del gioco.

Una seconda strada la organizza costruendo con Driss piccoli progetti di lavoro che si agganciano agli argomenti di lezione condivisi con la classe da una parte, e ai suoi interessi dall'altra. Questo ha voluto dire vedere interessi invece che fisse e ha prodotto un rapporto, tra la psicologa e Driss, divertente!

Non è stato facile rendere condivisibile questa esperienza di divertimento. Paradossalmente si è dovuto spesso lavorare con Driss fuori dalla classe, nell'idea di restituire poi qualcosa al gruppo dei compagni e agli insegnanti. Ma queste restituzioni hanno destato la curiosità delle compagne di Driss che si sono spontaneamente coinvolte nei suoi lavori, per esempio partecipando ad alcune ricerche che Driss stava portando avanti. Parallelamente questa strategia ha consentito di riparlare nel corso dell'anno con alcuni docenti delle difficoltà e dei fallimenti che a volte si incontrano quando si guarda ciascuno studente come una tabula rasa da confrontare con un programma.

A conclusione dell'anno è stato possibile anche organizzare con alcuni docenti dei lavori di gruppo su argomenti specifici partendo dalle esperienze fatte con Driss. Ancora oggi questi lavori sono percepiti come un'eccezione. Ma crediamo abbiano sollevato nella scuola una domanda: ci si può occupare della disabilità prescindendo da un pensiero sui modi che la scuola ha di rapportarsi alle diversità in generale?

Conclusioni

Ci siamo soffermate su questi episodi dell'intervento perché pensiamo che siano stati fondamentali per istituire la possibilità di una cultura che, rispetto alla disabilità, trovasse alternative al controllo o alla tolleranza. Ci sembra che tali modalità di rapporto siano l'esito di quella cultura dell'inclusione che non ha interesse a conoscere diversità, interagendovi; piuttosto, entro la retorica dell'inclusione, la diversità può solo essere espulsa attraverso un quasi sempre fallimentare tentativo di addomesticamento.

Potremmo dire che il dare senso alle modalità relazionali di Driss, fornendo alternative alla spiegazione delle medicine, è stata una premessa senza la quale sarebbe stato molto difficile non rimanere entro la cultura dell'inclusione. Una premessa che ha avuto bisogno di essere continuamente ricontrattata con i vari interlocutori nel corso dell'anno scolastico, ma che sembra sia stata accolta, lavorata.

Crediamo che sia stato fondamentale a tal proposito vedere potenziali domande di sviluppo in tutte quelle difficoltà, frustrazioni, dubbi e a volte idee che a scuola si producono nel rapporto con la disabilità. Un aggancio forte è stato chiedersi insieme con la scuola, quale fosse il costo del controllare/tollerare la diversità. Ad esempio, quanta frustrazione produce nella scuola organizzare e tenere rapporti dimenticandosi del futuro degli studenti, smettendo di progettare e preferendo adempiere. Quanto costa vedere le famiglie dei disabili come nemiche, assenti, disinteressate, deleganti, come nel caso di Driss?

Nel caso resocontato, l'intervento ha prodotto il riconoscimento di risorse e quindi la possibilità di riprogettare futuro, non solo per Driss. Ad esempio, in fase di monitoraggio dell'intervento, la psicologa ha proposto ai docenti e al coordinamento dell'assistenza, un progetto di stage interno alla scuola, finalizzato alla valorizzazione della biblioteca scolastica, che potesse coinvolgere un gruppo di ragazzi, disabili e non. Questa proposta è stata lavorata e inserita tra le attività laboratoriali del successivo anno scolastico e ha attivato anche l'ipotesi che Driss fosse in grado di svolgere un percorso di alternanza scuola lavoro. Ad oggi con la scuola, ci si chiede se il futuro di Driss possa essere un buon terreno per riparlare con la sua famiglia, per riorganizzare rapporti con la Asl di riferimento, per costruire ponti con il territorio.

Bibliografia

Brescia, F., Conti, I., De Bellonia, M., Giovannetti, C., Guido, D., Izzo, P., et al. (2011). Il rapporto fra psicologia e scuola. Alcune ipotesi a partire da esperienze lavorative. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 100-101.

Carli, R., (2006). Editoriale. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2 – 3, 118-120

Carli R., & Paniccia R. M. (1984). Per una teoria del cambiamento sociale: lo "spazio anzi"; in: Lo Verso G., Venza G., *Cultura e tecniche di gruppo nel lavoro clinico e sociale in psicologia*. Roma: Bulzoni.

Carli, R., & Paniccia, R. M. (2001). *Culture giovanili. Proposte per un intervento psicologico nella scuola*. Milano: FrancoAngeli.

Carli, R., & Paniccia, R. M. (2002). *L'analisi emozionale del testo. Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi*. Milano: FrancoAngeli.

Carli, R., & Paniccia, R. M. (2004). *Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino

Carli, R., & Paniccia, R. M., (2011) *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia. Dai malati psichiatrici alla nuova utenza: l'evoluzione della domanda di aiuto e delle dinamiche di rapporto*. Milano: Franco Angeli.

Casini, C. (2010). Lo scudo di Perseo: complessità e nodi del passaggio adolescenziale nelle famiglie con figli con disabilità intellettiva, *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 115-121

Civitillo, A., De Bellonia, M., Gasparri, C., Giacchetti, V., Giovannetti, C., Giuliano, et al. (2012). *La malattia mentale: occuparsene senza mandato*. Unpublished Manuscript.

Giuliano, S., (2011), *Dallo straniero da colonizzare al desiderio come risorsa per progettare. La domanda di una scuola superiore di trattare con al diversità*. Unpublished Manuscript.

Montobbio, E., & Lepri, C. (2000). *Chi sarei se potessi essere: La condizione adulta del disabile mentale*. Pisa: Del Cerro.

Langher, V., Ricci, M. E., & Diamanti, S. (2010). La normativa sull'integrazione scolastica dei disabili tra colpa e pretesa. Una ricerca sul fallimento collusivo nel rapporto tra insegnanti e genitori di alunni disabili. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 118-132

Paniccia, R. M. (2012). Psicologia clinica e disabilità. La competenza a integrare differenze. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 91-110.

Riflessioni sull'assistenza domiciliare integrata nei casi di disabilità adulta.

di Pamela Crisanti*

Abstract

Tratterò di un intervento di assistenza domiciliare rivolto ad un disabile adulto, come pretesto per riflettere su quale funzione psicologico clinica mettere in campo nell'ambito della disabilità. Quando ci si rapporta alla disabilità, gli interventi sono soprattutto sostitutivi: la funzione sostitutiva risponde alla lettera di precise richieste dei contesti che convivono con la disabilità, ad esempio la famiglia, ma se ci si ferma a essa non si coglie che tali richieste originano da una domanda, da analizzare, di uscire da un isolamento che rende fermi, immobili, senza futuro i rapporti di chi ha a che fare con la disabilità. La funzione integrativa che lo psicologo può attuare è invece rivolta alle relazioni familiari nel loro complesso perché tornino a occuparsi dell'esperienza di disabilità che riguarda la famiglia. Nell'intervento resocontato, propongo come prodotto della relazione la rivitalizzazione del desiderio.

Parole chiave: disabilità; famiglia; assistenza domiciliare integrata; intervento psicologico clinico; intervento sostitutivo e integrativo.

Entro la scuola di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica¹ uno degli obiettivi che abbiamo perseguito è stato sviluppare modelli di intervento in rapporto a quelle che abbiamo definito le nuove domande, ambiti di intervento al contempo interessanti e non scontati entro i quali proporre una funzione psicologico clinica. Vorrei parlare in proposito dell'Assistenza Domiciliare Integrata.

L'Assistenza Domiciliare Integrata² è un sistema di interventi e servizi sanitari offerti a domicilio, intendendo per domicilio l'abitazione del paziente, una struttura comunitaria, una casa di riposo o una struttura residenziale permanente. Nasce come modello assistenziale volto ad assicurare l'erogazione di prestazioni sanitarie (medica, infermieristica, riabilitativa) e socio-assistenziali (cura della persona, fornitura dei pasti, cure domestiche), da parte di diverse figure professionali.

La sua realizzazione richiede la definizione di piani personalizzati di assistenza. Le Unità di Valutazione territoriale (composte da figure professionali come il medico, l'infermiere e l'assistente sociale) su segnalazione da parte di più soggetti (medico di base, ospedale, famiglia) formulano una valutazione sul grado di autosufficienza, di infermità e di disagio sociale della persona. Inizialmente, tale forma di assistenza ha riguardato essenzialmente la popolazione anziana non autosufficiente e i disabili, successivamente si è estesa ad altre disabilità, quali l'AIDS, l'Alzheimer, i pazienti in stato terminale, nell'ottica di orientare sempre più gli interventi verso forme non ospedalizzate di assistenza.

In altri termini è un servizio che ha un obiettivo di assistenza, è alternativo all'ospedalizzazione, risponde a problemi che si ritiene che tenderanno alla cronicizzazione, entro un assetto collusivo che possiamo cogliere da questa citazione, relativa al PSN 1998-2000, in cui si dice che: "Curare a casa significa un cambiamento di prospettiva sostanziale: si tratta di passare dal malato che ruota attorno alle strutture erogatrici alle strutture e professioni che assumono come centro di gravità la persona con i suoi bisogni".

* Psicologa clinica, Specialista in psicoterapia psicoanalitica, intervento psicologico clinico e analisi della domanda.

¹ SPS, Studio di psicosociologia, Roma.

² Assistenza domiciliare caratterizzata da una specifica connotazione sanitaria che il Progetto-obiettivo anziani del 1991-'95 e il Piano sanitario nazionale 1994-'96 hanno codificato con il termine ADI

Da novembre 2011 una collega e io abbiamo avviato uno studio professionale a Frascati. I servizi che offriamo sono di consulenza alla persona, alla famiglia e alle organizzazioni. Siamo nella fase di promozione della nostra attività e vorremmo iniziare da servizi che si rivolgano alle famiglie. Stiamo quindi esplorando la loro domanda.

In questo territorio è attiva una cooperativa che eroga servizi di Assistenza Domiciliare Integrata a famiglie che vivono problemi legati a disabilità sia fisica che psichica. Decido di contattarli, per discutere con loro che tipo di intervento sia l'assistenza domiciliare, e capire per quali problemi venga erogato. Mi interessava molto capire il senso di una richiesta del tipo: vieni a casa mia.

Ho incontrato la coordinatrice di questa cooperativa, che ha mostrato molto interesse rispetto al mio averla contattata. Nel colloquio ho capito che la cooperativa si trovava a gestire la difficoltà dei mancati pagamenti dei Comuni (unici committenti) e il turn over degli operatori che lasciavano la cooperativa perché non pagati (poi ho capito che poteva esserci anche un altro motivo: la difficoltà di dare un senso al loro lavoro). Anche le famiglie, clienti del servizio, cominciavano ad esprimere il loro disagio rispetto a questo turn over: non volevano che l'operatore cambiasse. La mia richiesta di incontrarci e la possibilità di parlare delle loro difficoltà stava rappresentando una risorsa per la cooperativa: simbolicamente, un modo per attivare nuove risorse, per riflettere su cosa fare, tenendo presente una fase di cambiamento rilevante: la necessità di iniziare a integrare i finanziamenti pubblici con il pagamento da parte delle famiglie.

La cooperativa ha in carico circa 100 famiglie che richiedono il servizio per un problema legato alla disabilità di un parente, quasi sempre adulto. La disabilità trattata dalla cooperativa è difficile da definire in modo univoco: disabile è l'anziano non autosufficiente, l'adulto con ritardo mentale, bambini con sindrome di down, persone che vivono uno stato di solitudine, pazienti psichiatrici, persone che hanno necessità di cure dopo l'uscita dall'ospedale, pazienti oncologici, etc.

Ma, questo è quanto ho capito da tale esperienza, ci sono anche i familiari di persone disabili che richiedono per se stessi un aiuto. È lo stato di disagio che interessa un nucleo familiare a originare la richiesta e la disabilità, se intesa entro un'ottica individualista, cela il vero problema. Queste famiglie chiedono che qualcuno vada da loro, mettendo a premessa che il disagio che vivono è qualcosa che sta dentro il loro sistema di rapporti, che gestiscono all'interno della famiglia. L'operatore che va a casa rappresenta un elemento di discontinuità entro la fantasia che se vivi un disagio, questo sia un fatto privato che genera vincoli, obbligo di assistenza, vissuti di ambivalenza e soprattutto isolamento. La non autosufficienza riguarda tutta la famiglia, che diventa un sistema isolato. L'isolamento non è assenza di rapporti, ma presenza di rapporti controllanti, ritualizzati, sempre uguali. Questo vivere come isolati è la prima proposta che le famiglie che ho incontrato mi hanno fatto, e penso che sia il vissuto che organizza la richiesta di attivazione del servizio di assistenza presso la loro casa.

La cooperativa "invia" un operatore a casa di qualcuno quasi senza altra informazione che un indirizzo e una scarsa diagnosi; l'operatore mandato quasi sempre assume completamente una funzione sostitutiva³ in rapporto alla richiesta, per cui va a fare la doccia, va a pulire in casa, porta a fare una passeggiata; questo entro una ripetitività sempre uguale. Assumendo completamente una funzione sostitutiva in rapporto alla richiesta, si risponde alla lettera delle più varie richieste, senza nessuna lettura simbolica della domanda e senza occuparsi della relazione con la famiglia e il disabile, per cui la "sostituzione" avviene attraverso la replica degli agiti collusivi che caratterizzano la famiglia.

Un aspetto interessante di questo tipo di servizio è proprio la sua modalità di erogazione: può essere quotidiana come settimanale, la sensazione è però sempre quella che il tempo si azzeri. Molte famiglie usufruiscono di questo servizio da anni e la cooperativa così come non progetta l'intervento, visto che le risposte sono sostitutive e sembrano potersi limitare a fare ciò che le famiglie chiedono, non lo verifica se non attraverso eventuali proteste delle famiglie. Ho proposto alla cooperativa che senza verifica del servizio offerto, viene meno il senso dell'intervento, si perde

³ Per una definizione di Funzione Sostitutiva si veda l'articolo "Psicologia clinica e disabilità. La competenza a integrare differenze", Paniccia 2012, in questo stesso numero della Rivista.

di vista chi siano le famiglie utenti, si perde il rapporto con loro, non sono conosciute entro una attualità, entro un presente vivo. Quando chiedo alla coordinatrice che problemi hanno i loro utenti, mi risponde dicendomi di andare ad incontrarli; sembra complesso per lei ricostruire delle storie che siano altro dalla descrizione della disabilità del singolo, senza nessun ancoraggio con il suo contesto e con il presente. Con la coordinatrice abbiamo costruito una collaborazione che stesse su due aspetti, da un lato continuare a riflettere sul ritenere la famiglia nel suo insieme "il cliente" del loro servizio, e dall'altro lavorare con delle famiglie per organizzare la rivalutazione del progetto di assistenza domiciliare.

La funzione integrativa come intervento che riattiva risorse e desiderio

Resoconterò di un caso che mi è stato affidato dalla cooperativa con l'obiettivo di rivalutare il progetto di Assistenza Domiciliare Integrata. Questa è la motivazione esplicita che la coordinatrice mi propone nell'affidarmi Giacomo e la sua famiglia; io faccio l'ipotesi che il problema che questa famiglia pone metta fortemente in scacco la fantasia della cooperativa di poter erogare un servizio fuori da un processo di verifica; la rivalutazione sembra essere l'esigenza che la cooperativa ha di capire il senso di questo intervento.

Giacomo è un uomo di 45 anni, vive con suo padre molto anziano e la moglie di lui. Ha perso da qualche anno la mamma. E' figlio unico, i suoi problemi cominciano ad emergere a scuola, quando manifesta delle difficoltà d'apprendimento. All'età di 14 anni, in seguito a questi deficit e alla comparsa di strani comportamenti, che in un primo momento dai medici e dal padre sono attribuiti all'adolescenza, comincia quello che il papà di Giacomo mi descrive come un pellegrinaggio alla ricerca di qualcuno in grado di poter definire quale fosse il suo problema. Il pellegrinaggio è la non rassegnazione, il bisogno di capire, l'agire l'angoscia di avere a che fare con qualcosa che non è normale. Giacomo viene sottoposto alla mappatura del suo genoma, si scopre così che ha subito una trasmutazione cromosomica.

La diagnosi attuale di Giacomo è ritardo mentale grave con psicosi d'innesto. La richiesta di assistenza domiciliare viene fatta da suo padre e il progetto ha esitato in un intervento domiciliare che ha l'obiettivo di seguire Giacomo nella sua igiene personale e sostenerlo in attività di scrittura, calcolo e lettura. Incontro Giacomo e la sua famiglia 3 volte la settimana. Ogni incontro dura un'ora e mezza.

Giacomo e la sua famiglia usufruiscono di questo servizio da circa 5 anni, e durante questo tempo la cooperativa non li ha mai incontrati, li conosce dai racconti che di volta in volta i diversi operatori che hanno assistito Giacomo hanno riportato entro le riunioni in cooperativa.

Lavoro con questa famiglia da fine marzo; prima del mio arrivo Giacomo era seguito da un'altra operatrice, l'attività che svolgeva era puntualmente la stessa: fargli la doccia e fargli fare degli esercizi di scrittura che chiamava compiti. Ho incontrato Giacomo e la sua famiglia per la prima volta in affiancamento a questa operatrice. La cooperativa mi propone di incontrare una famiglia in affiancamento, entro la fantasia che si possa imparare cosa fare guardando, ma simbolicamente credo che l'esigenza fosse quella di controllare la variabilità che un nuovo rapporto avrebbe generato, variabilità temuta dalla cooperativa ma anche dalla famiglia. La famiglia al mio arrivo delegò completamente all'operatrice di introdurmi in casa loro, sembrava non ci fosse nessun problema, viene uno o viene un altro per noi è lo stesso, basta che qualcuno venga.

Il padre di Giacomo è un musicista, come dicevo è assai anziano ed è molto impegnato nella sua produzione artistica; si è risposato da poco. Giacomo suona molto bene la batteria, e suo padre dice che è stato un ragazzo prodigo. Il primo effetto della mia presenza in casa loro è che diviene il momento in cui il padre e sua moglie si prendono una pausa dal rapporto con Giacomo. Quando arrivo, se ne vanno ed io e Giacomo rimaniamo soli. Non si aspettavano altro da me se non di essere sostituiti nel loro stare con Giacomo.

Ho trattato queste sparizioni pensando a quale fosse la non autosufficienza di questa famiglia. Cosa chiedono volendo che qualcuno vada a casa loro. Io ipotizzo che questa famiglia sia non autosufficiente a stabilire relazioni. Sembrano in difficoltà nel costruire rapporti che abbiano una

variabilità, rapporti che siano potenzialmente risorsa per vivere quotidianamente. In questa famiglia tutti i gesti e tutti gli scambi sembrano essere sempre gli stessi in un tempo fermo. Mi viene richiesto di essere puntualissima, di arrivare senza portare variabilità di nessun tipo, di uniformarmi a quel modello noto di rapporto, di fare quello che faceva l'altra operatrice. Contemporaneamente colgo però nel rapporto con loro una forte ambivalenza intorno a questo isolamento. Mi ancoro alla loro richiesta che qualcuno vada da loro.

Giacomo mi aspetta in tinello, seduto sul divano al buio, mi accoglie quasi sempre dicendomi cosa vorrebbe comprare. Ogni giorno desidera comprare un gioco nuovo, una bambola, Big Jim, un camion, e se questo è il suo desiderio, ti chiede in modo compulsivo: "lo compro Big Jim? lo compro o no Big Jim?". Big Jim è un giocattolo, un pupazzo molto popolare che è stato in vendita fino a metà degli anni Ottanta, quando Giacomo era adolescente; rappresentava un ragazzo atletico e sportivo, Big Jim sembra rappresentare per Giacomo un desiderio, una parte di se, quello che sarebbe potuto essere. Giacomo chiede conferme. Il padre è colui che determinerà la possibilità di esaudire i suoi desideri e suo padre gli risponde sempre sì. Giacomo gioisce ma non si rassicura, credo che ormai abbia capito che il padre asseconda le sue richieste ma alla fine non potrà che deluderlo.

Giacomo si chiede se comprerà, se avrà, e quindi se esisterà o no. Io penso che questo sia il problema centrale di questa famiglia; è come se, ogni momento, Giacomo, con forza, resistendo, chiedesse conferme al suo interlocutore se esiste ora, e ancora di più se esisterà o no dopo la morte del padre. Giacomo non ha altri punti di riferimento. Entro la sua famiglia il problema di organizzare un futuro per Giacomo è completamente ignorato, non se ne parla. In rapporto a questo mi sembra emblematico sottolineare un aspetto. Giacomo prima ha vissuto in comunità, poi dai 18 ai 33 anni circa ha vissuto in un suo appartamento (compratogli dal padre) insieme ad un assistente/badante con cui aveva stabilito un buon legame. Dopo la morte della madre Giacomo torna a vivere con suo padre; io faccio l'ipotesi che il padre non abbia sostenuto la sua solitudine e abbia voluto riportare con sé Giacomo. La vita di questa famiglia sembra essere pensata come entro una scissione tra un prima e un dopo segnato dalla morte della madre. Un prima nel quale la famiglia organizza altri sistemi di convivenza per se stessa e per Giacomo, e un dopo segnato invece da un isolamento, da una chiusura e una involuzione in se stessa.

Per creare un rapporto con loro, per un certo tempo decido che il senso che loro danno alla doccia e ai compiti vada rispettato; provo però ad introdurre delle variazioni, che sono, per esempio, chiedere come stanno nel momento in cui arrivo da loro.

La signora mi accoglie quando arrivo, sentirsi chiedere come va rappresenta l'occasione che lei utilizza come il momento per raccontarmi tutto quello che fa per suo marito e per Giacomo, ma anche per esprimere la difficoltà che lei sente di non essere il centro dell'interesse di suo marito, il centro è Giacomo, si fa sempre tutto per lui. Durante una delle prime volte che andavo da loro mi chiede se fossi del paese, le rispondo di no e le chiedo perché lo volesse sapere; mi dice che questo paese è pieno di donne di mal costume, prostitute. Donne molto giovani che cercano di sedurre suo marito per denaro o che cercano di irretire Giacomo, per arrivare a suo marito, promettendo di regalargli giocattoli. La signora ritiene che siano queste donne che insinuano in Giacomo la voglia di comprare, che lo deviano, e lui visti i limiti che ha, passa poi tutto il tempo a dire che vuole comprare. Mi dice che la sera prima, fuori dal cancello della loro villa, si era appostata una "moretta" che ha dovuto cacciare in malo modo. Mi parla dicendomi: ti confido queste cose perché tu sei diversa (io sono bruna e giovane). Le rimando che mi sembra che lei si senta minacciata e che rispetto alla sua famiglia è come se lei si stesse incaricando di una grossa responsabilità. La signora mi guarda irrigidendo il viso, sembra voglia trattenere le sue emozioni.

Una delle prime volte che andavo da loro, incontrandomi sulle scale, il padre mi dice che vorrebbe che io facessi attenzione a far scrivere Giacomo con la mano destra (Giacomo non riesce a piegare il pollice della mano destra, e quindi ad impugnare la penna, è però in grado di scrivere con la mano sinistra) mi dice che nel tinello troverò l'elastico da posizionare tra le dita di Giacomo in modo che possa scrivere bene. Elastico che è stato realizzato dal padre. La destra sembra rappresentare il modo giusto, la normalità, quella cosa da perseguire a tutti i costi, anche

legandogli le dita. Gli rimando che Giacomo può scrivere con la sinistra e lui mi risponde che sì, ma che nella sua vita è sempre stato destrorso, quindi perché ora dovrebbe scrivere con la sinistra? Destra e sinistra sembrano prendere la piega del conflitto: era normale, perché non lo è più? Gli chiedo se pensa che suo figlio possa essere ambidestro, mi risponde che non lo sa, ma mi chiede di verificarlo. Io tengo questa richiesta come la possibilità che si possa riparlare ancora.

Ma cosa rappresentano la doccia e i compiti? Io credo che siano come l'elastico, un supporto alla normalità. Un rituale che se perseguito all'infinito forse farà tornare Giacomo come era, un ragazzo prodigio.

Con Giacomo abbiamo convenuto che la doccia possa farsela da solo. Prima che lui entri in vasca lo aiuto ad organizzarsi. Credo che Giacomo non abbia la percezione del suo corpo, del davanti o del dietro, sa nominare le parti del corpo ma non associarle, se gli dico: "Ora lava il collo", lui mi dice: "Dove?" oppure si lava il braccio.

Ultimamente Giacomo mi ha posto questa domanda: "E' vero che non mi posso toccare i pantaloni?". Io gli ho chiesto chi fosse a dirlo, e lui: "Nessuno...io" ed aggiunge: "È vero che non mi posso toccare il pisello?". Mentre mi fa queste domande, Giacomo una volta tenta di mordermi una spalla. Ne parlo con la signora, che era presente quando Giacomo ha tentato di mordermi; mi dice di non preoccuparmi, che è un gesto di affetto.

Ne parlo con Giacomo e per farlo provo a partire da me, gli dico che mi ha molto spaventata, gli chiedo se volesse mordermi e lui mi dice: "No male". Il suo sguardo è mortificato, spaventato, ma per la prima volta non ripete ossessivamente qualcosa, sembra confrontato con l'esperienza di parlare con qualcuno che parla con lui perché è interessato a farlo. La sua risposta mi ha fatto pensare al bambino piccolo che impara a parlare. Lo stesso giorno del morso la signora mi dice che sta organizzando una festa in onore dell'uscita dell'ultimo disco di suo marito, che inviteranno molti musicisti importanti, giornalisti, persone dello spettacolo; mi invita. Comincio a pensare come la mia presenza in questa famiglia stia organizzando il loro desiderio, lo rivitalizzi, lo renda attuale e mi pongo il problema di come sostenerlo e verso quale direzione.

Bibliografia

Paniccia, R.M. (2012). Psicologia clinica e disabilità. La competenza a integrare differenze. *Rivista di psicologia clinica*, 1, 91-110.

Riferimenti Normativi

Age.na.s, (2009) Le indicazioni programmatiche nazionali sul sistema dell'assistenza domiciliare nel SSN. http://www.agenas.it/norm_naz_assist_dom_ssn.htm

Considerazioni critiche sulla cura della malattia mentale oggi, in Italia

di Renzo Carli* e Rosa Maria M. Paniccia**

Abstract

Vengono analizzate le due prospettive di cura e assistenza che sono seguite alla legge 180, nei confronti del malato mentale grave, caratterizzato dal rifiuto della sua condizione di "malato": la prospettiva di cura psicofarmacologica e contenitiva, che trova la sua ultima espressione nella proposta di riforma dell'assistenza psichiatrica in discussione in Parlamento; la prospettiva volta a potenziare la relazione possibile con il contesto entro il quale si realizza l'inserimento del malato mentale. Si propongono alcune linee strategiche per l'attuazione e il potenziamento di questa seconda strategia di facilitazione dell'inserimento sociale del malato mentale, in rapporto ad un possibile cambiamento della funzione dei servizi di salute mentale.

Parole chiave: Centri di Salute Mentale; Servizi psichiatrici di Diagnosi e Cura; Legge 180/78; Psicologia clinica della relazione

Premessa

Nell'area professionale sanitaria che concerne il disagio mentale, ci sono due categorie di persone che possono essere "sottoposte", ad litteram, a cura senza aver formulato personalmente e consapevolmente una domanda di cura: i bambini e i malati psichiatrici gravi.

Per quanto concerne i bambini, il problema che si apre con l'assenza di una loro domanda è particolarmente grave, soprattutto se si tiene conto che la domanda di cura può venir formulata dai genitori, che prendono il posto dei figli nel richiedere l'intervento sanitario e che con la loro domanda esprimono, sovente, la preoccupazione circa la "normalità" del proprio figlio; oppure dagli insegnanti della scuola materna o elementare, spesso pronti a denunciare ogni comportamento del bambino che ostacoli il loro lavoro, crei problemi nel "normale" funzionamento del gruppo-classe; oppure da altri adulti, parenti o conoscenti, sospettosi circa ogni manifestazione del bimbo, valutata come "strana". Ne consegue, negli ultimi decenni, un aumento enorme dei casi di autismo infantile, un incremento spropositato delle psicoterapie infantili, un diffondersi preoccupante dei casi di disabilità nell'apprendimento, nella socializzazione, nello sviluppo emotivo o cognitivo del bambino. Ciò che viene ignorato, troppo spesso, è il *contesto relazionale* entro il quale si manifestano quei disturbi infantili che, se visti nell'ottica individualista, sottraggono il diagnosta-terapeuta dal considerare la *relazione* quale oggetto di attenzione e di intervento.

Nel caso del malato psichiatrico grave, l'assenza di una domanda d'intervento del diretto interessato ha fondato, per lungo tempo, il potere sociale della psichiatria su un insieme di utenti che lo psichiatra aveva il mandato sociale di allontanare dal contesto e di istituzionalizzare, prima ancora che di "curare", all'interno dell'Ospedale Psichiatrico. Come s'è visto nel nostro libro: "La cultura dei servizi di salute mentale in Italia", il movimento psichiatrico che si adoperò per la chiusura degli O.P. ottenne il suo scopo con l'approvazione della legge 180; lo stesso movimento si trovò in gravi difficoltà nel progettare e nel porre in atto un'assistenza psichiatrica coerente con le premesse culturali che lo avevano motivato, nel periodo successivo all'applicazione della legge. Si è detto da più parti che la territorializzazione della psichiatria non si è completamente attuata nel nostro paese, che i mezzi economici insufficienti non hanno consentito il completamento della

* Già professore ordinario di Psicologia clinica presso la Facoltà di Psicologia 1 dell'Università "Sapienza" di Roma, membro della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association. Direttore della Rivista di Psicologia Clinica e della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento psicologico clinico e analisi della domanda.

** Professore associato presso la Facoltà di Psicologia 1 - oggi Medicina e Psicologia - dell'Università di Roma "Sapienza".

riforma psichiatrica. Noi pensiamo che i problemi di attuazione della legge 180, nell'assistenza psichiatrica che doveva seguire alla chiusura degli O.P., non siano solo economici od organizzativi; pensiamo, piuttosto, che le difficoltà della psichiatria operante nei servizi sia stata quella di uscire dalla propensione a colpevolizzare le famiglie dei malati mentali e il contesto emarginante il malato, per trovare una propria collocazione coerente nella definizione del lavoro psichiatrico e della cultura che lo giustifica, che lo motiva. La psichiatria, dopo la 180, si è trovata ad un bivio altamente problematico.

Da un lato cambiare l'assistenza psichiatrica, in coerenza con gli assunti di base della psichiatria che voleva reinserire il malato mentale entro i contesti di appartenenza; tutto ciò comportava la consapevolezza e l'accettazione del fatto che, superato il momento del rimprovero colpevolizzante, fosse necessario sviluppare una competenza a cogliere le dimensioni relazionali del reinserimento o dell'inserimento dei nuovi malati mentali, e ad intervenire entro tali relazioni; con ciò rinunciando alla medicalizzazione della malattia mentale; medicalizzazione che la definisce quale dimensione prettamente individualista, diagnosticabile e curabile attraverso la prescrizione psicofarmacologica. Tutto questo voleva dire, per la psichiatria, rinunciare definitivamente alla propria appartenenza all'area medica, per sviluppare obiettivi e competenze di tipo relazionale, psicologico, sociologico, antropologico, culturale. Un passaggio, da parte della psichiatria, dalla medicina alle scienze umane. Ricordando che, al pari di quanto detto per i "problemi" dell'infanzia senza committenza, anche il rifiuto dell'identità di malato mentale e il coerente rifiuto delle terapie, da parte del malato psichiatrico grave, avviene sempre all'interno di contesti relazionali.

Dall'altro lato, era possibile scegliere la strada del ribadire la propria irrinunciabile connotazione medica, fondata sulla diagnosi, sulla prognosi e la terapia del singolo individuo malato. Il vantaggio di questa seconda scelta, come vedremo tra breve, aveva a suo fondamento due dimensioni specifiche: la possibilità di non avere a che fare con la domanda del paziente o del suo contesto, ma solo con la diagnosi e la terapia, in qualche modo obbligate e indipendenti da ogni sottolineatura dei problemi concernenti la relazione tra persona considerata malata e contesto; il prestigio e il potere che deriva dal dare, con la cura del malato mentale, una risposta alla domanda sociale di attenuare o eliminare i problemi di relazione che la presenza del malato mentale pone ai contesti familiari, sociali in genere. Va detto, a tale proposito, che anche dopo la chiusura dell'O.P. la domanda di emarginazione del malato mentale non è cambiata, sia nelle famiglie come nei sistemi sociali più estesi. La psichiatria, scegliendo la seconda tra le alternative indicate (tra loro incompatibili, è importante sottolineare questo dato), si è posta in collusione con la domanda di emarginazione, anche se con modalità diverse da quelle intraprese con il vecchio O.P.. Sotto questo punto di vista, quindi, la nostra ipotesi è che, con l'attuazione della legge 180, tutto doveva cambiare perché nulla cambiasse. Vedremo i limiti di questa drastica affermazione, ma ne vedremo anche le fondate giustificazioni.

Disposizioni in materia di assistenza psichiatrica. Testo unificato delle proposte di Marinello, Guzzanti, Barbieri, Ciccioli, Jannone, Picchi, Garagnani, Polledri.

Il 17 maggio 2012 è stato presentato alla Commissione Parlamentare Affari Sociali un testo di legge che unifica le proposte di cambiamento della legge 180 avanzate da più parti, in questi anni. Il testo è stato approvato dalla Commissione Affari Sociali, il cui vice presidente è l'on. Carlo Ciccioli, uno dei promotori della riforma dell'assistenza psichiatrica. Si tratta di un testo di legge altamente problematico in quanto affronta, e ci sembra l'unica novità, il problema dei malati mentali che non danno il loro consenso alla cura. In altri termini, il problema sollevato da quei malati che, come vedremo, non portano allo psichiatra un problema; ma che, di contro, sono segnalati come problema dal contesto di convivenza¹.

¹ Il forum sulla legge di riforma dell'assistenza psichiatrica, presieduto da Tonino Cantelmi primario psichiatra dell'istituto Regina Elena e presidente dell'Associazione psicologi e psichiatri cattolici, ha indetto un incontro di presentazione del progetto di legge, con lo slogan:

NO alla riapertura dei manicomi
NO all'abbandono dei pazienti in famiglia e nelle strade
SI a misure concrete di assistenza

Si tratta, è bene sottolinearlo, di malati che non accettano di esserlo, che non danno il loro consenso alle cure psichiatriche perché non si riconoscono nei problemi sollevati dal loro comportamento e dalla loro dinamica affettiva, come è di contro segnalato dalle persone a loro più vicine. Questa problematica può essere definita in modi molto diversi tra loro, e già la definizione del problema sollevato da chi “non accetta di essere malato” prelude, spesso, al tipo di soluzione che si intende dare al problema stesso. *E' il problema centrale del rapporto tra psichiatria e società.* E' il problema che la psichiatria non ha saputo risolvere, se non nei due modi dell'antipsichiatria che eludeva il tema, colpevolizzando chi non accettava queste persone “strane ma simpatiche”; della psichiatria tradizionale, che lo affronta limitando libertà e dignità della persona. Tra un sociologismo benevolo, volto a responsabilizzare la società e un biologismo severo, volto a curare anche contro la volontà della persona, sembra non si sia trovato, da parte della psichiatria e delle scienze sociali, una via alternativa al problema. Che questa sia la strettoia in cui è imbrigliata la psichiatria, lo dimostra proprio la proposta di legge in discussione.

Si indica, nel testo in questione, un cambiamento formale della dizione Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), che si tramuta in Trattamento Sanitario Necessario (TSN). L'obbligo diventa necessità. Si capirà tra breve la ragione di questa operazione *politically correct*. Già sin d'ora si può vedere come l'obbligo di un ricovero, imposto al malato, si tramuta in un ricovero definito come necessario (sottinteso: per il bene del malato). Un cambiamento, quello del Trattamento Sanitario forzato, da obbligatorio a necessario, che tramuta lo psichiatra in una sorta di madre preoccupata del bene del paziente. Tra poco ne capiremo i motivi.

Interessante, a questo proposito, la definizione di Trattamento Sanitario Necessario (TSN) quale emerge nell'articolo 4 della proposta di legge:

“Le procedure di ASO (Accertamento Sanitario Obbligatorio) e di TSN (Trattamento Sanitario Necessario) ... sono attivate quando la garanzia della tutela della salute è ritenuta prevalente sul diritto alla libertà individuale del cittadino”.

Si tratta di una garanzia volta a tutelare la salute del singolo, o piuttosto di una garanzia a tutelare la normalità e il benessere del contesto entro il quale si manifesta la malattia mentale? Pensiamo che la contrapposizione tra salute e libertà individuale sia molto, molto problematica. E' più semplice e più aderente alla realtà pensare ad un confronto tra istanze al conformismo e libertà individuale del singolo cittadino. Un confronto, quello tra conformismo e libertà individuale, che ignora proprio quella realtà relazionale entro la quale si manifesta, si organizza e configura le sue dinamiche reattive la malattia mentale.

Nessun'altra novità di rilievo, dicevamo, tranne l'articolo 5 del testo di legge: il “Trattamento sanitario necessario extraospedaliero”.

Già il *primo comma* è interessante:

“Il trattamento sanitario necessario extraospedaliero è attivabile nel caso in cui è possibile adottare tempestive e idonee misure sanitarie extraospedaliere”

Poiché l'argomento concernente questo tipo di trattamento non è stato mai trattato prima, nel testo di legge, la frase sembra ambigua e lascia perplessi. Come dire: si attiva il trattamento in questione, ogni qual volta sia possibile attivarlo. Si comprende che “extraospedaliero” fa riferimento a un trattamento che non avverrà nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura ove si ricoverano casi di crisi acuta, o nei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) ove si prefigura l'accertamento sanitario obbligatorio. Ma non si comprende ancora cosa siano queste strutture extraospedaliere. Certo, le tempestive e idonee misure sanitarie sembrano rassicuranti, ma manca un preciso oggetto del discorso.

La proposta diviene un po' più chiara, nel secondo comma:

“E' istituito il trattamento necessario extraospedaliero prolungato, [ecco un aggettivo preoccupante, che non compariva nel primo comma; sembra che la “medicina” debba essere somministrata a piccole dosi e a passi successivi] senza consenso del paziente, finalizzato alla cura di pazienti che necessitano di trattamenti sanitari per tempi protratti in strutture diverse da quelle previste per i pazienti che versano in fase di acuzie, nonché ad avviare gli stessi pazienti a un percorso terapeutico-riabilitativo di tipo prolungato.

Il trattamento necessario extraospedaliero prolungato ha la durata di sei mesi e può essere interrotto o prolungato. Comunque non può essere protratto continuativamente oltre i dodici mesi.”

Ora è tutto chiaro. Da sottolineare il “continuativamente”. Dopo un anno di trattamento, basta una interruzione di una settimana, e si può riprendere per un altro anno.

Il trattamento è:

“finalizzato a vincolare il paziente al rispetto di alcuni principi terapeutici, quali l'accettazione delle cure e la permanenza nelle comunità accreditate o nelle residenze protette, per prevenire le ricadute derivanti dalla mancata adesione ai programmi terapeutico-riabilitativi.

Nel corso del trattamento sono disposte azioni volte a ottenere il consenso del paziente al programma terapeutico e la sua collaborazione.

[...]

Il trattamento[...] può prevedere esclusivamente le limitazioni della capacità o della libertà di agire del paziente espressamente specificate dal giudice tutelare in sede di approvazione del medesimo trattamento”.

Potremmo continuare nella lettura di un articolo di legge che appare quale modesto e, per noi, penoso tentativo di rieditare il ricovero psichiatrico prolungato, senza nemmeno quella cultura “di destra” che ha fatto, di proposte simili, dei piccoli capolavori. Ciò che emerge è la possibilità di ricoverare i malati mentali, quelli che non accettano le cure, in luoghi accreditati e protetti (l'accreditamento prelude alla gestione privata del ricovero, del personale e delle strutture ove questo avviene) con l'obiettivo di “convincere” i malati ricoverati, quelli che rifiutano la loro condizione di malattia, a restare rinchiusi e ad accettare le cure; il tutto per prevenire eventuali ricadute. Ci risiamo: la legge della quale stiamo parlando prevede di riaffidare i pazienti non consenzienti al sistema psichiatrico di contenimento e di emarginazione. *Adgnosco veteris vestigia flammae*, direbbe la novella Didone votata alla psichiatria.

Contenimento ed emarginazione “tutelati”, ovviamente, ma sappiamo come vanno a finire queste tutele, con gli psichiatri impegnati a *vincolare* il paziente.

Crediamo che questa proposta di legge non abbia vita facile, anche se sostenuta da alcune associazioni dei familiari e da una cultura che non tollera la convivenza con l'estraneità altra, con la diversità.

Il potere psichiatrico e il problema della “salute mentale”

Fornari (1966), ricordando che la psicoterapia ai suoi esordi si propose quale pratica ipnotica, afferma:

“E' certamente un momento emozionante, nella storia della medicina, quello in cui il medico, abbandonando dietro di sé tutto il suo armamentario terapeutico e tutto il suo bagaglio di cognizioni scientifiche obiettive, si pone *disarmato*² di fronte al malato; o meglio, di nessun'altra cosa armato che del fatto di essere il partner di un rapporto interumano. E' inevitabile infatti vivere una tale condizione come una condizione di impotenza. Non fa quindi meraviglia la constatazione che il primo approccio psicoterapeutico sia stato l'espressione di una risposta a tale condizione di impotenza attraverso una posizione di dominazione.

Può essere significativo rilevare che l'ipnosi portava in sé una modalità di rapporto che la psicoterapia, nel momento in cui prenderà piena coscienza di se stessa, potrà comprendere come una reazione ad una situazione di impotenza. In quanto infatti la pratica ipnotica cerca di sottrarsi ad una fondamentale condizione di impotenza, derivante dall'essere il medico privo di farmaci, attraverso un rapporto di dominazione tendente a trasformare il malato da soggetto in oggetto (anche se ciò avviene con il beneplacito del malato stesso), noi oggi possiamo comprendere la pratica ipnotica come l'espressione sublimata di un rapporto sado-masochistico, nell'ambito di una certa posizione magica di onnipotenza, auspicata sia dall'ipnotizzato che dall'ipnotizzatore, l'uno attraverso la passività, l'altro attraverso la dominazione.” (Fornari, *op. cit.*, pp. 11-12).

² Corsivo nostro

Poco prima, lo stesso autore dice:

“L’esperienza ipnotica sta all’origine di tutta la psicoterapia moderna. Poiché abbiamo definito il rapporto psicoterapeutico come una particolare forma di rapporto interumano, può essere importante constatare che ciò che chiamiamo suggestione ipnotica, e che ancora oggi conserva un certo alone di magia, altro in definitiva non è che l’instaurarsi di un rapporto interumano nel quale si pone in atto una particolare *modalità di intersoggettività, all’interno della quale si opera una dominazione massiva da parte di un partner del rapporto sulle funzioni psichiche dell’altro partner*, il quale si pone in una negazione completa di sé, per accogliere passivamente ciò che il primo suggestivamente impone.” (Fornari, *op. cit.*, pp. 10-11)

Riportiamo questa citazione rimarcando come, per Fornari, l’esperienza ipnotica stia all’origine di tutta la psicoterapia moderna.

Il medico, disarmato dei farmaci, si trova confrontato con una situazione di impotenza nei confronti del malato; reagisce, imponendo una relazione sado-masochista ove assurgere all’onnipotenza di chi intende dominare l’altro, impotente.

Non pensiamo che questa relazione di onnipotenza-impotenza sia propria della sola relazione di suggestione ipnotica. Nella suggestione ipnotica, tutto questo emerge con chiarezza ed innegabile evidenza. Ma si può dire che tutta la storia della relazione tra medico psichiatra e malato mentale, sin dalla medicalizzazione di chi verrà designato quale malato mentale, è fondata su questa dinamica che tende a trasformare l’impotenza del medico, disarmato, in onnipotenza.

Certamente gli psicofarmaci, con il loro avvento, hanno reso meno impotente il medico. L’uso degli psicofarmaci, si può affermare con sicurezza, prelude alla chiusura degli O.P. e ne determina la fattibilità. Alcune date confortano questa affermazione: la moderna psicofarmacologia fa il suo esordio all’inizio degli anni '50 con la clorpromazina (Largactil, Prozin) e con i sali di Litio (Carbolithjum); alla fine degli anni '50 e all’inizio degli anni '60 fanno il loro esordio i primi farmaci antidepressivi, con l’imipramina (Tofranil), ma anche i tranquillanti minori, le benzodiazepine, con il cloridiazepossido (Librium). Antipsicotici, antidepressivi, antiansia e stabilizzatori dell’umore: queste le quattro grandi categorie psicofarmacologiche che hanno segnato il corso della moderna psichiatria e che hanno reso possibile la proposta basagliana di chiusura dell’O.P.

Anche se dotata di farmaci la psichiatria, nella relazione con il malato mentale, non cessa di proporsi come dominante nei confronti di persone messe nella condizione di passività impotente. Pensiamo che i motivi di questa relazione asimmetrica tra psichiatra e malato mentale sia da riferirsi alla specifica natura dell’intervento psichiatrico capace di modificare, almeno in parte, l’impatto sociale del malato mentale con il contesto (quello della cura come quello familiare e di convivenza) senza tuttavia modificare, in modo visibile e duraturo, l’andamento della forma patogena. Nella sua funzione “terapeutica” la psichiatria, contrariamente ad altre aree dell’intervento medico, sembra in grave difficoltà circa l’efficacia delle cure somministrate al malato mentale. Si può dire, in estrema sintesi, che la malattia mentale, in generale, può essere modificata nel suo andamento visibile, in alcune sue manifestazioni fenomenologiche relazionali, ma non può essere “guarita”.

Come si vede stiamo parlando, in riferimento all’area della psichiatria, di malattia mentale, di sintomatologia, di psicopatologia, di diagnosi, di prognosi e terapia, come per altre aree della medicina. La psichiatria si vuole definire quale branca del sapere, e della prassi, propri della medicina. Ma le differenze tra medicina e psichiatria sono notevoli. A cominciare dalla nozione che si contrappone a quella di malattia: la nozione di salute. Nell’ambito medico è possibile definire lo stato di salute, facendo riferimento a specifici parametri fisiologici dell’organismo, misurabili nel singolo momento di vita della persona, come nel loro evolvere entro un definito arco temporale. Si può, ad esempio, seguire puntualmente l’andamento della pressione arteriosa o della glicemia, si può eseguire l’esame obiettivo di una persona, si può sottoporla a prove e ad analisi di laboratorio. Se la glicemia si propone entro specifici valori, si può dire che la glicemia è “normale”, se supera quei valori si può parlare di iperglicemia. La “normalità” fisiologica di una persona, considerati il sesso, l’età e altri dati anamnestici, consente di affermare che la persona è in “buona salute”. In altri casi, ove i dati fisiologici e l’esame obiettivo mostrano evidenze devianti dalla normalità attesa, si può parlare di malattia e se ne possono definire le caratteristiche, tramite il processo diagnostico.

Speriamo sia evidente che, nel caso della psichiatria, le cose vanno diversamente.

Guardiamo a cosa è successo, in questo ambito, con l'applicazione della legge 180 in Italia.

Nella stesura di questa legge si sostituisce la dizione "salute mentale" alla vecchia dizione di malattia mentale. Si continua a parlare di malattia mentale, nella 180, ma con l'articolo 10 della sua stesura originale, vengono abolite le dizioni "alienati di mente" e "infermi di mente" dal codice penale. E' abrogato anche il termine "manicomi", che compariva nella legge 36 del 1904. I servizi territoriali psichiatrici sono denominati, come si è appena detto, servizi di *salute mentale*.

Questo cambiamento, accettato scontatamente dalla maggior parte di chi si occupa del problema psichiatrico, ha per noi una grande rilevanza, sulla quale vorremmo convogliare l'attenzione di chi ci ascolta. Ad essere precisi, la dizione che si inaugura con la 180 è quella di "tutela della salute mentale". Vediamo quali sono gli "obiettivi di salute", così come vengono presentati nel progetto-obiettivo 1998-2000, tuttora operante nel nostro paese:

a – *promozione*³ della salute mentale nell'intero ciclo di vita, anche all'interno del programma di medicina preventiva e di educazione sanitaria

b – *prevenzione primaria e secondaria* dei disturbi mentali, con particolare riferimento alle culture a rischio, attraverso l'individuazione precoce, specie nella popolazione giovanile, delle situazioni di disagio e l'attivazione di idonei interventi terapeutico-preventivi

c – *prevenzione terziaria*, ovvero riduzione delle conseguenze disabilitanti attraverso la ricostruzione del *tessuto* affettivo, relazionale e sociale delle persone affette da disturbi mentali, tramite interventi volti all'attivazione delle risorse (quantunque residuali) degli individui e del contesto di appartenenza

d – *salvaguardia* della salute mentale e della qualità della vita del nucleo familiare del paziente; miglioramento del funzionamento globale dei nuclei familiari con gravi problemi relazionali

e – riduzione dei *suicidi* e dei *tentativi di suicidio* nella popolazione a rischio, per specifiche patologie mentali e/o per appartenenza a fasce d'età particolarmente esposte (adolescenti e persone anziane)

Riflettiamo su queste affermazioni, apparentemente così decise, propositive, sicure negli obiettivi e nelle metodologie proposte.

Che vuol dire "promozione della salute mentale"? Per promuovere qualcosa, è sicuramente importante aver chiaro quale sia l'oggetto della promozione. Ora, in una possibile definizione di salute mentale, la si descrive come *condizione di normalità, benessere e/o equilibrio di tipo affettivo, emotivo, neurobiologico, del tono dell'umore, cognitivo e comportamentale*. Ecco una definizione imbarazzante. Spesso si afferma che una condivisa definizione di salute mentale è impossibile. Si ricorda, nella letteratura in proposito, che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) non ha trovato un accordo definitorio di questo termine. Interessante che si utilizzi una dizione così ambigua, così difficile da definire, sulla quale non è stato trovato nessun accordo scientifico per indicare, al contesto sanitario e a quello sociale, i servizi in ambito psichiatrico. Forse è il caso di cercare una risposta a questa aporia.

Abbiamo visto che la nozione di salute rimanda a quella di normalità.

Quando si può dire che una persona, un gruppo sociale, una cultura siano "normali"? Esiste, nell'ambito psicologico, la normalità? Se procediamo, le cose si fanno ancora più problematiche: arriviamo al "benessere" che alcuni puristi, per essere più chiari, scrivono con il trattino: ben – essere. Che significa? Con quali categorie definiamo il benessere? Le categorie economiche? Finanziarie? Filosofiche? Culturali? Del senso comune? La normalità e il benessere sono connotazioni occasionali, nella complessità dell'esistenza di ciascuno di noi, o si perseguono, con la salute mentale, dimensioni stabili dell'essere umano? Ce la immaginiamo una persona che si propone come normale, sempre, in ogni momento della sua vita? Una persona caratterizzata dal benessere permanente, da un equilibrio esemplare nell'ambito affettivo, emotivo, neurobiologico, del tono dell'umore, cognitivo e comportamentale? Viene subito alla mente "Metropolis" o il Grande fratello di orwelliana memoria; oppure, ma si tratta dell'altra faccia della medaglia, persone noiose, per nulla creative, che sperimentano una vita fatta di emozioni equilibrate, senza imprevisti, senza

³ I corsivi che seguono sono nostri

elaborazioni creative della realtà, con comportamenti prevedibili e standardizzati. Vengono alla mente le parole di una vecchia canzone (parole di Franco Fortini e musica di Sergio Liberovici) cantata, per Cantacronache, da Michele L. Straniero:

Fratelli d'Italia,
tiriamo a campare!
Governo ed altare
si curan di te...
Fratelli d'Italia
ciascuno per sé!

una piccola casa,
una piccola moglie,
un piccolo lavoro,
una speranza piccola così:
una piccola messa la domenica...
- e Iddio per tutti.

un piccolo silenzio,
un piccolo peccato,
una piccola coscienza,
un pentimento piccolo così,
una piccola FIAT per la domenica...
- e Iddio per tutti.

una piccola vita,
una piccola pietà,
una piccola viltà,
una libertà piccola così,
una piccola morte ogni domenica...
- e Iddio per tutti.

Si dice, a volte, che è importante parlare di psicologia della salute, quale alternativa ad una psicologia della "malattia", del disagio, della cura. In psicologia, e in particolare in psicologia clinica, non ci sono malattie alle quali contrapporre un'improbabile nozione di salute. Ci sono *problemi*, i problemi che le persone portano allo psicologo e che, vale la pena ricordarlo, sono ineliminabili, perché intrinseci alla natura dell'uomo. Un uomo senza problemi, fiducioso nel mondo e nella salute del mondo, assomiglia pericolosamente a Pangloss, il mentore di Candide, personaggio di Voltaire fiducioso che le cose, a questo mondo, vadano sempre per il meglio: nel migliore dei mondi possibili.

Uno di noi pose, anni fa, il seguente interrogativo: perché una persona va dallo psicologo clinico? Le possibili risposte alla domanda sono di due tipi: perché la persona è malata, ha un disturbo curabile dallo psicologo clinico; oppure: perché lo psicologo clinico esiste.

Nel primo caso è il disturbo che giustifica il ricorso allo psicologo (quanti psicologi vorrebbero che le cose stessero così!); nel secondo caso, la persona ha dei problemi e li porta allo psicologo perché ne conosce l'esistenza, non perché sia stabilita una corrispondenza biunivoca tra problema e psicologo clinico.

La trasformazione della nozione di malattia mentale in quella di salute mentale inguaia profondamente l'estensore delle righe più sopra citate, proposte per definire gli obiettivi di salute entro "l'area della mente".

Ancora un esempio. Che significa "ricostruzione del tessuto affettivo, relazionale e sociale delle persone affette da disturbi mentali?" La metafora del "tessuto" rimanda ad operazioni di restauro di un arazzo, di una stoffa ricamata; che senso ha chiamare "tessuto" l'insieme delle dinamiche affettive, delle relazioni sociali di un malato? La metafora del restauro denota un forte imbarazzo, nell'estensore degli obiettivi, quando vuol definire un intervento che esula dal tema strettamente terapeutico, di cura (farmacologica o psicoterapeutica) del singolo, per passare a dimensioni che non sono contemplate entro il paradigma individualista e dove si propongono distinzioni (affettivo, relazionale, sociale) che non reggono nemmeno ad una lettura veloce della tematica trattata. C'è

una “sfera” affettiva che non concerna, inevitabilmente, le relazioni? Ci sono relazioni che non siano costitutive, inesorabilmente, del “sociale”? Quest’ultimo, il sociale, cos’è, senza affettività espressa entro le relazioni? Si potrebbe continuare a lungo nell’analisi critica di queste righe improvvise, altamente problematiche, ma al contempo motivanti elucubrazioni di vario tipo, sia sul versante psichiatrico che psicologico.

Perché si parla di “salute mentale”

Ma ecco la risposta all’interrogativo sul perché della “salute mentale”.

Ogni patologia deve avere una “sua” fisiologia che si rispetti.

La patologia mentale, nel momento in cui vuole redimersi da un passato di violenza e di soprusi, pensa bene di dotarsi di una “fisiologia” che, ricorrendo alla nozione di salute, si proponga nella veste di prevenzione, di promozione e di salvaguardia, più che in quella di cura stigmatizzante. Il detto: “il rattoppo è peggio dello strappo” (xe peso el tacòn ch’el buso) non ha esempio più adeguato. La violenza, agita un tempo nei confronti del solo malato mentale medicalizzato, rischia così di potersi applicare a tutto il genere umano, nella pretesa psichiatrica di pianificarne la normalità sana. La cosa, come si vede, si fa seria.

Le nozioni di *salute* e di *normalità* sono applicabili, tout court, anche all’ambito del “mentale”, del mondo degli affetti, del comportamento, delle relazioni e della vita sociale?

La malattia mentale, a ben vedere, nasce come problema del contesto entro il quale la cosiddetta malattia si manifesta. Tenendo presente che, con la psicoanalisi, si sono profondamente attenuate le differenze tra quel comportamento che chiamiamo *sano* e quel comportamento che chiamiamo *patologico*. La proposta freudiana configura la nostra realtà psichica come confronto, o conflitto, tra istanze pulsionali e figure interne interiorizzate, volte a contenere ed elaborare le pulsioni. L’esito di questo conflitto è diverso da persona a persona, da momento a momento della vita di ciascuno di noi. E’ escluso che si possa tracciare una linea sicura di demarcazione tra normalità e patologia, in tale ambito.

Con le ulteriori proposte ed evoluzioni della teoria di Freud, si giunge sino all’ipotesi che la vita mentale sia fondata su una elaborazione *pensata* delle dinamiche che organizzano la nostra simbolizzazione collusiva della realtà. Un’infinita varietà di situazioni marca la differenza tra *pensare* o *agire* le dinamiche simboliche collusive. Anche in tal caso è molto difficile, sarebbe meglio dire impossibile, definire quanto è normale o quanto è patologico, quanto appartiene alla salute e quanto alla malattia mentale in tale ambito.

Come origina la “patologia mentale” di una persona?

Se guardiamo al DSM, nelle sue varie versioni, non c’è alcuna ipotesi eziopatogenetica della psicopatologia. Almeno di quella psicopatologia maggiore che si riconosce negli stati psicotici gravi.

I tentativi di classificazione della malattia mentale sono i più diversi e utilizzano criteri eterogenei tra loro.

Proviamo a cambiare ottica.

Guardiamo a come si propone, al sistema sociale, la malattia mentale. Sarà facile rilevare che la prima manifestazione della malattia mentale consiste in un *fallimento della collusione entro il sistema di convivenza*, all’interno di specifici gruppi sociali. Se si accetta questa prospettiva di analisi dell’insorgenza della patologia mentale, le cose cambiano, e di molto. Si può infatti notare che il fallimento della collusione non è dovuto al comportamento di una singola persona, quanto all’*alterazione del sistema delle relazioni entro uno specifico contesto*, sia esso familiare come amicale, lavorativo, ludico.

Entro il sistema delle relazioni, il nostro è solo un esempio, un figlio quarantenne rimprovera alla madre di aver manifestato un attaccamento morboso nei suoi confronti, nella sua infanzia ormai lontana; rimprovera vivacemente, alla sorella maggiore, di averlo spinto verso atteggiamenti di incerta identità sessuale, nello stesso periodo, quando la sorella lo forzava a indossare degli abiti femminili. La madre e la sorella reagiscono, allarmate, alle accuse dell’uomo che, nel frattempo, rifiuta il lavoro, elabora fantasie di persecuzione nei confronti dei colleghi e dei suoi capi entro l’azienda alla quale appartiene, manifesta emozioni di ostilità nei confronti della moglie. In breve,

l'uomo perde il lavoro, si separa dalla moglie, riversa le sue acrimonie verso le due donne della famiglia d'origine; madre e sorella, tentano di affidarlo alle cure di uno psichiatra del Centro di Salute Mentale. La medicalizzazione richiede, per una sua efficacia, di avere quale oggetto un singolo individuo e l'uomo appare quale obiettivo ideale per questa operazione. Il nostro uomo "diventa" malato mentale, con una sua precisa diagnosi. Non con una sua terapia, poiché egli si rifiuta di accettare lo stato di malato mentale, sostenendo di essere una persona normale, una persona che rimprovera i suoi cari per i torti subiti nell'infanzia e che vede, tutti, allontanarsi da lui dal momento che i suoi rimproveri vengono vissuti come ingiusti, riferiti ad episodi ormai lontani, che tutti vorrebbero dimenticati. Quest'uomo è, al momento in cui accadono questi fatti problematici, in gravi difficoltà con un lavoro che sente come una sorta di declassamento rispetto alle sue attese di carriera, data la sua brillante preparazione non valorizzata; è in difficoltà con una moglie fredda e aggressiva con lui, per via della mancata maternità; una moglie profondamente legata alla famiglia di origine, che risiede in un paese lontano dall'Italia e alla quale fa frequentemente visita, allontanandosi dal marito per lunghi periodi. La madre gli rimprovera in modo sistematico l'unione con una donna per lui non adeguata, ripetendo frequentemente la sentenza: moglie e buoi dei paesi tuoi. La sorella lo ha effettivamente vestito da donna, nell'infanzia, per via di una irrefrenabile gelosia nei confronti del fratello maschio, apprezzato in modo vistoso dalla madre, possessiva del maschio e sprezzante nei confronti della figlia femmina. Sono dinamiche relazionali che possono succedere; è entro queste dinamiche che si può cogliere la reazione del nostro quarantenne problematico. Il CSM, di contro, ha predisposto un intervento volto a trattare l'uomo difficile; non riuscendo a mettere in pratica il piano terapeutico, si è di fatto disinteressato di lui, del suo caso e dei problemi familiari che il comportamento dell'uomo rende sempre più evidenti e difficili da affrontare per due donne sole, abbandonate a se stesse.

I malati mentali sono definiti "gravi", il più delle volte, proprio perché rifiutano di riconoscere il loro stato di malattia. La loro terapia richiede, quindi, il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO). La legge 180 è chiara, al proposito; se guardiamo a come la legge è recepita nella 833/1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, negli articoli 33, 34 e 35, ci si accorge infatti che i tre articoli di legge, concernenti la malattia mentale, fanno riferimento *tutti* al trattamento sanitario obbligatorio. Ecco i titoli dei tre articoli:

art. 33 – Norme per gli accertamenti e i trattamenti sanitari volontari ed obbligatori

art. 34 – Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori per malattia mentale

art. 35 – Procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale e tutela giurisdizionale

L'esordio dell'articolo 33 recita: gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono di norma volontari.

E' previsto anche il TSO, ovviamente; esso non viene più predisposto dalle forze dell'ordine pubblico, ma dall'autorità sanitaria.

"Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco nella sua qualità di autorità sanitaria, su proposta motivata di un medico".

Nel complesso dei servizi generali per la tutela della salute, è prevista l'istituzione di servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale. Nell'articolo 34 si dice:

"Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale può prevedere che le cure vengano prestate in condizione di degenza ospedaliera solo se esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengono accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive e idonee misure sanitarie extraospedaliere."

Si istituisce, così, il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) presso gli ospedali generali. Un servizio fortemente condizionato, nelle sue dimensioni e nel tempo di degenza consentito; ciò al fine di prevenire ogni riorganizzazione, sotto mentite spoglie, del vecchio O.P.. Cosa puntualmente riproposta con la legge in precedenza ricordata.

La revoca del ricovero è tutelata giurisdizionalmente in modo forte, al fine di evitare ogni forzatura della libertà della persona. Il TSO viene accettato, ma se ne soffrono le intrinseche contraddizioni con la libertà e la dignità della persona.

E' in questa contraddizione tra libertà della persona e obbligatorietà del trattamento che si ripetono le contraddizioni giuridiche, psicologiche, sociologiche e antropologiche insite nel vecchio Ospedale Psichiatrico. La legge 180, più che orientare a un'azione medica, sembra prevalentemente preoccupata di tutelare la libertà della persona, limitando a tal fine il potere dell'intervento medico. Non può, d'altro canto, soccombere a questi vincoli; la pressione sociale alla *tutela della convivenza* sembra, ancora una volta, prevalere sulla tutela nei confronti della libertà della singola persona. Se non ci fosse la preoccupazione di tutelare la convivenza, la 180 avrebbe assunto ben altre forme e i servizi di salute mentale avrebbero vissuto ben altre esperienze.

Il potere psichiatrico si trova a dover combattere tra due dinamiche contrapposte, espressioni della contraddizione che lo psichiatra vive nella sua funzione e nel suo ruolo, entro il sistema sociale: da un lato l'*onnipotenza* del decidere circa il comportamento, le emozioni, l'equilibrio mentale di un "altro", anche contro il suo parere e la sua volontà; dall'altro l'*impotenza* che deriva dal suo porsi "obbligatoriamente" al servizio della cultura della convivenza, prendendo le parti della componente conformista del sistema sociale, "contro" la sua componente non conformista, non ancorata al senso comune, deviante. Posizione obbligata, è bene sottolinearlo; pena la scomparsa dell'intero sistema psichiatrico.

E' all'interno di questa contraddizione che si strutturano i Servizi di Salute Mentale nel nostro paese, a partire dalla fine degli anni settanta.

Nell'impasse, la psichiatria si è infilata perché non ha saputo far a meno della matrice medica, che la caratterizzava all'epoca dell'Ospedale Psichiatrico e che si è ancor più rafforzata con l'introduzione della nozione di salute mentale quale *fisiologia della mente*, alla quale contrapporre la malattia mentale. Non è un caso che poche siano state le critiche all'improvvida introduzione della nozione di salute mentale, all'appoggio che questa nozione deve cercare nella nozione di normalità e alle profonde contraddizioni che questi due pretesi ancoraggi comportano.

Qualcuno ha detto che è molto meglio parlare di salute, promuovendo la salute, piuttosto che parlare di malattia. Le due dimensioni sono inestricabilmente collegate nell'ambito della medicina. Ma quando si parla di salute mentale, di psicologia della salute, di benessere, di equilibrio affettivo o comportamentale, di felicità, come s'è rapidamente visto più sopra, si propone un sistema di potere, per chi si arroga il diritto di definire la salute e la normalità, ben più pericoloso di chi si adopera nel curare la malattia.

Interventi fondati sulla domanda e orientati alla relazione

Se le premesse basagliane fossero state portate alle loro coerenti conseguenze, rinunciando al costrutto di malattia mentale individuale e al costrutto, pure fondato sul modello individualista, di salute mentale, si poteva pensare ad un modello di intervento caratterizzato da due caratteristiche centrali:

a – intervento *fondato sulla domanda* (formulata sia dell'individuo che dal sistema sociale contestuale)

b – intervento *orientato alla relazione*, non al singolo individuo

Si può essere orientati alla relazione anche quando si lavora con una singola persona; non sempre l'intervento che ha come oggetto di analisi la relazione, deve vedere tutte le componenti della relazione presenti nell'intervento stesso. La relazione ha a che fare con i vissuti più che con i fatti. Ma andiamo con ordine.

Che significa intervenire in base ad una domanda? L'analisi della domanda si fonda sull'assunto che la domanda sia formulata in base ad un problema. E i problemi, nell'area mentale, hanno sempre a che fare con "oggetti" mentali simbolizzati. Quindi, con la trasformazione simbolico affettiva di oggetti della relazione e di contesti di relazione.

Fondare il proprio intervento sulla domanda significa, per chi opera nell'ambito del mentale, liberarsi dalla necessità di diagnosticare, di avere quale riferimento una categorizzazione psicopatologica, un riferimento criteriale che elenca e classifica le malattie mentali. L'intervento, se fondato sulla domanda, comporta la competenza a trattare con i problemi che motivano all'intervento dello psichiatra, non a trovarne una giustificazione psicopatologica.

Già le persone o i gruppi sociali definiti quale "nuova utenza" hanno con i servizi di salute mentale un rapporto fondato sulla domanda e la sua analisi. O, almeno, dovrebbero. Ma analizzare una domanda d'intervento significa avere competenze a categorizzare emozionalmente la relazione con chi pone la domanda. E, con questo, sospendere quel tipo di relazione fondata sul potere diagnostico che si propone quale relazione dominante – dominato, non molto differente dalla relazione vista in precedenza a proposito della suggestione ipnotica.

Un caso. Una madre trentenne, di origine romena, separata dal marito italiano con il quale ha avuto due figli, porta ad un servizio materno-infantile il figlio minore, di tre anni, su segnalazione della scuola materna ove il bambino passa la maggior parte delle ore diurne. Le maestre, dice la madre al neuropsichiatra infantile e alla psicologa che incontra al servizio, si lamentano per la tendenza del bambino a chiudersi in se stesso, per la sua scarsa socievolezza. La psicologa, parlando del caso con uno di noi, ricorda che la madre è socialmente isolata, frequenta una setta religiosa ove è profondamente implicata nella relazione equivoca con un sedicente santone, appare trasandata nel vestire, poco interessata al figlio, propensa a deresponsabilizzarsi del rapporto con lui, nella speranza che il servizio se ne possa occupare. Il servizio organizza rapidamente alcuni incontri di diagnosi e, successivamente, un lavoro psicoterapeutico con il bambino. Contemporaneamente, la madre verrà seguita da uno psicologo per discutere del suo atteggiamento educativo. Quest'ultima iniziativa, peraltro, dura solo pochi incontri; la madre non si fa più viva con lo psicologo, pur accompagnando il figlio, regolarmente, alla psicoterapia e all'arteterapia che occupano il bambino per gran parte del pomeriggio. Ecco un caso esemplare, soprattutto se si tiene conto che il bambino appare, al neuropsichiatra infantile, senza problemi evidenti, capace di mettersi in relazione con lui e di impegnarsi emozionalmente nel rapporto, ricambiando l'attenzione che riceve dallo psicoterapeuta. La mancata analisi della domanda porta, quindi, alla psicoterapia di un bambino "normale", senza problemi apparenti o visibili nella relazione terapeutica; al contempo comporta, da parte del servizio, l'acritica accettazione dell'abbandono dell'approfondimento educativo da parte della madre, dopo che il servizio aveva colluso con lei accettando la sua domanda di porre il figlio in terapia. Il "problema" posto dalla madre, con la sua domanda al servizio, concerne lei stessa, la sua inesistente relazione con il figlio, non voluto e traccia scomoda di una relazione interrotta con il padre del bambino; concerne l'isolamento affettivo di una donna incapace di organizzare una rete di relazioni soddisfacente, e per questo irretita entro dinamiche di coinvolgimento acritico con persone problematiche appartenenti ad una setta religiosa, plagiata da un santone che la domina e la guida nel disinteresse per il figlio, nell'immergersi entro l'esperienza mistica da lui guidata. Sull'evidente problema posto dalla madre con la sua domanda, solo apparentemente motivata dalle maestre della scuola materna frequentata dal figlio, prevale la diagnosi nei confronti del figlio, l'unico protagonista senza alcuna domanda, nell'intera vicenda. Mettere il figlio in terapia: significa colludere con la fantasia della madre di disfarsi del figlio, affidandolo al servizio; significa colludere con la propensione della madre all'impegno acritico entro quell'esperienza religiosa che la sta allontanando sempre più dal figlio e dalla sua funzione materna. Significa, infine, porre in terapia un bambino di tre anni, senza una domanda in proposito, e ignorare la domanda posta indirettamente dalla madre.

Diagnosi e analisi della domanda sono, assieme all'*accoglienza*, le tre funzioni che il progetto obiettivo 1998 – 2000 prevedono per il Centro di Salute Mentale (CSM), in Italia.

Queste dimensioni vengono proposte come giustapposte, nel lavoro del CSM. Si accolgono le persone nel CSM, si fa diagnosi, si fa anche analisi della domanda. No, le cose non stanno così. La diagnosi, se posta tramite i criteri diagnostici della psicopatologia, impediscono di analizzare la domanda posta dall'utenza al servizio. Impediscono, anche, di accogliere le persone che portano una domanda. Accoglienza e analisi della domanda sono attività del CSM in stretta coerenza tra loro. La diagnosi, di contro, prevede che il paziente, indipendentemente dai problemi che porta al

servizio con la sua domanda, venga etichettato, irreggimentato entro categorie che lo confrontano con la salute mentale, con la patologia mentale, che lo differenziano dalla normalità, dal benessere della persona che gode di salute mentale, definendolo nel suo scarto dal modello che si pretende "fisiologico" per la salute mentale stessa. Così facendo, si perdono di vista le relazioni delle quali parla la persona che porta la sua domanda al servizio, così come si perde di vista la relazione che la stessa persona instaura con il personale del servizio stesso. La diagnosi comporta una relazione, certamente; si tratta, peraltro, di una relazione fondata su una forte asimmetria di potere, di una relazione ove il tecnico forte può esercitare il suo potere sull'utente debole, acriticamente dipendente dal primo. Questo andrebbe bene se il problema fosse "tecnico": ad esempio un problema medico internistico; così come andrebbe bene se il problema concernesse il motore della propria automobile o i problemi di sopravvivenza e di sviluppo delle piante di un terrazzo. Il medico specialista di medicina interna, il vivaista che si prende cura del terrazzo, il meccanico che ripara il motore dell'auto, sono tutti tecnici forti che hanno a che fare con utenti deboli. E' il mercato che regola la relazione tra tecnico e profano. Le cose stanno ben diversamente, nel caso della diagnosi psichiatrica. Stanno altrimenti perché la diagnosi confronta la patologia mentale con la salute mentale; quindi con la normalità psichica, con il benessere, con l'equilibrio di tipo affettivo, emotivo, neurobiologico, del tono dell'umore, cognitivo e comportamentale. Si tratta di dimensioni che la persona, l'individuo con la sua libertà rivendica a se stesso, dimensioni la cui valutazione non può essere delegata ad altri. E' soltanto la domanda posta dalla persona che può legittimare i tecnici del CSM ad intervenire entro tale ambito.

Dal manicomio al Dipartimento di Salute Mentale. Di strada ne è stata fatta, e molta. Sicuramente le condizioni dei malati mentali sono migliorate, di molto. Il manicomio non faceva che peggiorare le condizioni degli alienati mentali, costruendo la loro alienazione. La *vis observandi*⁴ creava quelle forme stereotipali del comportamento che caratterizzavano le varie famiglie di malattia. Si pensi, ad esempio, alle espressioni emozionali di una malata internata in manicomio, volte ad esprimere gioia, contentezza, esuberanza emozionale con l'accennare a passi di danza⁵. Si pensi, al contempo, che a queste espressioni non corrispondeva mai alcuna risonanza emozionale negli altri, nel personale infermieristico o medico del manicomio (ma che, siamo matti!), come negli altri malati. La solitudine di queste espressioni, il loro rinforzo tramite l'approvazione dei medici che, osservando e senza alcuna risonanza o partecipazione emozionale, ne valutavano la tipicità espressiva con gravi cenni di apprezzamento, rendevano in poco tempo fortemente stereotipate e prive di senso le movenze di quella malata. Nel manicomio, di fatto, non esistevano relazioni tra persone, volte a comunicare qualcosa di reale, non c'era dinamica interpersonale entro la quale coinvolgersi. L'assenza di questa dimensione interpersonale era la connotazione più tipica e più triste della vita quotidiana, nei reparti manicomiali.

Oggi le cose stanno diversamente.

Ma il movimento psichiatrico che ha portato alla legge 180, si è arrestato a metà strada. Si è arrestato perché non si sapeva bene da che parte andare. La componente "contro" il manicomio era chiara e il coraggio di dire basta con quell'insieme di sadismo, custodialismo, supponenza, violenza della psichiatria, ha portato alla chiusura dell'O.P.. La componente di superamento dell'O.P. si è arrestata a metà percorso, senza saper trovare un suo sviluppo originale e innovativo. Pensiamo che la contrapposizione tra salute mentale e psicopatologia abbia avuto una sua efficacia negativa molto forte. Una efficacia dovuta al bisogno, da parte della psichiatria post - O.P., di dare una risposta forte, in senso individualista e stigmatizzante tramite la diagnosi, al dato evidente circa l'origine "psicosociale" della malattia mentale. La psichiatria, pur colpevolizzando quel sistema sociale e familiare che, a suo dire, si era voluto disfare del malato mentale all'epoca del custodialismo, non ha saputo fare a meno dell'ordinamento categoriale diagnostico, dell'etichettamento individualista, quindi del potere medico sull'individuo malato. Per certi versi, con l'introduzione della nozione di salute mentale, le cose sono peggiorate rispetto al passato. Per

⁴ *Ob-servo, avi, atum, are* in latino significa osservare, considerare, ma anche spiare e, soprattutto, custodire, sorvegliare. Le due aree del significato sono strettamente connesse, nel caso del manicomio: si osserva sorvegliando e custodendo; si sorveglia e si custodisce, osservando.

⁵ Sì, a volte era possibile essere contenti, allegri, provare gioia tramite l'accenno a passi di danza, anche in manicomio.

fortuna, sembra che nessuno faccia davvero caso a quanto dovrebbe discendere dal parlare di salute mentale, di normalità, benessere e via discorrendo.

Di contro, sembra che l'utenza dei CSM abbia saputo cogliere la possibilità di trasformare la diagnosi di malattia mentale nella proposta, alla psichiatria, dei propri problemi. La nuova utenza, di fatto, porta ai servizi di salute mentale i propri problemi di vita, di relazione, di rapporto con le proprie simbolizzazioni affettive nei confronti dei vari aspetti della realtà. La nuova utenza, quindi, può essere trattata solo con l'analisi della domanda, sin dal momento dell'accoglienza. E' questo il grave problema di competenza che si pone entro l'aggiornamento professionale del personale che opera all'interno dei servizi di salute mentale.

Questa è la profonda dicotomia che caratterizza i CSM e che si riflette sulla loro cultura. Da un lato, con la diagnosi e con il trattamento del malato mentale, si risponde alla domanda sociale di controllo e di ripristino dei fallimenti collusivi, grazie agli psicofarmaci, agli SPDC, alle comunità riabilitative o terapeutiche. In futuro, forse, grazie anche al trattamento sanitario necessario extraospedaliero prolungato. Dall'altro, si cerca di dare una risposta competente alla domanda della nuova utenza, attraverso un lavoro che si fonda sulla relazione, sull'analisi delle simbolizzazioni affettive, sull'intervento fondato sulla comprensione delle componenti simboliche della relazione tra il personale psichiatrico e il singolo nel suo contesto o i gruppi sociali tout court. Non si coglie ancora che questa seconda prospettiva di lavoro potrebbe interessare anche la prima categoria di utenti, se appena si analizzasse la domanda implicita del sistema sociale, se si avessero categorie per esplorare la dinamica di rapporti entro la quale insorge e si manifesta nelle sue componenti costitutive la crisi, invece di agire collusivamente con la domanda di stigmatizzazione del malato.

Bibliografia

Fornari, F. (1966). *Nuovi orientamenti nella psicoanalisi*. Milano: Feltrinelli.

Riferimenti normativi

Disposizioni in materia di assistenza psichiatrica. Testo unificato delle proposte di Marinello, Guzzanti, Barbieri, Ciccioli, Jannone, Picchi, Garagnani, Polledri (17 maggio 2012). Retrieved from http://www.regioni.it/it/show-proposta_di_testo_unificato_assistenza_psichiatrica/news.php

legge 180 833/1978 "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori" Retrieved from <http://www.salute.gov.it/ministero/sezMinistero.jsp?label=principi>

La Restituzione come processo di cambiamento terapeutico

di Dario Sepe^{*}, Adriana Onorati^{**}, Maria Pia Rubino^{*}, Lucia Zeppetella^{**}, Fortunata Folino^{*}

Abstract

Viene proposta una psicologia dell'evoluzione armonica della coscienza (PEAC) e un tentativo di coniugare le teorie sistemiche - relazionali con la ricerca filosofica, la scienza occidentale e la sapienza orientale e la prassi psicoterapeutica. La PEAC, in tal senso, propone un modello di funzionamento dell'essere umano affine alle psicologie transpersonali e psicosintetiche. Si propone un concetto di Attaccamento e di Restituzione entro il setting psicoterapeutico.

Parole chiave: Psicologia dell'evoluzione armonica della coscienza, psicoterapia, attaccamento, restituzione

L'approccio PEAC (Psicologia dell'Evoluzione Armonica della Coscienza)

La Psicologia dell'Evoluzione Armonica della Coscienza (PEAC) compie il tentativo di coniugare la pratica e le teorie sistemiche - relazionali con la ricerca filosofica e spirituale, che si riconosce nell'ambito della cosiddetta "filosofia perenne", che coniuga la visione della Scienza occidentale con quella della Sapienza orientale.

La PEAC propone un modello del funzionamento dell'essere umano affine a quello delle psicologie transpersonali e psicosintetiche e, a partire da questo, offre una visione sistemica ed evolutiva dei suoi rapporti, considerati quali opportunità fondamentali per la sua crescita.

L'uomo viene considerato un'entità complessa, costituito da dimensioni differenti che, nel loro insieme, costituiscono un sistema vivente ben più ampio di quanto possa essere considerato fermandosi ad osservarlo nelle sue caratteristiche "materiali", o biologiche. Infatti, l'uomo rintraccia il senso della sua vita, aprendo lo sguardo ad una visione che incroci la dimensione orizzontale (delle relazioni) con quella verticale (spirituale) della vita. La dimensione verticale non è che la tensione di un essere umano verso la comprensione del fine più ampio delle sue azioni, dello scopo più globale dei suoi rapporti.

La PEAC offre una visione *Evolutiva* dell'uomo, inteso quale entità vivente, le cui molteplici potenzialità possono essere educate a svilupparsi ed esprimersi, migliorando progressivamente; è *Armonica* (dal greco *harmózo* "io congiungo, compongo") perché considera lo sviluppo umano come una sequenza di passi che conducono all'armonico rapporto tra diverse dimensioni.

Con il termine "coscienza", si intende ciò che Assagioli definisce il "Sé Superiore", ovvero una dimensione che fonde la coscienza individuale con quella universale, un punto di pura essenza, meta dell'evoluzione dell'uomo nella sua connessione con l'universo circostante.

La coscienza di un uomo può limitarsi semplicemente alla ricerca del soddisfacimento dei suoi bisogni materiali più immediati (cosa che si verifica per esempio in condizioni di estrema difficoltà), oppure concentrarsi su bisogni più complessi, come quelli connessi all'ambizione e all'affermazione personale, intesi in una prospettiva essenzialmente egoistica, oppure aprirsi alla comprensione dei bisogni degli esseri umani a lui più cari, o ancora interrogarsi su come il benessere dei sistemi di cui fa parte influenzi il benessere e l'evoluzione di altri sistemi, e in questo, disporsi *creativamente* nei confronti della realtà, esprimendo la propria funzione e il proprio ruolo nei confronti degli altri, in modo da adoperarsi perché l'Armonia possa divenire un bene comune.

^{*} Psicoterapeuti dell'Associazione Dhyana, Lazio e Lombardia

^{**} Psicologi dell'Associazione Dhyana, Lazio e Lombardia

Dunque, in questa prospettiva, la coscienza, il Sé di un uomo, non deriva più solamente dalla struttura della sua personalità, o dalle trame intessute dalle relazioni familiari e sociali, né solo dal modo in cui queste possono essere viste e narrate da una serie di attori, compreso lui stesso, ma dallo Scopo a cui egli si riferisce, più o meno consapevolmente. Maggiore sarà la sua consapevolezza di quello Scopo, e maggiore sarà il suo benessere.

Per un "nuovo" concetto di attaccamento, tra scienza occidentale e sapienza orientale

Via via che apprendete
ad esser distaccati,
scoprirete che potete amare
coloro che vi sono cari
in modo più profondo e costruttivo

Il concetto di attaccamento ha una lunga tradizione, nel campo dell'etologia e della psicologia occidentali. Esso è definibile come "un sistema dinamico di comportamenti, che contribuiscono alla formazione di un legame specifico fra due persone, un vincolo le cui radici possono essere rintracciate nelle relazioni primarie che si instaurano fra bambino e adulto".

John Bowlby e Mary Ainsworth, sua allieva, studiano a fondo l'attaccamento tra madre e bambino, arrivando a definire diversi stili di attaccamento. In anni più recenti, diversi approcci psicoterapici (la terapia familiare, gli approcci cognitivo comportamentali, ma anche alcuni approcci psicodinamici) si sono approfonditamente interrogati sugli effetti che i diversi stili di attaccamento all'interno di una famiglia hanno sulla possibilità di sviluppare alcune psicopatologie, o, viceversa, personalità armoniche.

Il termine "attaccare" presenta però due significati completamente diversi:

- Legarsi, agganciare (radice Celto-Germanica, Tac = agganciare)
- Andare contro, con scopi offensivi (Tah in Olandese = punta)

E' interessante notare che i due significati portano a 2 direzioni opposte. Ed è nell'ambito di questa osservazione che possiamo collegare le riflessioni che risalgono alla Sapienza orientale, relativamente al concetto di attaccamento.

Secondo la filosofia orientale, infatti, con il termine di attaccamento si indica uno dei principali ostacoli dell'evoluzione dell'essere umano: esso viene fatto coincidere con l'attrazione per gli aspetti materiali più bassi e i legami espressi negli affetti più egoistici.

Riportiamo di seguito alcuni passi della Baghavad Gita, a proposito del senso del superamento dell'attaccamento inteso in tal senso:

- "Colui la cui mente non è turbata dall'ansietà durante il dolore né all'attaccamento alla felicità; che è libero - da affetti mondani, paure e collera - è davvero un *muni* che ha una saggezza stabile". (II, 56)
- "Chi è ugualmente tranquillo davanti ad amici e nemici, (ricevendo) adorazione e insulti, e durante le esperienze di caldo e freddo e di piacere e sofferenza; chi ha rinunciato all'attaccamento, considerando allo stesso modo lode e biasimo; chi è tranquillo e contento con qualunque cosa, non attaccato alla vita di casa, ed ha una natura calma e piena di devozione - questi Mi è caro". (XII, 18-19)

L'attaccamento, in altri termini, è un concetto duplice: se consideriamo l'attaccamento, come strategia di sopravvivenza, dobbiamo riconoscere la sua fondamentale importanza, se lo consideriamo in rapporto all'evoluzione della coscienza, esso assume la valenza di un ostacolo che, in quanto tale, deve essere superato e risolto.

Nella visione della PEAC, l'attaccamento, nei legami familiari e affettivi in generale, è un processo che viene sottoposto ad un accurato lavoro di analisi e di sintesi, per rintracciare tutti gli aspetti vincolanti e limitanti l'espressione della coscienza di un individuo, ma anche gli aspetti che hanno stimolato la sua evoluzione.

Nel corso di tale lavoro, tutti i meccanismi di negazione, idealizzazione, proiezione e collusione, espressi attraverso sentimenti di rabbia, rancore, passività vengono setacciati e ripuliti, in un'attitudine di accettazione, coerenza e ricerca della verità (concetti considerati come valori essenziali per la crescita e lo sviluppo della coscienza).

I sentimenti di rabbia e rancore, infatti, sono ugualmente nocivi che lo stesso attaccamento.

Il processo di restituzione ai genitori, come strumento di consapevolezza

La restituzione, nella PEAC è il processo che consente di ottenere, o perlomeno immette le premesse per ottenere, una nuova fluidità nei rapporti, abbandonando tutte le idee e gli ideali preconcepi sulla propria famiglia, come pure tutte le tendenze predilette, le abitudini di pensiero coltivate inconsapevolmente.

E' un processo che, in altri termini, accompagna verso forme d'amore più elevate, più libere dall'attaccamento, nei confronti dei genitori o dei familiari significativi, su nuove basi di fiducia e verità.

Discriminare e discernere quelle idee e quelle emozioni che vengono assunte solitamente come "verità", nel reticolo delle relazioni familiari, significa lavorare per la garanzia di affrancarsi dalla illusione dei giudizi precostituiti o dalle nebbie dei tumulti emotivi, per arrivare a raffinare la propria modalità di pensare e di sentire in modo da renderla un canale consapevole per la coscienza.

E' un cammino che richiede il coraggio di lasciare la "via vecchia" per la "via nuova", sperimentando liberamente le proprie potenzialità che, altrimenti, rimanendo vincolate alle "tradizioni" familiari, resterebbero imbrigliate ad esse con l'impossibilità di andare loro oltre. Esplorando e riconoscendo, infatti, le diramazioni e gli sviluppi dello scenario familiare in cui si è cresciuti, si impara progressivamente a compiere scelte sempre più libere e più corrispondenti alle scelte che si stanno realizzando nell'attualità della propria vita e corrispondenti alla propria evoluzione e necessità.

La restituzione è un processo che ha, quindi, l'obiettivo di restituire, con amore e gratitudine, le abitudini inconsapevoli ed automatiche, alla famiglia, in particolare ai genitori, nell'idea che tali automatismi sono stati appresi nel proprio sistema familiare di appartenenza, che rappresenta il primo sistema, in cui la personalità si individua ed acquisisce la sua funzione.

Nel momento in cui si restituiscono alla famiglia gli aspetti, le abitudini ed i ruoli inconsapevolmente appresi, ci si libera da alcune identificazioni della personalità. Questo consente una maggiore facilità di espressione della coscienza.

Per questo, il processo di restituzione viene considerato, per la personalità, una piccola morte.

Comunicare e metacomunicare su argomenti che non sono stati mai affrontati così consapevolmente serve a disintegrare progressivamente le forme emotive e le forme -pensiero utilizzate fino a quel momento, scambiate come "proprie" e reali, per farle, utilmente, morire. Far morire quelle forme vuol dire scoperchiare un po' di più i rivestimenti che impediscono alla Coscienza di esprimersi, e liberarsi di catene, spesso non scelte e neppure conosciute come tali.

E' un percorso che sarebbe bene avviare solitamente nella fase della prima giovinezza, quando si sviluppano le dinamiche cosiddette dello svincolo dalla famiglia.

E' un passaggio fondamentale nella chiusura della fase adolescenziale per accedere all'età adulta. La restituzione è un percorso che si sviluppa nel tempo, a partire dall'adolescenza, quando cominciano a svilupparsi le cosiddette dinamiche di svincolo dalla famiglia, per proseguire lungo tutta l'età adulta; ha l'obiettivo di restituire i fardelli più pesanti portati fino a quel momento, per proseguire il cammino più leggeri.

Nella metodologia della PEAC, la restituzione si concretizza, come sintesi del percorso svolto fino a quel punto, nella stesura di una lettera indirizzata a ciascuno dei genitori, in cui vengono riportate tutte le riflessioni svolte sui rapporti familiari, in relazione all'evoluzione della propria coscienza.

La restituzione, così, diventa anche un'opportunità, per chi la riceve (genitore e famiglia) di avviare, se lo vuole una approfondita riflessione su se stesso e i propri rapporti, sulla propria storia e sui propri condizionamenti: in questo caso la restituzione avvia un percorso di libertà di tutta la famiglia e consente di rileggere tante situazioni e tanti rapporti, in senso evolutivo e di crescita.

Un precedente famoso di Restituzione: San Francesco d'Assisi

Un esempio particolarmente significativo di Restituzione è quello tratto dalla vita di San Francesco d'Assisi.

Francesco era nel pieno della sua meravigliosa e tremenda crisi spirituale, e viveva fuori dalle mura di Assisi, come (dicono le cronache dell'epoca) "un sepolto vivo". Aveva lasciato la vita di

eleganti dispute, divertimenti, affari, grandi ambizioni che aveva coltivato fino a quel momento, e si era ritirato in una grotta. Leggiamo dagli scritti di Tommaso Celano, sulla sua vita:

Finché un giorno, infuocato d'entusiasmo, lasciò la caverna e si mise in cammino verso Assisi, vivace, lesto e gaio... Al primo vederlo, quelli che lo conoscevano com'era prima presero ad insultarlo, gridando che era un pazzo e un insensato, gettandogli fango e sassi. Il padre seppe di quanto stava succedendo e lo trascinò a casa, chiudendolo in un bugigattolo e lì fece di tutto "a parole e botte, per ricondurlo alla vanità mondana". Francesco riuscì a fuggire e portò con sé un gruzzolo di denaro, probabilmente consegnatogli dalla madre, e il padre ricorse alla legge, denunciandolo presso i consoli.

Ad un primo appello dei consoli, Francesco non si presentò, dicendo che non era più sotto la giurisdizione dei consoli, dal momento che era servo solo del "Dio altissimo".

Ma il padre non si dette per vinto: fece ricorso alla magistratura ecclesiastica, presso il vescovo Guido, noto come persona "discreta e saggia". Il vescovo esortò Francesco a restituire i soldi che aveva con sé.

Francesco fece molto di più: si ritirò in una camera attigua alla sala episcopale, "si spogliò completamente" (anche delle mutande, precisa il Celano), depose sui vestiti il gruzzolo e, mostrandosi in questa foggia inconsueta di fronte al vescovo, al padre e a tutti i presenti, disse:

"Ascoltate tutti e cercate di capirmi. Finora ho chiamato Pietro di Bernardone padre mio. Ma dal momento che ho deciso di servire Dio, gli rendo il denaro che tanto lo tormenta e tutti gl'indumenti avuti da lui. D'ora in poi voglio dire: "Padre nostro che sei nei cieli, non più padre mio Pietro di Bernardone".

Il vescovo, considerando attentamente l'uomo santo e ammirando tanto slancio e intrepidezza, aprì le braccia e lo coprì con il suo mantello.

Francesco restituisce al padre tutto quello che, dal punto di vista della personalità, gli ha dato. E, in particolare, gli rende l'attaccamento per la vita mondana, la ricchezza e gli averi. Quale opportunità migliore, per lo sviluppo spirituale di un ricco mercante di stoffe, quella di avere un figlio come Francesco, che ha fatto della ricchezza dell'anima la bandiera della sua vita?

La Restituzione alla famiglia è dunque il primo passo per riconoscere se stessi come appartenenti ad un tutto più grande, spostando lo sguardo verso una prospettiva dove la famiglia d'origine è solo il primo sistema di cui veniamo a far parte, e non è neanche quello più importante e fondamentale, per il nostro sviluppo evolutivo e di coscienza.

Difficoltà e resistenze nel processo di Restituzione

Nel percorso di restituzione emergono, regolarmente, una serie di resistenze e difficoltà, che segnalano altrettante prove di sviluppo nell'evoluzione della coscienza.

Sintetizziamo di seguito le principali difficoltà:

-La paura del processo di separazione e svincolo dalla famiglia, conseguente e intrinseco alla restituzione stessa;

-la paura dell'ignoto, di abbandonare ciò che è conosciuto bene e rassicurante (i valori e le modalità familiari), con ciò che, almeno in un primo momento, appare sconosciuto e nuovo per la personalità;

-la paura di perdere i propri cari, accompagnata spesso da fantasie particolarmente catastrofiche di perdita;

-vecchi ed erronei insegnamenti legati alle varie forme di condiscendenza e adesione nei rapporti con i genitori.

Per illustrare il processo di restituzione e gli effetti che esso assume, sul piano del processo terapeutico di cambiamento, descriviamo di seguito il caso di Maria.

La storia di Maria

Maria richiede di iniziare un lavoro terapeutico nell'Aprile del 2002. Ha 22 anni, ed è una studentessa di Medicina, presso l'Università degli Studi di Roma La Sapienza. Maria è calabrese, di un paese in provincia di Catanzaro.

La sua famiglia è così composta: padre di 43 anni, che svolge attività di allevatore di ovini. La madre ha 43 anni, è casalinga e sostiene il marito, specie nella produzione di latticini di origine ovina. Maria ha un fratello più piccolo di 4 anni, che nel 2002 frequenta la scuola superiore.

Maria chiede di lavorare su di sé perché ritiene che la sua vita quotidiana sia invalidata da alcuni sintomi, che collocheremo poi nel quadro diagnostico degli attacchi di panico.

Ciò che più di ogni altra cosa incide nella vita di Maria è la pressione al petto accompagnata da tachicardia che la opprime di continuo e la paura improvvisa di morire o di avere, comunque, un contatto con la morte (per esempio la morte di persone care). Inoltre, nel quotidiano, fatica nel realizzare qualsiasi tipo di attività da sola, richiedendo sempre la vicinanza di qualcuno e della madre in particolare, residente in Calabria, con la quale ha uno stretto e continuo rapporto telefonico.

Ripercorrendo la storia di Maria attraverso il Genogramma, l'Anamnesi Fotografica e il racconto globale della sua storia nei dettagli, emerge la presenza di un forte rapporto simbiotico con sua madre, nell'ambito del quale, Maria si pone come contenitore dell'angoscia materna (risultando esserne l'unica confidente), sia per questioni generali che su aspetti fortemente intimi, come quelli riguardanti la coppia dei suoi genitori.

Emergono, quindi, alcuni aspetti evidenti di simbiosi non risolta, che fino a quel momento Maria ha inteso come "normali rapporti tra madre e figlia". In particolare, Maria diviene contenitore di sua madre, nel seguente modo:

- La madre sospetta tradimenti continui da parte del padre, e chiede ad Maria, anche quando era bambina, di andare con lei per seguire suo padre e vedere cosa fa;
- la madre utilizza Maria per comunicare informazioni al padre, specie laddove la coppia è in un momento di conflitto (triangolazione);
- la madre chiede a Maria continue rassicurazioni alle sue ansie ed insicurezze, chiamando continuamente la figlia e caricandola di vissuti propri non elaborati, che la stessa Maria non è in grado a sua volta di sintetizzare ed elaborare;
- la ragazza, inoltre, sin da bambina, viene esposta più volte all'ascolto o alla visione dei rapporti sessuali consumati dai genitori, talvolta anche a seguito di un forte litigio e, quindi, connotati da valenze emotive che richiamano violenza e forte passione sessuale. In alcuni casi, Maria ricorda di aver dormito nello stesso letto dei suoi genitori, mentre loro avevano rapporti sessuali.

Appare evidente che la ragazza è tenuta all'interno di un rapporto in un ruolo centrale, essendo caricata da tutto ciò che viene vissuto nella coppia coniugale, e da sua madre in particolare. Si stabilisce così, nel tempo, un patto di tacito accordo tra madre e figlia, fondato su una simbiosi che non prevede separazione, evoluzione e crescita di nessuna delle due parti. Tutto questo produce in Maria una forte insicurezza insieme alla necessità evolutiva di distaccarsi da sua madre.

Il trasferimento a Roma per studiare, rappresenta una prima possibilità di rottura di tale simbiosi e, di lì a poco, emerge il sintomo che inizia a prendere piede, esprimendo la simbiosi presente e la necessità/possibilità di risolverla, per poter iniziare realmente a "respirare", senza dover bloccare il respiro al petto, come accade appunto in un attacco di panico.

La paura della possibile separazione muove una paura incontrollata e non gestibile, insieme all'impossibilità di respirare correttamente, come se i polmoni non fossero più due, ma uno solo, essendo sempre stati confusi tra madre e figlia.

Tale insicurezza si riversa poi su diversi ambiti della sua vita, in particolare sullo studio. Maria sembra non aver chiaro se la scelta della facoltà intrapresa, sia realmente dovuta ad un suo vivo interesse, o se si tratta di un'idealizzazione, seguita per potersi distaccare dalla casa familiare. Inoltre, l'insicurezza agisce anche sulla capacità di portare avanti gli studi; Maria non riesce a concludere alcun esame, per diversi mesi.

E' evidente che Maria necessita di realizzare un percorso di sana Individuazione, appropriandosi di tutto ciò che le appartiene realmente, distaccandosi da ciò che vive per conto di altri. Emerge, quindi, la necessità di passare da una posizione del tipo "morte mia, vita tua", ad una fondata su "morte tua, vita mia". Per poi proiettare il rapporto madre figlia, nel futuro, fondato su "vita tua, vita mia".

Nel lavoro che svolge, Maria evidenzia alcune forme-pensiero che la caratterizzano e che, in più occasioni, mantengono in vita gli attacchi di panico; pensieri che ha assorbito nella forte vicinanza con la figura materna.

Tali pensieri sono:

"Ho paura di star bene, perché dopo stai peggio"

"Per vivere bene ho bisogno di stare male"

"Chi sono io? Non lo so. Come posso fare? Non lo so"

“Come posso capire qual è la mia testa e quali sono i pensieri che prendo dagli altri?”

“Non so gestirmi un rapporto”

“Ho paura di rompere la simbiosi perché rimango sola”

“Io non mi fido degli uomini, come mia madre”

“Mamma ha solo me, mamma senza di me non ce la può fare”.

Il lavoro con Maria, quindi, si fonda sul darle la possibilità, nella relazione terapeutica, di stabilire una simbiosi sana, che sia di transizione tra la simbiosi con la madre e la propria Individuazione. La simbiosi terapeutica diviene, quindi, lo spazio alternativo al rapporto con la madre, dove la “madre terapeutica” di Maria non le chiede di prendersi cura di sé, ma le offre uno spazio dove poter crescere, e dal quale poi poter uscire, senza sensi di colpa o fantasie di morte (come accaduto per il contenitore materno).

Maria si lascia accompagnare in questo percorso con una forte tenacia e fiducia, riuscendo, nel tempo, ad individuare i punti di simbiosi involutiva, intessuti con la madre e i nodi di distacco, agito invece con il padre. Maria, infatti, a causa della visione materna (fatta propria), ha visto e vissuto suo padre, come un uomo assolutamente negativo e di cui non è possibile fidarsi.

Il processo di Individuazione, oltre alla riflessione e alla visione rinnovata del rapporto con i genitori, viene a definirsi in maniera particolare, attraverso la realizzazione del processo di restituzione, attraverso il quale, la ragazza restituisce in una lettera, gli aspetti di maggiore sostegno, e quelli di maggiore difficoltà avuti in eredità sottile da un genitore e dall'altro. Sancendo in tal modo l'inizio di una nuova vita, da adulta, liberata dagli aspetti più invischiati che i genitori hanno deciso, inconsapevolmente, che lei vivesse per sé e con loro.

Nella lettera alla madre Maria restituisce, fondamentale, l'essere stata utilizzata come contenitore, la triangolazione subita e la violenza a cui è stata esposta più volte, la mancanza di protezione dalle paure, che sono invece state scaricate su Maria, affinché le vivesse al posto della madre. Maria invita sua madre a prendersi, quindi, cura di se stessa, utilizzando un contenitore adeguato e non più sua figlia.

Al padre Maria restituisce la distanza, la freddezza, la mancanza di esempio mentale e di responsabilità paterna (il padre non è in grado di gestire bene il denaro, il lavoro, ecc.), così come la responsabilità nell'averla esposta ai loro rapporti sessuali.

Ancora prima della realizzazione della lettera ai genitori, anche solo attraverso il lavoro di individuazione dei punti di simbiosi da sciogliere, i sintomi degli attacchi di panico si riducono notevolmente. Persiste per un breve periodo di tempo la difficoltà di dormire da sola, la paura di venire a contatto con eventi tragici (come il suicidio o la morte di persone conosciute).

Successivamente alla consegna delle lettere avvengono interessanti trasformazioni:

- La madre risponde con commozione e calore alle parole della figlia, ed inizia un suo percorso terapeutico individuale, decidendo, quindi, di occuparsi di sé stessa in modo più autonomo e consapevole;
- il padre mostra di comprendere in parte ciò che la figlia gli rimanda (ha una mente molto semplice ed adolescenziale), anche se evita di esporla a situazioni che non la riguardano;
- Maria riprende gli studi con successo, riuscendo ad assistere anche ad un'autopsia presso l'Università, senza paura del contatto con la morte (che precedentemente le avrebbe impedito tale esperienza);
- Maria riesce ad iniziare un rapporto di coppia stabile, nel quale inizia ad accompagnare il suo ragazzo ad individuare a sua volta il legame simbiotico con la propria madre (che, in talune occasioni, tenta, infatti, di intervenire in maniera evidente nella vita di coppia).

Il sintomo dell'attacco di panico scompare del tutto, e Maria acquisisce solidità maggiore, chiarezza sui propri confini e sulle possibilità della propria personalità, divenendo individuata.

Nel Settembre 2008, mentre il suo percorso terapeutico volge al termine, Maria deciderà di tornare a vivere in Calabria, proseguendo lì gli studi, affittando un appartamento vicino all'Università, non tornando, quindi, a vivere in famiglia, nonostante la casa genitoriale sia distante solo cinque chilometri dall'Università. Dopo aver sciolto la simbiosi, per lei vivere fuori regione per studiare non ha più senso, dato che il primo trasferimento (agito inconsapevolmente) era stato necessario per individuare e sciogliere la simbiosi presente nel rapporto con sua madre.

Dopo 8 mesi dal termine del lavoro viene realizzato con Maria un follow up, e la ragazza dice di non avere più manifestato alcun sintomo, pertanto, l'effetto terapeutico persiste nel tempo. Maria, inoltre, riferisce che gli studi proseguono bene e che sta iniziando a preparare con il suo ragazzo, il futuro matrimonio.

Bibliografia

Assagioli, R. (1978). *I tipi umani*. Firenze: Ed. Istituto di Psicopsintesi.

Assagioli, R. (1993). *Psicopsintesi. Per l'Armonia della vita*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.

Bowlby, J. (1982). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Holmes, J. (1994). *La teoria dell'attaccamento. John Bowlby e la sua scuola*. Milano: Raffaello Cortina

Sepe, D., Onorati, A., Rubino, M.P., Zeppetella, L., Folino, F., & Miggiano, E. (2011, 15 aprile). La "Psicologia Armonica del Sé": una visione sistemica dell'uomo ed una visione transpersonale delle relazioni. *Psicopsintesi*, 15

Un'estensione della teoria dell'analisi della domanda: le forme dello scambio

di Valerio Ghezzi*

Abstract

L'analisi della domanda quale teoria della tecnica dell'intervento psicologico ha individuato come poli simbolico-affettivi delle infinite e polisemiche modalità di relazione tra individuo e contesto il possesso e lo scambio (Carli & Paniccia, 2002). Mentre molta letteratura si è concentrata sull'analisi e la comprensione delle simbolizzazioni affettive senza prodotto (neoemozioni) quali forme disfunzionali agite dagli individui nel rapporto con il contesto, obiettivo di questo contributo è quello di proporre e formalizzare una declinazione teorica e operativa del costrutto di scambio quale modalità di relazione con il contesto fondata sull'accoglienza e resa possibile dai processi di reciproca legittimazione sociale tra gli attori del contesto. Nella nostra proposta, l'*accoglienza* (la forma più aspecifica di "manifestarsi" dello scambio) può svilupparsi nella relazione attraverso una modalità fondata sul pensiero emozionato (la *conoscenza*) oppure sull'agito emozionalmente connotato (la *comunicazione*). La conoscenza può essere declinata in due modalità simboliche ancor più particolari (la *considerazione* e il *confronto*), così come la comunicazione (la *condivisione* e il *dialogo*).

Parole chiave: domanda; emozioni; contesto; collusione; scambio.

Introduzione generale

Se ti abbraccio, non aver paura¹

L'analisi della domanda è una teoria della tecnica che, all'interno di una prospettiva psicologico-clinica, si propone quale modello dell'intervento nell'ambito delle relazioni sociali e, più specificamente, quale modello dell'intervento volto alla promozione di sviluppo entro la relazione tra l'individuo e i contesti ai quali l'individuo partecipa, attraverso la rimodulazione del rapporto tra simbolizzazioni collusive e domanda di realtà emergente in chi pone la richiesta d'intervento (Carli & Paniccia, 2003). Questa teoria della tecnica si inserisce, nella letteratura psicologica, quale proposta di superamento del paradigma individualista dell'intervento (Carli, Grasso, & Paniccia, 2007), paradigma che prevede la centratura dell'intervento psicologico e sociale sui "problemi" degli individui, ed è finalizzato alla correzione di deficit (per esempio, sul ripristino dello scarto dalla normalità attesa) attraverso l'applicazione di tecniche (psicoterapeutiche, per esempio) volte a ricondurre, ortopedicamente, la caratteristica personale o organizzativa che si presuppone causa del disagio.

La teoria dell'analisi della domanda critica fortemente l'assunzione principale della psicologia contemporanea, che riconduce i propri modelli d'intervento a una concezione eziopatogenetica dei fenomeni mentali e sociali, all'interno di una concezione deterministica (o plurideterministica), dove il comportamento umano è regolato da leggi "individuabili" che dovrebbero consentire di prevederlo e, quindi, di fornire gli elementi necessari per intervenire sulle sue "cause".

L'analisi della domanda si differenzia profondamente dalle tendenze "oggettivanti" della psicologia contemporanea, intesa come scienza dell'intervento, e propone una analisi della realtà

* Dottorando in Scienze Psicologiche – Indirizzo "Psicologia Sociale e della Personalità", Università degli Studi di Padova. Corrispondenza: ghezzi@vghezzi.com.

¹ Titolo del libro omonimo scritto da Fulvio Ervas (2012) ed edito da Marcos Y Marcos.

profondamente differente; l'assunto di base è che le persone e le organizzazioni sociali non richiedano l'intervento dello psicologo perché "stanno male", bensì perché lo psicologo "esiste", e in quanto tale è simbolizzato come figura competente che può occuparsi di alcuni problemi e dinamiche (Carli & Paniccia, 1981): la domanda d'intervento, in questa prospettiva, non è motivata da "problemi", ma dal fallimento della collusione (Carli, 1993a), ossia dalla rottura della corrispondenza tra simbolizzazione affettiva e domanda di realtà che le persone e i sistemi sociali rivolgono al contesto cui appartengono e partecipano (Carli & Paniccia, 2002). All'interno di quest'ottica, il paziente depresso non è concepito come un individuo portatore di un disagio passivo, desideroso di apprendere dal terapeuta conoscenze e tecniche per contrastare ed eventualmente risolvere i problemi da cui è afflitto, ma rappresenta il veicolo attivo di specifiche simbolizzazioni affettive, emozionalmente connotate, circa i contesti all'interno dei quali egli partecipa (familiare e lavorativo, per esempio). L'analisi della domanda ha come obiettivo quello di promuovere simbolizzazioni differenti da quelle che si suppone abbiano generato il fallimento collusivo, attraverso la relazione (Grasso, Cordella, & Pennella, 2004) fondata sulla sospensione degli agiti collusivi "viziosi" da simbolizzazioni affettive che non hanno più alcun prodotto, fondate sull'illusione del possesso dell'altro, promuovendo nuove modalità di relazione con il contesto, fondate sullo scambio (Carli, 1987).

Nella proposta dell'analisi della domanda, teoria della tecnica che ormai gode di un'ampia letteratura di riferimento, vengono messi in discussione i presupposti applicativi delle teorie del funzionamento mentale, psicologico e sociale di tipo causa-effetto (Skinner, 1981), quelle ancorate a modelli "scientificamente fondati", orientate all' "oggettivizzazione" delle caratteristiche psicologiche (Imbasciati, 2008), adottando di contro una prospettiva dell'intervento fondata sull'analisi e la rimodulazione delle dinamiche della relazione, per promuovere la produttività del rapporto individuo-contesto attraverso la costruzione di simbolizzazioni affettive nuove e divergenti da quelle generalmente agite nel comportamento.

L'analisi della domanda, inoltre, ha proposto un modello concettuale concernente la declinazione di alcune specificità delle simbolizzazioni affettive fondate sull'illusione del possesso (le *neoemozioni*, Carli & Paniccia, 2002) finalizzato a individuare, comprendere e gestire le relazioni fondate sul presupposto della negazione dell'estraneo, attraverso proposte collusive alternative a quelle costruite a partire dalla pretesa, agita in base al potere dato dal ruolo all'interno dei sistemi produttivi. Al polo opposto, troviamo invece lo scambio, condizione essenziale per istituire il processo di divergenza collusiva, ossia di costruzione di nuovi modelli simbolici di relazione con il contesto.

In relazione a questo scenario teorico di riferimento, riteniamo tuttavia che nella produzione della letteratura sull'analisi della domanda, molta attenzione è stata rivolta all'analisi e alla teorizzazione delle specificità del possesso come presupposto delle simbolizzazioni affettive senza prodotto (le *neoemozioni*), mentre ci si è dedicati relativamente poco, e in modo piuttosto generale, alla formalizzazione teorica del costrutto di "scambio": in tal senso, sono numerosi gli interventi psicologico-clinici che descrivono relazioni con il cliente, strutturate sulla simbolizzazione affettiva che poggia sullo scambio (Carli & Paniccia, 2005), ma riteniamo che poco sia ancora stato discusso dal punto di vista dello sviluppo teorico di un costrutto così importante, che possiamo considerare il "reciproco" produttivo del possesso. Il presente contributo ha, allora, due obiettivi: *a*) processare e approfondire i concetti dell'analisi della domanda collegati allo scambio; *b*) proporre un modello concettuale della declinazione dello scambio, costruito inteso (al pari del possesso) quale simbolizzazione affettiva del contesto e non solo quale presupposto della dinamica sociale legata al cambiamento produttivo.

Il costrutto di scambio

Lo scambio, nell'analisi della domanda, è concepito come quella specifica configurazione simbolica che consente di conoscere e produrre competenza in modo reciproco all'interno delle relazioni sociali (Carli & Paniccia, 2002). Nello specifico, lo scambio è il terreno privilegiato di azione e sviluppo del potere competente, cioè del potere legittimato dall'elaborazione, dalla comprensione e dalla risposta operativa alla domanda di intervento che una persona veicola a un professionista. Il possesso fonda i sistemi sociali costruiti sul potere senza competenza, ossia sul

potere basato sul ruolo e non sull'effettiva risposta alle richieste delle persone; lo scambio ha come obiettivo lo sviluppo di un pensiero, dei singoli individui o delle organizzazioni sociali, sul proprio modo organizzare in azioni le emozioni. Obiettivo dello scambio, nell'analisi della domanda, non è quello di modificare un comportamento, di ridimensionare una sintomatologia depressiva oppure ridurre la conflittualità di un gruppo di lavoro (considerati "epifenomeni" del processo di intervento), ma è quello di sviluppare un pensiero organizzato sul modo in cui si simbolizza emozionalmente la realtà e, *per esteso*, sulle conseguenze che i processi di simbolizzazione hanno sul comportamento, individuale e/o organizzativo.

Lo scambio, nell'analisi della domanda, può essere considerato attraverso due lenti interpretative differenti: da una parte, può essere considerato da un punto di vista funzionale o strumentale, quale componente della metodologia finalizzata alla promozione dello sviluppo di simbolizzazioni emozionali alternative a quelle che, fallite, hanno condotto alla domanda d'intervento. Dall'altra parte, nella nostra proposta integrativa, lo scambio *può rappresentare un vero e proprio modo di simbolizzare il contesto*. Se la declinazione delle specificità del possesso (*neoemozioni*) ha a che fare con gli specifici presupposti connotanti le relazioni sociali² fondate sul potere senza competenza e sulla negazione dell'estraneità (Carli, 1993b), lo scambio *può essere considerato quel modo di simbolizzare il contesto fondato sull'accoglienza*³, ossia *sull'accettazione o sulla presa in carico diretta del rischio di simbolizzare l'altro estraneo come amico*.

Nella nostra proposta, quindi, l'accoglienza è il modello simbolico speculare a quello rappresentato nelle neoemozioni dalla pretesa (Carli & Paniccia, 2002). Se nella pretesa una persona "rivendica dall'altra diritti d'obbedienza, o d'affetto, d'essere amata, risarcita, riconosciuta, indennizzata, capita, giustificata, in nome del ruolo che riveste nella relazione" (Carli & Paniccia, 2003, p. 193), nei contesti sociali fondati sull'accoglienza le persone si relazionano al contesto aprendosi alla conoscenza dell'estraneo, sospendendo nei suoi confronti il giudizio; quel giudizio che viene formulato esclusivamente nel corso della relazione attraverso il processo di conoscenza reciproca, e non "a priori"⁴. L'accoglienza, nella nostra proposta, non è in alcun modo assimilabile ai concetti di ascolto incondizionato (Rogers, 1958), di cittadinanza organizzativa (Brief & Motowidlo, 1986; Borman & Motowidlo, 1993) e di comportamento prosociale (Caprara & Bonino, 2006), ma è una specifica configurazione emozionale del contesto e del modo in cui le persone vi si rapportano; non ha a che fare con il singolo individuo (o i singoli gruppi e le singole organizzazioni) ma è un costrutto che organizza e dà senso alle relazioni sociali, e ha come presupposto di base l'apertura all'estraneità attraverso la sospensione del giudizio.

In buona sostanza, lo scambio non solo è la condizione fondamentale che facilita lo sviluppo del pensiero sugli agiti emozionali (Carli, 1993b), ma è anche una modalità emozionata fondante la relazione individuo-contesto che, fondata sull'accoglienza dell'estraneo, può essere declinata e analizzata nelle sue specificità⁵.

Analisi della domanda e scambio

L'analisi della domanda, come teoria della tecnica dell'intervento psicologico, propone una sistematica organizzazione di costrutti e di parametri di analisi della realtà (Avallone, 2011).

² Sebbene le relazioni "neoemozionate" non abbiano prodotto sociale, se non quello di reiterare continuamente gli stessi ruoli, le relazioni fondate sul possesso possono essere estremamente durevoli e funzionanti. Si pensi alle relazioni fondate su un capo che obbliga il collaboratore ad "esaudire" tutti i suoi desideri (in una configurazione della relazione, quindi, obbligante-obbligato): il collaboratore è costretto, sulla base dell'esercizio del potere senza competenza da parte del capo, a portargli il caffè, a sbrigargli pratiche non direttamente legate ai processi lavorativi, e così via. All'interno di questa dinamica della relazione, la struttura collusiva potrebbe non fallire mai, per varie ragioni (volontà del collaboratore di far carriera ad ogni costo, idealizzazione del capo da parte del collaboratore, ecc.).

³ Dal latino *a-colligere*, "raccogliere verso di sé", ma anche "ricevere" e "acconsentire".

⁴ Ricordiamo, a tal proposito, il caso clinico intitolato "*sono felice di conoscerla*", resocontato e descritto da Carli & Paniccia (2003), dove il terapeuta dice al cliente "sono felice di conoscerla" prima ancora che essi si sia presentato, negandone l'estraneità, poiché esprime un giudizio prim'ancora di aver avviato il processo di conoscenza.

⁵ Riteniamo opportuno chiarire che, coerentemente con quanto anticipato a margine della prima sezione del contributo, non intendiamo proporre un modello dei "reciproci" delle neoemozioni; sebbene, come detto, possiamo considerare l'accoglienza un costrutto organizzante le relazioni sociali speculare alla pretesa, le dimensioni specifiche dello scambio che descriveremo in seguito non risultano speculari all'obbligo, alla diffidenza, ecc. ma hanno proprie caratteristiche e peculiarità.

Tuttavia, riteniamo non sia questa la sede adatta per approfondire l'intero impianto teorico e pratico dell'analisi della domanda (cfr. Carli & Paniccchia, 2003).

Riteniamo invece utile riprendere ed analizzare alcuni costrutti specifici, fondamentali per comprendere al meglio la sezione dedicata all'analisi delle caratteristiche dello scambio, inteso quale forma di simbolizzazione emozionale alla base della relazione individuo-contesto.

Nello specifico, ci proponiamo di riprendere e analizzare criticamente il concetto di relazione individuo-contesto (nei suoi aspetti emozionali e collusivi), le nozioni di estraneo, di regole del gioco e di sviluppo.

La relazione individuo-contesto

Nella proposta dell'analisi della domanda, la relazione individuo-contesto costituisce l'unità d'analisi della psicologia quale scienza dell'intervento (Carli & Paniccchia, 1999). Questo costrutto rappresenta il superamento della prospettiva individualista in psicologia, ossia quella che punta il focus della ricerca e dell'intervento su fenomenologie che hanno a che fare con i singoli individui (per esempio le caratteristiche invarianti della personalità, Carli, 1990), dei singoli gruppi (la conflittualità), oppure esclusivamente con il contesto (la cultura e il clima organizzativo, nel caso della psicologia delle organizzazioni). La relazione individuo-contesto integra prospettive generalmente considerate in modo separato o additivo, per adottare un approccio interazionista, derivato dalla teoria del funzionamento della mente formulata da Matte Blanco (1975); nell'ipotesi alla base dell'analisi della domanda, le persone trasferiscono nel qui ed ora entro il rapporto con lo psicologo i propri modelli di relazione appresi e mantenuti all'interno dei contesti di appartenenza (famiglia, lavoro, amici, ecc.), che tuttavia non rispondono più all'autentica domanda di realtà che la persona veicola (una persona preoccupata tenderà, collusivamente, ad agire questa sua simbolizzazione affettiva nel *setting* d'intervento): la domanda di realtà che la persona ricerca deriva dal fallimento delle simbolizzazioni collusive che, per cause diverse, non possono più funzionare in relazione al contesto nel quale erano precedentemente agite. La prospettiva dell'analisi della domanda considera la relazione individuo-contesto quale elemento fondamentale del funzionamento sociale delle persone, che non rappresentano più soggetti portatori di cognizioni, emozioni ed attori di comportamenti, ma veicoli di modelli della relazione fondati sulla simbolizzazione affettiva dei contesti ai quali partecipano.

L'elemento di novità e di forte rottura, introdotto dall'analisi della domanda nel dominio della psicologia dell'intervento, sta proprio nel cambio d'interesse che coinvolge lo psicologo: si passa dall'attenzione per le caratteristiche personologiche e "invarianti" delle persone e dei sistemi sociali all'analisi, la comprensione e l'intervento sulle specifiche modalità attraverso le quali le persone (o le organizzazioni sociali) si rapportano al contesto.

Molto spesso, tuttavia, l'attenzione dei professionisti dell'analisi della domanda si è concentrata sull'analisi delle modalità disfunzionali mediante le quali le persone simbolizzano affettivamente il contesto (formalizzate, per esempio, attraverso il modello delle neoemozioni), mentre poco ci si è dedicati ad approfondire quali sono le modalità della relazione tra individuo e contesto che funzionano in modo produttivo e competente; modalità della relazione che dimostrano una buona "tenuta" e sono scarsamente soggette al fallimento (collusivo) e che, di conseguenza, raramente sono oggetto dell'analisi psicologica poiché non generano domande d'intervento psicologico.

A tal proposito, riteniamo sia necessario approfondire il tema delle simbolizzazioni affettive fondate sullo scambio perché ci consente di riflettere su quali siano le modalità collusive orientate allo sviluppo delle relazioni sociali e, di contro, ci consente di approfondire ulteriormente il costrutto di scambio all'interno degli interventi orientati alla promozione dello sviluppo dei sistemi sociali e di convivenza. Di seguito, perciò, cercheremo di approfondire i costrutti più interessanti all'interno dei processi di conoscenza collegati alla relazione individuo-contesto: le emozioni e la collusione.

Le emozioni

Le emozioni, nella prospettiva dell'analisi della domanda, sono il terreno privilegiato dell'intervento psicologico (Carli & Paniccchia, 2007). Sulla base della teoria del funzionamento della mente

formulata da Matte Blanco (1975) le emozioni possono essere definite come risposte affettive che colorano di significato gli stimoli provenienti dal contesto. Di conseguenza, le emozioni non costituiscono delle reazioni momentanee, variabili per intensità e comprensibili esclusivamente all'interno della dicotomia piacere/dispiacere (Cabanac, 2002) ma giocano il ruolo di veri e propri elementi di produzione di senso all'interno dell'esperienza personale, derivata dalla relazione con il contesto. Le emozioni hanno a che fare con l'inconscio che, nella proposta di Matte Blanco, funziona secondo logiche diverse dal pensiero cognitivo (o scientifico); mentre quest'ultimo ha lo scopo di dividere e discriminare entro categorie distinte gli stimoli processati dalla mente, l'inconscio funziona attraverso meccanismi di simmetria e generalizzazione (per un approfondimento, cfr. Carli & Giovagnoli, 2010), che nulla hanno a che fare con la logica eterogeneizzante del pensiero scientifico.

Le emozioni, quindi, rappresentano gli elementi che organizzano le relazioni interpersonali, poiché svolgono la funzione organizzante di produrre senso all'interno dell'esperienza sociale, e fungono da modalità di simbolizzazione affettiva che, se non pensate, possono dar luogo ad agiti collusivi non aderenti alla domanda di realtà che una persona pone al contesto.

Rispetto al costrutto di scambio, le emozioni rappresentano il dispositivo che regola l'accoglienza e, di conseguenza, il processo di simbolizzazione affettiva fondato sull'apertura all'estraneità del contesto con cui si entra in relazione.

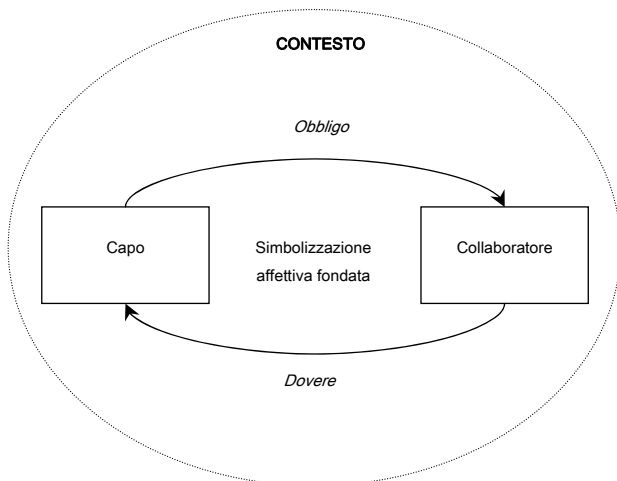
“Colorare” il contesto funzionalmente alla sua accoglienza non significa, tuttavia, rispondere automaticamente ai suoi stimoli accettandoli incondizionatamente; la simbolizzazione affettiva fondata sull'accoglienza dell'estraneità è il prodotto dello sviluppo di un pensiero sulle emozioni, che non rappresenta un processo reattivo e immediato.

La collusione

La collusione rappresenta, secondo la definizione classica, la simbolizzazione affettiva del contesto da parte di chi a quel contesto partecipa (Carli & Paniccia, 2003). La collusione è il precipitato delle emozioni: se determinati stimoli contestuali vengono colorati emozionalmente, le persone tenderanno a simbolizzare affettivamente il contesto, da cui quegli stimoli provengono, in un modo piuttosto che in un altro. La collusione, in altre parole, è il processo che istituisce le modalità di relazione con il contesto. Se una persona sperimenta emozioni negative sul proprio luogo di lavoro, con ogni probabilità simbolizzerà “doveristicamente” il luogo di lavoro, sulla base di stimoli che lo spingono a colorare affettivamente il contesto in un certo modo (leader autoritario, colleghi compiacenti con il capo, carico di lavoro mentale esagerato, ecc.).

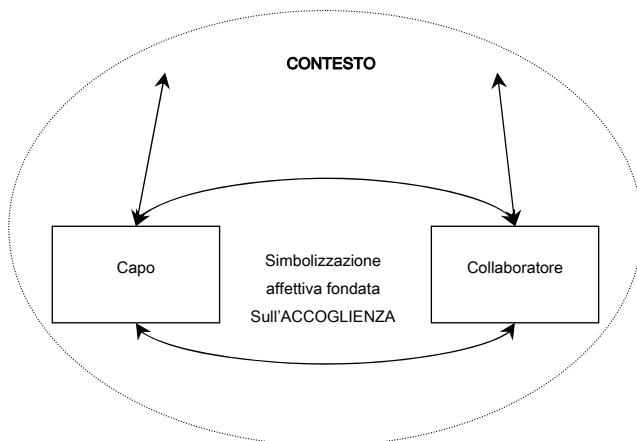
Dal punto di vista della simbolizzazione affettiva del contesto, la differenza tra possesso e scambio è sostanziale: nel primo caso le persone colludono con il contesto sulla base del potere derivato dal ruolo che occupano nel sistema sociale d'appartenenza (madre, padre, figlio, per esempio) e, di conseguenza, gli agiti emozionali che influenzano il comportamento sono differenti a seconda di “chi si è” e di che ruolo si agisce entro quel dato sistema sociale.

Figura 1. Un sistema collusivo fondato sul possesso.



Nella Figura 1 viene proposto l'esempio di una relazione neoemozionalmente fondata, dove il capo cerca di istituire una relazione sociale con il proprio collaboratore fondata sull'obbligo; d'altra parte, anche il collaboratore simbolizza collusivamente il suo ruolo in relazione del contesto, agendo nel comportamento i suoi sentimenti di dovere, quale reazione collusiva alla modalità "obbligante" del capo.

Figura 2. Un sistema collusivo fondato sullo scambio.



Nel caso dello scambio, di converso, gli stessi attori sociali non solo condividono, emozionalmente, la simbolizzazione del contesto ma impiegano modalità relazionali fondate sull'accoglienza; in questa configurazione della relazione individuo-contesto, come prospettato nella Figura 2, capo e collaboratore non entrano in contatto attraverso le modalità "prescritte" dal rispettivo ruolo, ma corrono il rischio di conoscersi reciprocamente in modo autentico, sospendendo il giudizio derivato dai processi preliminari di *impression management* (Mazzoleni & Facioli, 2006).

La relazione individuo-contesto è effettivamente interattiva e non, come nel caso del possesso, biunivoca: il contesto non rappresenta esclusivamente l' "oggetto" da simbolizzare emozionalmente o il target d'influenza del comportamento degli individui, ma anche la sorgente degli stimoli che le persone colorano emozionalmente attraverso i processi inconsci e, soprattutto, è (come indicano le frecce nel modello appena proposto) una struttura che si organizza autopoieticamente (Varela & Maturana, 1972) sulla base delle simbolizzazioni affettive comunemente condivise entro i processi di accoglienza.

L'estraneo

Nella proposta dell'analisi della domanda, l'estraneo è un costrutto che, ancora una volta, non ha a che fare con un individuo oppure una organizzazione, bensì con la relazione individuo-contesto: l'estraneo è l'amico sconosciuto (Carli & Paniccia, 2002), e rappresenta colui il quale le persone rischiano di simbolizzare affettivamente come possibile interlocutore. Approcciarsi all'altro quale estraneo, significa aprirsi a conoscerlo, senza "disconoscerlo" a priori; conoscerlo, quindi, attraverso la relazione autentica e diretta con lui.

Negarsi la possibilità di simbolizzare come amico l'altro che non si conosce, significa negarne l'accoglienza, ovvero contribuire a istituire una relazione fondata sul possesso, dove si cerca di annullare la soggettività delle persone e dove si cerca di ricondurre la relazione a un modello "noto" e prefigurato, non correndo il rischio di entrare autenticamente in un processo di conoscenza reciproca.

Lo scambio si fonda proprio sul riconoscimento dell'altro come diverso da sé, portatore di caratteristiche differenti dalle nostre, che non possiamo conoscere a priori, con il quale non possiamo "intenderci al volo" oppure "capirci con uno sguardo" (Carli & Paniccia, 2003) poiché l'unico vero strumento di conoscenza reciproca è la relazione, luogo all'interno del quale è possibile agire emozionalmente l'accoglienza dell'estraneità.

Le regole del gioco

La struttura delle regole che organizzano la relazione individuo-contesto è alla base del funzionamento delle organizzazioni sociali e di produzione. Queste regole possono essere di tipo "normativo" (da perseguire sempre, a prescindere dal contesto) oppure costruite attraverso i processi collusivi.

Nel primo caso, quando le regole "normative" guidano la struttura della convivenza sociale siamo in presenza della negazione dell'estraneo che, non coinvolto nel processo di definizione delle regole stesse, è chiamato esclusivamente a osservarle nel modo più puntuale possibile.

Nello scambio, inteso quale possibile simbolizzazione emozionale del contesto fondata sull'accoglienza dell'estraneo, le regole del gioco non sono date dal contesto ma sono costruite attraverso la relazione e la conoscenza degli attori sociali che vi partecipano (Carli & Paniccia, 1999).

Lo sviluppo

Lo sviluppo della relazione individuo-contesto è l'obiettivo dell'intervento psicologico entro i sistemi di convivenza (Carli & Paniccia, 2003) e può essere considerato il prodotto dello scambio. Sviluppare relazioni significa sostanzialmente avviare un processo di riflessioni sul modo in cui le emozioni vengono agite nel comportamento; poter "pensare" le emozioni (Carli, Grasso, & Paniccia, 2007) consente di ricercare soluzioni, attraverso il processo di riduzione della polisemia dei propri agiti emozionali, alternative a quelle generate dalle simbolizzazioni non pensate.

Riteniamo, nella nostra proposta, che lo scambio produca sviluppo: attraverso l'accoglienza dell'estraneità, infatti, è possibile maturare lo sviluppo del pensiero "emozionato", ossia il processo di riflessione circa i propri (e altrui) modi di agire le emozioni nei comportamenti.

Il costrutto di scambio

Come esplicitato in apertura del contributo, la nostra proposta prevede lo scambio non solo come strumento per la promozione dello sviluppo della relazione individuo-contesto, ma anche quale specifica modalità di simbolizzazione del contesto e come possibile presupposto della cultura locale entro i sistemi sociali e organizzativi.

Considerare lo scambio quale modalità speculare a quella del possesso, come fondamento affettivo delle configurazioni della relazione tra individui e contesti, può assumere un duplice significato: possiamo considerare lo scambio (e le sue categorie definitorie, che descriveremo in

seguito) come a) *un modello di lettura della dinamica della relazione*; oppure b) possiamo pensare allo scambio quale *obiettivo di sviluppo* vero e proprio.

Nel primo caso, possiamo guardare allo scambio e alle sue declinazioni quale costruito che organizza il legame sociale; sebbene i contesti e le culture locali fondate sullo scambio siano sensibilmente inferiori a quelli che si strutturano sul possesso, possiamo considerare lo scambio e le sue modalità come presupposti organizzanti le modalità di relazione degli individui al contesto. Si fondano sullo scambio quei contesti familiari, sociali e lavorativi dove il principio della relazione è l'accoglienza, ovvero dove le persone sono disposte ad accettare di accogliere l'altro come un amico ignoto, sospendendo le loro prime valutazioni: possiamo pensare a quei contesti scolastici dove gli insegnanti simbolizzano gli allievi non come esclusivi terminali di un pacchetto nozionistico preconstituito, ma come reali co-costruttori di conoscenza e, viceversa, dove gli studenti guardano agli insegnanti non come a genitori accessori ma come a persone che potrebbero dire loro qualcosa di interessante da ascoltare.

Nel secondo caso, pensiamo che lo scambio possa rivestire il traguardo di un obiettivo di sviluppo. In questo caso, riteniamo che lo psicologo clinico possa utilizzare lo scambio non solo come mezzo per perseguire sviluppo, ma possa guardare alle configurazioni relazionali fondate su questo presupposto sociale quale esito possibile del suo intervento. Ciò vuol dire che lo psicologo non deve "curare" la depressione, ridurre la conflittualità dei gruppi di lavoro, formare le persone a comunicare in modo efficace, ma può intervenire sulla relazione che l'individuo o i sistemi sociali intrattengono con i propri contesti di riferimento, promuovendone la conoscenza reciproca fondata sull'accoglienza.

In questa prospettiva, output negativamente desiderabili (quali la depressione, la conflittualità interna ai gruppi di lavoro, ecc.) rappresentano degli "epifenomeni" collegati al fallimento della collusione, o comunque effetti di second'ordine. Lo scambio può assumere, nelle relazioni sociali e nei contesti organizzati, degli aspetti specifici che descriveremo ampiamente nelle sezioni successive.

Il razionale delle forme dello scambio

Come argomentato in apertura del contributo, lo scambio inteso quale modalità di simbolizzazione affettiva porta con sé differenti livelli di specificità e articolazione. Per rendere più chiaro il modello di lettura che presentiamo, è necessario specificarne il razionale con cui è stato formulato, nonché le caratteristiche principali. Lo scambio e le sue forme:

1) *non rappresentano dei "reciproci" delle neoemozioni*. Così come l'accoglienza non rappresenta la corrispondenza speculare di segno opposto alla pretesa, le altre forme dello scambio che sono teorizzate in questo contributo non rappresentano meri reciproci "positivi" delle neoemozioni;

2) *sono costrutti che hanno necessariamente a che fare con la relazione e il legame sociale*. L'ampliamento del costrutto di scambio e la formulazione delle sue dimensioni hanno senso se riferiti al comportamento delle persone, entro una relazione sociale, in relazione al contesto quale partecipano; parlare di persone "inclini alla conoscenza reciproca" o "propense al dialogo", nella nostra proposta, non ha nessun senso, poiché sono espressioni che hanno a che fare con dimensioni invariabili di personalità (Carli, 1995) e non con la relazione;

3) *trovano il loro significato specifico nella propria etimologia*. Il significato delle parole viene modellato e costruito sulla base della corrispondente costruzione sociale degli "oggetti" cui si riferiscono (Barus-Michel, Enriquez, & Lévy, 2005). Come vedremo, nel caso dello scambio, faremo invece continuamente riferimento alla radice epistemologica dei sostantivi, allo scopo di catturarne gli aspetti per noi maggiormente utili e interessanti.

4) *rappresentano specifiche modalità di simbolizzazione affettiva del contesto*. Lo scambio e le sue forme non sono semplici modalità della relazione oppure strumenti a disposizione dello psicologo dell'intervento, ma rappresentano nella nostra proposta delle modalità collusive, che organizzano la relazione individuo-contesto. In quanto modalità emozionate di relazione con il contesto, al pari di quelle fondate sul possesso illusorio, esse possono organizzare la cultura locale dei sistemi sociali (Carli & Panizza, 2002).

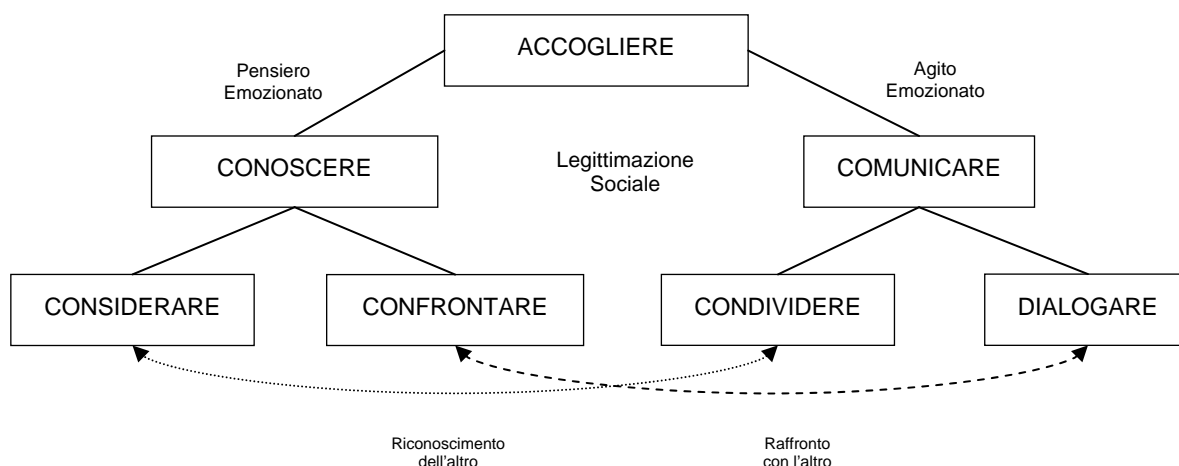
5) *sono fondate sul principio della legittimazione sociale*. Lo scambio e le sue modalità hanno luogo se vige, nella relazione sociale, la legittimazione reciproca. Ciò significa che ciascuno dei

partecipanti al contesto (relazionale, sociale o produttivo) riconosce l'altro quale partecipante attivo in relazione con il contesto: se questa possibilità di relazione viene negata (anche dal punto di vista simbolico), attraverso il potere senza competenza, la lettura della relazione individuo-contesto può essere effettuata esclusivamente attraverso il modello delle neoemozioni.

Le declinazioni dello scambio

La Figura 3 presenta il modello dello scambio e delle sue forme più specifiche. Sebbene l'accoglienza rappresenti la sua declinazione formale più generale e "aspecifica", la legittimazione sociale rappresenta il presupposto fondamentale alla base di ciascuna delle modalità affettivamente connotate considerate nella rappresentazione grafica.

Figura 3. Le forme dello scambio.



Legittimare socialmente vuol dire "riconoscere" l'altro nella relazione come diverso da sé, non avanzandone pretese di possesso, ma concedersi la possibilità di ascoltare quello che ha da dire, scevri da valutazioni preventive e sospendendo i pregiudizi nei suoi confronti. La legittimazione sociale dell'altro ha a che fare esclusivamente con la relazione: è questo il luogo unico e privilegiato dove prendono corpo i processi di conoscenza e di comunicazione reciproci, dove le persone danno senso al loro (e altrui) modo di stare in relazione.

La legittimazione sociale, quale principio dello scambio, dà diritto agli attori della relazione di poter "dire la propria" senza le pressioni e gli impedimenti legati all'influenza del potere senza competenza e, inoltre, regola la reciprocità sociale; il presupposto della legittimità sociale consente a ciascun partecipante della relazione di esprimersi autenticamente, e di veicolare i propri pensieri e le proprie emozioni attraverso regole del gioco che legittimano la reciprocità.

La legittimità sociale consente a un collaboratore di dire al capo che non è d'accordo con il suo feedback, motivandone apertamente le sue ragioni, così come permette al capo di comunicare un feedback non positivo, a un cliente di una psicoterapia di manifestare il proprio dissenso circa l'atteggiamento del terapeuta nel *setting* dell'intervento, a uno studente di far notare al proprio docente un suo possibile errore. Gli esempi citati, seppure portatori di proprie specificità contestuali ed emozionali, hanno tutti a che fare con la legittimazione dell'altro quale interlocutore che ha qualcosa di interessante da dirci, al di là delle rigidità volute dal ruolo, fondate sul potere senza competenza: entro questa prospettiva, non è solo il collaboratore (o il cliente della psicoterapia, o lo studente) che deve necessariamente "accogliere" dal capo (o dal terapeuta, o dal docente), in una configurazione dei processi della relazione e della conoscenza monodirezionali, ma il significato dello "stare" nel qui ed ora delle relazione viene costruito attraverso lo scambio reciproco, scambio che si fonda su processi di comunicazione e di ascolto fondati sulla conoscenza avalutativa dell'altro.

Rischiare lo scambio: ACCOGLIERE

Come detto, l'accoglienza è la forma più aspecifica con la quale può "manifestarsi", all'interno delle relazioni interpersonali, lo scambio; può essere considerata come quella modalità collusiva fondata sull'*accettazione incondizionata del rischio di simbolizzare l'altro come amico ignoto, quindi come estraneo*. Tuttavia è bene sottolineare che *incondizionata* è l'accettazione del rischio di entrare in relazione con l'estraneo, non la sua valutazione positiva "a priori". Chi accoglie, si relaziona con il contesto come se questo "fosse" amico, pur non essendogli familiare: pensiamo a chi viaggia ed arriva per la prima volta in un paese straniero e si apre a una cultura che non conosce, assaggiando i cibi locali e chiacchierando con persone nuove; pensiamo invece, a chi arriva nello stesso paese e va alla ricerca di cibi esclusivamente originari del paese di provenienza e che invece di aprirsi alla novità, potenzialmente "amica", cerca disperatamente suoi connazionali per sentirsi al sicuro. Allo stesso modo, si pensi a uno psicologo che deve selezionare dei lavoratori per alcune mansioni specialistiche entro un'azienda informatica, che nel processo di selezione entra in relazione con i lavoratori "selezionandi" autenticamente, considerandoli come potenziali lavoratori, istituendo un canale di relazione di effettiva conoscenza reciproca, mentre pensiamo ai professionisti che si boicottano nel conoscere l'altro, colludendo con la logica strumentale della selezione "tu vai bene, tu no!".

Chi accoglie l'altro lo ascolta, nella consapevolezza che rischiare di conoscerlo e ascoltarlo potrebbe contribuire a istituire un rapporto produttivo; chi utilizza l'accoglienza quale modalità di relazione con il contesto si assume la responsabilità di entrare in relazione autentica con gli altri, andando oltre le richieste derivate dal potere di ruolo o dall'asimmetria ascritta nella relazione (per esempio, in quella madre-figlio). Nei contesti sociali dove questa simbolizzazione affettiva è principale (dove rappresenta, quindi, la sua cultura locale prevalente) le persone si aprono alla conoscenza degli altri, istituendo una dinamica della relazione autentica, correndo il rischio di poter rimanere delusi dalle relazioni che intraprendono.

È bene specificare sin da subito che quanto andiamo proponendo nulla ha a che fare con l'atteggiamento positivo incondizionato verso l'altro cui si riferisce, per esempio, Carl Rogers (1951, 1959 e 1961); accogliere non significa "accettare" gli altri a prescindere, oppure sforzarsi di mantenere verso gli altri un atteggiamento accondiscendente ed empatico, nell'ipotesi che questo faciliti l'intrapresa di una relazione produttiva: accogliere vuol dire relazionarsi con l'altro sospendendo il giudizio, rinviandolo al momento in cui il processo di conoscenza reciproca è stato avviato, e accettando la domanda di conoscenza reciproca rischiando di entrare in contatto autentico con lui.

I contesti sociali dove l'accoglienza riflette il ruolo di cultura locale prevalente sospendono il giudizio sull'altro, sia rispetto agli appartenenti a quel gruppo sociale che rispetto ai potenziali nuovi entranti: sospendere il giudizio, nella nostra proposta, non rappresenta una tecnica psicologica finalizzata a un obiettivo specifico, ma rappresenta la via privilegiata per agire la simbolizzazione dell'altro quale estraneo; nell'accoglienza, la sospensione del giudizio sull'altro promuove la sua rappresentazione quale estraneo, quale nostro amico potenziale, quale persona che vale la pena conoscere attraverso il contatto autentico entro la dinamica della relazione.

In sintesi, possiamo definire l'accoglienza quale simbolizzazione affettiva fondata sullo scambio e sulla legittimazione sociale, costruita a partire dall'accettazione incondizionata del rischio di simbolizzare l'altro quale amico ignoto, accettando la possibilità che entrare in relazione con lui possa deluderci.

L'accoglienza può essere declinata, nella nostra proposta, in due forme più specifiche, che non rappresentano riduzioni gerarchiche dell'accoglienza ma modalità meno generali di relazionarsi con il contesto cui si partecipa e che si contribuisce a costruire: una modalità che potremmo definire riflessiva (la *conoscenza*), fondata sulla promozione dello sviluppo del pensiero emozionato sull'accoglienza, e una modalità espressiva (la *comunicazione*), fondata sulla promozione dello sviluppo degli agiti derivati dalla simbolizzazione affettiva condivisa dell'accoglienza.

Pensare l'accoglienza: CONOSCERE

La conoscenza rappresenta la modalità “riflessiva” dell'accoglienza, fondata sullo sviluppo del pensiero “emozionato” circa i prodotti della relazione sociale.

Conoscere vuol dire istituire una relazione sociale caratterizzata dalla raccolta di informazioni “emozionalmente” rilevanti, informazioni a conferma (o a disconferma) del riconoscimento dell'altro quale amico ignoto. Nella nostra proposta, conoscere non significa accumulare nozioni sull'altro: significa sviluppare un pensiero sulla possibilità di rischiare di simbolizzarsi vicendevolmente quali amici, attraverso la relazione sociale diretta (non mediata da un elemento terzo o esterno). Conoscere, nella nostra proposta, può significare parlare con l'altro della possibilità di istituire una relazione di lavoro, ma anche di fidanzamento oppure di convivenza sociale. Pensiamo per un attimo, ad esempio, a un gruppo di studenti che “devono” svolgere un lavoro di gruppo, senza che gli uni abbiano volontariamente scelto gli altri; in qualche modo, sono “costretti” a stare insieme. Se si stabilisce un modello di relazione fondato sulla conoscenza le persone in situazioni come queste possono simbolizzare gli altri come amici potenziali, cercando di esplorare quelle informazioni emozionalmente connotate (modo di stare in gruppo, atteggiamento verbale, spirito di collaborazione, ecc.) che conducono alla conferma/disconferma dell'ipotesi di simbolizzazione iniziale con la quale si è cercato di entrare in rapporto con il contesto del gruppo di lavoro.

In altre parole, la conoscenza è lo sviluppo del pensiero sul modo emozionalmente fondato (proprio e degli altri) di istituire, promuovere e mantenere una relazione sociale. Chi ha intenzione di conoscere l'altro si “spende”, all'interno della relazione sociale, al fine di comprendere il modo con cui l'altro sta nella relazione stessa, proponendo contemporaneamente il proprio modo all'estraneo: in questo senso, possiamo considerare la conoscenza come un processo di reciprocità, dove le modalità di contatto con l'altro e i contenuti veicolati nella relazione sociale sono “pensati” e, attraverso la relazione, il prodotto di questo pensiero può essere espresso.

Chi vuole conoscere l'altro non ne nega il diritto di stare in relazione con lui (non lo interrompe continuamente mentre parla, non impone le sue valutazioni, non ordina all'altro di pensarla come lui) e non cerca di “possederlo” illusoriamente negandone la soggettività (“È come se ci conoscessimo”, “Lei mi ricorda qualcuno!”, “Mi fa piacere fare la sua conoscenza!”), annullando la possibilità dell'altro non solo di farsi conoscere, ma anche quella di “scambiare” con l'altro, enfatizzando così l'asimmetria che ne deriva dal ruolo.

I contesti sociali fondati sulla conoscenza sono quelli all'interno dei quali è vivo ed è considerato importante “pensare” l'esperienza dell'accoglienza entro la reciprocità asimmetrica e competente: parliamo dei contesti, per esempio, dove nelle riunioni professionali ci si pone spesso la domanda “cosa è successo?” oppure “cosa sta succedendo?” lontano dai periodi o dalle situazioni di crisi ed emergenza: crediamo che la risposta a questa domanda, offerta da tutti gli attori partecipanti ad un dato contesto (in quello ospedaliero, per esempio, medici, infermieri, inservienti, volontari e pazienti) sia, per motivi differenti, ugualmente interessante e la conoscenza degli altri, dal punto di vista emozionale, avviene proprio tramite il modo e i contenuti veicolati dalle risposte degli attori sociali a queste domande.

La conoscenza quindi, sinteticamente, può essere definita come quella modalità affettiva di relazione con il contesto strutturata sul pensiero emozionato relativo ai propri e altrui modi e contenuti espressi nella relazione sociale specifica di un certo contesto, dove le persone esercitano liberamente il diritto di verbalizzare le proprie riflessioni agli altri, simbolizzati come attori disponibili ad accoglierle.

La conoscenza può essere declinata, in accordo con la Figura 3, in due forme più specifiche: la *considerazione*, intesa quale modalità affettiva di relazione fondata sulla presa in carico della prospettiva dell'estraneo, e il *confronto*, ossia quale ricerca di integrazione alla propria domanda di realtà all'interno del legame sociale.

“Riconoscere” la conoscenza: CONSIDERARE

La considerazione rappresenta una forma più specifica della conoscenza, propria di quei contesti sociali dove le persone ascoltano e processano emozionalmente il pensiero che gli altri esprimono. Dal latino *considerare* (“fissare qualcosa con gli occhi”, ma anche “comparare un termine con un altro”), l'etimo di questo verbo transitivo conferisce un valore aggiunto alla costruzione sociale generalmente diffusa del termine; chi considera l'altro guarda e ascolta con attenzione ciò che egli

ha da esprimere, cercando di comprendere quale sia la distanza della propria simbolizzazione affettiva del contesto da quella dell'altro.

Chi considera non crede che possa esprimere valutazioni sugli altri fondati esclusivamente sull'apparenza, sul costume e sul modo in cui gli altri si presentano, ma legittima gli altri a potersi esprimere in modo autentico per poi poter conseguire la comprensione dell'altro che, attraverso lo sviluppo della relazione, può condurre le persone a cambiare le proprie idee, le proprie opinioni, i propri sentimenti. Considerare vuol dire assumere la prospettiva dell'altro come se fosse quella di un amico che ci comunica il proprio parere sulla nostra relazione sentimentale, sul nostro modo di stare sul posto del lavoro, sul nostro modo di trascorrere il tempo con gli amici. "Considerare" rappresenta una modalità affettiva di simbolizzare il contesto dove la reciprocità della legittimazione sociale è il presupposto essenziale.

Pensiamo, per esempio, alle riunioni aziendali effettivamente "partecipate", dove il consiglio di amministrazione si trova a discutere dei problemi e delle virtù dell'organizzazione insieme ai rappresentanti del sindacato, degli operai e dell'indotto: se la simbolizzazione affettiva condivisa del contesto si fonda sulla considerazione, ciascun attore sociale non solo avrà la possibilità di poter "dire la propria", ma avrà anche la garanzia di essere ascoltato e, per l'appunto, di essere preso in considerazione. Ciò non significa annullare la componente ascritta del ruolo: l'AD avrà sempre la responsabilità e probabilmente l'ultima parola sulle politiche e sulle strategie organizzative, così come i consiglieri di amministrazione saranno decisamente più influenti (sul piano dei processi decisionali) in quanto a peso specifico sull'erogazione di una scelta organizzativa piuttosto di un'altra. Tuttavia, se la configurazione contestuale è fondata sulla considerazione reciproca, il pensiero degli altri attori sociali non solo gode della libertà di espressione, ma può essere anche integrato nei processi decisionali competenti.

Chi considera l'altro, sviluppa sulla relazione un pensiero *meta-conoscente* (intendendo, per conoscenza, ciò che abbiamo descritto nella sezione precedente): sviluppa quindi un pensiero sulla propria modalità di relazionarsi con gli altri in funzione del modo in cui essi ne tengono conto e in funzione del modo in cui gli altri lo "riconoscono" quale partecipante attivo del contesto, che ha diritto a dire cosa di quel contesto pensa, soprattutto emozionalmente.

Sinteticamente, possiamo intendere la considerazione come quella modalità affettiva che fonda le culture locali dove i partecipanti del contesto sociale d'appartenenza si sentono riconosciuti (e, a loro volta, riconoscono) il diritto degli altri a verbalizzare il proprio pensiero emozionato sui propri e altrui vissuti all'interno del sistema di convivenza di riferimento.

"Rispecchiare" la conoscenza: CONFRONTARE

Dal latino *cum* (insieme) e *fróntem* (fronte), confrontare significa letteralmente "mettere a fronte due cose, appaiarle". Dal punto di vista simbolico-affettivo, nella nostra proposta, confrontare significa mettere a fattor comune il pensiero reciproco circa quello che sta succedendo nel qui ed ora, allo scopo di pervenire ad un prodotto comune in grado di dirigere lo sviluppo della relazione sociale sottostante.

Chi si confronta con l'altro vuole esplorare, nella sincronicità della relazione, la possibilità che esista una prospettiva alternativa (divergente e non conforme al proprio pensiero) per guardare ai problemi, e ritiene che non esistano "ricette" preconfezionate per risolverli; chi si confronta sa che mettere in rapporto due prospettive differenti (la propria e quella dell'altro) può condurre a una prospettiva completamente differente dalle due iniziali, entro una logica d'integrazione degli attori all'interno della relazione sociale. In effetti, chi si confronta non vuole agire il possesso illusorio sull'altro, reprimendone la riflessione su ciò che sta accadendo nella relazione e "imponendo" il proprio modo di vedere, di analizzare e di affrontare le situazioni.

Chi si confronta cerca nell'altro una integrazione utile a sé, poiché riconosce nell'altro la sua specificità e l'alterità da sé: una persona che chiede un parere a un amico prima di effettuare un acquisto, un alunno che chiede un feedback alla sua insegnante, un atleta che chiede al suo allenatore un parere circa la sua performance, ma anche due persone che "scambiano" opinioni circa la realtà politica nazionale attuale, che commentano un episodio di cronaca insieme, rappresentano situazioni dove gli attori sociali pongono all'altro una domanda di realtà integrativa, da "confrontare" con la propria rappresentazione sociale del contesto.

Chi si confronta riconosce la propria solitudine (Carli & Paniccchia, 2003), intesa quale soggettività specifica e peculiare, e rischia l'integrazione con l'altro, nell'ipotesi che questa integrazione sia produttiva e costituisca fonte di divergenza dalla propria prospettiva di analisi e intervento su un ampio spettro di situazioni sociali.

I contesti sociali dove la cultura locale prevalente è fondata sul confronto, i processi decisionali e la struttura organizzata delle relazioni interpersonali si fondano sull'integrazione reciproca, sulla base dell'assunzione che si possa pervenire a un prodotto (una decisione, una scelta, ecc.) attraverso la divergenza dalle prospettive messe in gioco nella relazione dagli attori sociali, ovvero attraverso una prospettiva integrata generata dal confronto paritetico tra i membri del contesto che, legittimati nel poter esprimere il loro punto di vista e poter pensare emozionalmente quello degli altri, domandano agli altri di integrare la propria prospettiva.

In buona sostanza, possiamo considerare il confronto quale modalità affettivamente connotata dove le persone, consapevoli della propria soggettività, ricercano l'integrazione della propria domanda di realtà con la prospettiva dell'altro, l'amico ignoto che può contribuire a generare nuova conoscenza circa la propria rappresentazione sociale del mondo.

"Esprimere" l'accoglienza: COMUNICARE

La comunicazione, a differenza della conoscenza, è una modalità simbolico-affettiva di relazione con il contesto fondata prevalentemente sull'agito emozionale. Carli & Paniccchia (2003) sostengono che generalmente, quando non si "pensano le emozioni", il rischio che i sistemi collusivi falliscano è sensibilmente più alto rispetto ai contesti entro cui le modalità affettivamente prevalenti siano quelle fondate sul pensiero emozionato. Tuttavia riteniamo che esistano delle modalità di agire le emozioni non necessariamente disfunzionali, che essendo fondate sullo scambio sociale possano contribuire all'istituzione di relazioni fondate sull'autenticità. In altre parole, vogliamo dire che non solo le modalità affettive di relazione con il contesto fondate sul "pensiero emozionato" siano da privilegiare e da promuovere all'interno dei sistemi di convivenza organizzati; nella nostra proposta dello scambio e delle sue articolazioni, le modalità "agite" o espresse rappresentano ulteriori specificità caratterizzanti le relazioni e i sistemi sociali fondati sullo scambio.

Comunicare, come anticipato, rappresenta la modalità collusiva fondata sullo scambio e caratterizzata dall'agito emozionato. Dal latino *communicare* ("rendere comune", ma anche "rendere gli altri partecipi di qualcosa"), la comunicazione rappresenta quella modalità di relazione individuo-contesto basata sull'espressione dell'autenticità personale con l'amico ignoto.

Comunicare non è sinonimo di verbalizzare o di "stare in relazione": nella nostra proposta, la comunicazione rappresenta il fondamento dei sistemi sociali dove le persone possono esprimersi autenticamente, possono cioè mettere in comune con gli altri quello che effettivamente sentono di voler mettere in comune. La comunicazione, nella nostra accezione, prevede regole del gioco che chiaramente consentano di esprimersi autenticamente all'amico ignoto. In particolare queste regole necessitano, come descritto in precedenza, del principio della legittimazione sociale, ossia del riconoscimento reciproco del diritto a partecipare a quel contesto o a quella specifica relazione sociale.

La nostra proposta di comunicazione quale modalità simbolico-affettiva di relazione con il contesto è quella fondata sull'espressione autentica di sé, nonché sulla predisposizione della cultura locale ad "accogliere" l'estraneità in quanto tale, ad accettare la proporzione di rischio collegata all'accoglienza dell'autenticità dell'amico ignoto. Pensiamo per esempio, ancora una volta, alle riunioni aziendali finalizzate a definire le politiche e le pratiche organizzative: nei contesti sociali fondati sulla comunicazione, dirigenti e dipendenti possono esprimersi in modo autentico, agendo effettivamente le emozioni.

In contesti configurati come tali, attraverso il principio della legittimazione sociale, le persone possono esprimersi potendo contare sul fatto che l'altro "apprezzi" l'autenticità dei contenuti e delle modalità veicolate nella relazione; ciò non significa che tali contesti siano fondati sull'equazione *espressione autentica = accettazione*, bensì che si possa essere fiduciosi nel fatto che l'altro stia esprimendo effettivamente la sua rappresentazione sociale circa quello che "è successo", che sta succedendo o che potrebbe succedere.

Comunicare, in altre parole, significa tanto veicolare in modo autentico modalità emozionate e contenuti nella relazione sociale quanto accogliere l'autenticità dell'amico ignoto. La comunicazione, nella nostra proposta teorica, consegue due forme più specifiche di relazione con il contesto: la *condivisione* e il *dialogo*.

"Fattorializzare" la comunicazione: CONDIVIDERE

Cum ("insieme") e *dividere* ("spartire", ma anche "vedere analiticamente") significa etimologicamente "spartire insieme", ma anche "mettere in comune visioni differenti sulla realtà".

La condivisione è quella modalità specifica della comunicazione finalizzata alla fattorializzabilità comune delle risorse, attraverso il riconoscimento dell'altro quale partecipante effettivo della relazione sociale.

Chi condivide con l'altro esprime modalità e contenuti personali veicolandoli direttamente nella relazione sociale con l'altro o con il contesto, nell'ipotesi che immettere alcuni aspetti di sé nella relazione sia produttivo per l'amico ignoto o per il funzionamento del contesto. Nella nostra proposta viene criticata la nozione generalmente propria della psicoterapia attribuita all'azione della condivisione, dove di norma è considerata condivisione la verbalizzazione del paziente dei suoi problemi, delle sue angosce, dei suoi limiti personali: condividere il più delle volte, nel linguaggio e nell'utilizzo comune del termine, significa veicolare (verbalizzandoli) significati in direzione dell'altro. Questa concezione generalmente accettata, in realtà, non rappresenta altro che una modalità agita del possesso illusorio, dove un soggetto attivo, legittimato non dal ruolo che si è costruito socialmente ma dal ruolo professionalmente o personalmente ascritto (terapeuta, madre, capo di reparto, ecc.) "spinge" più o meno esplicitamente l'altro, simbolizzato come passivo e oggetto del possesso illusorio, ad essere "autentico" (paziente, figlio, subordinato, ecc.), annullandone (o, comunque, soffocandone) l'autenticità.

Rifiutando l'idea di una condivisione asimmetrica, condividere per noi assume il significato di "fattorializzazione della comunicazione", ossia mettere reciprocamente in campo le risorse necessarie per superare un problema, per cambiare l'organizzazione del lavoro all'interno di un'azienda, per produrre relazioni familiari più fruttuose e "accoglienti". Fattorializzare le risorse significa renderle comuni, spendibili entro le relazioni sociali, nella dimensione della reciprocità. Nella tradizionale espressione "condividere il pane a tavola", in realtà, non necessariamente è implicata la dinamica affettiva della condivisione: se il pane è offerto ai commensali dal padrone di casa e i commensali non portano a tavola nessun'altra pietanza, non stiamo parlando di condivisione (in questo caso del cibo, escludendo da questa prospettiva la "compagnia") ma di offerta. L'offerta per definizione non poggia sullo scambio, poiché consiste affettivamente in una relazione biunivoca con il contesto, dove qualcuno dà e qualcun altro riceve "a priori".

Nella condivisione, la fattorializzazione delle risorse è invece una dinamica che ha a che fare con la relazione e non con il singolo individuo e, più specificamente, non con le funzioni che gli derivano dal suo ruolo nella relazione; significa mettere le reciproche risorse sul tavolo e fruirne, al tempo stesso, reciprocamente. Un paziente che ha problemi fisici mette sul tavolo della relazione non solo il proprio malessere ma anche la propria collaborazione a risolvere i problemi che il medico, mettendo a disposizione le sue competenze, ha individuato e comunicato attraverso la formulazione di una diagnosi.

Sintetizzando, possiamo definire la condivisione quale modalità simbolico-affettiva di relazione con il contesto fondata sulla fattorializzazione comune delle risorse, dove l'asimmetria derivata dal ruolo lascia è sostituita dalla competenza a produrre, attraverso la messa in comune delle reciproche capacità e qualità.

"Confrontare" la comunicazione: DIALOGARE

Dialogare significa esprimersi nella relazione alternativamente, attraverso l'agito emozionale fondato sullo scambio, allo scopo di individuare canali relazionali finalizzati alla produzione di competenza nel rapporto individuo-contesto. Chi dialoga interpreta autenticamente, nella relazioni, due funzioni complementari: comunica le proprie emozioni e "accoglie" quelle degli altri.

La specificità di questa modalità simbolico-affettiva di relazione con gli altri e con il contesto si declina nella realtà sociale quale alternanza comunicativa, dove l'alternanza degli agiti emozionali fondata sullo scambio produce competenza.

Dialogare vuol dire agire emozionalmente utilizzando quale principio guida lo scambio, quindi esprimere autenticità all'amico ignoto e accogliere quella altrui; in altre parole, possiamo definire il dialogo quale comunicazione reciproca dell'autenticità finalizzata a uno specifico prodotto della relazione, che si sviluppa entro una logica dell'alternanza della comunicazione.

Un esempio di dialogo sono le tavole rotonde dove membri di una comunità scientifica si riuniscono per discutere di un problema di ricerca, per esempio sulle nuove evidenze empiriche in materia di funzionamento del cervello: dialogare, in una configurazione sociale quale quella delineata, significa esporre agli altri membri le proprie idee e le proprie scoperte in modo autentico, senza "adattarle" alla moda e alla convenienza dei modelli di riferimento vigenti in quel dato momento storico. Allo stesso tempo, significa rischiare di accogliere l'autenticità degli altri oratori (gli amici ignoti), ascoltandoli per pervenire alla chiusura dei lavori ad una sintesi finale delle conoscenze scientifiche che tenga conto delle reciproche prospettive e che non finisca per annullare (attraverso il possesso illusorio dell'uno o dell'altro gruppo di ricerca) la posizione e la soggettività di qualcun altro. Sebbene a prima vista questo esempio sembri far riferimento esclusivamente al modo dividente o scientifico di funzionare della mente, questa specifica situazione sociale ci riporta invece alle dinamiche interne ed emozionalmente connotate dell'università: pensiamo a tutti quei docenti che, per divergenze di prospettive sui fenomeni che si occupano di fotografare, si criticano "a priori" l'un l'altro, senza alcuna volontà di ascoltarsi reciprocamente e senza alcuna intenzione di verificare, nella relazione, l'autenticità dell'altro. Pensiamo, per contro, a quei gruppi multidisciplinari dove le competenze si integrano, e dove i vari ricercatori (portatori di background differenti) apprendono gli uni dagli altri in modo reciproco, operazione possibile solo attraverso l'espressione reciproca e "alternata" (o diacronica) dell'autenticità dello scambio.

Per concludere, possiamo definire il dialogo come quel modello affettivo di relazione con il contesto fondato sull'espressione reciproca e dell'autenticità, finalizzata al perseguimento di prodotti e obiettivi che hanno sempre e comunque a che fare con il legame sociale, dove la comunicazione segue un flusso bidirezionale e alternato.

Riflessioni conclusive

Dopo aver ripercorso brevemente i concetti fondamentali, collegati al costrutto di scambio, così come vengono proposti nella teoria dell'analisi della domanda, abbiamo delineato un modello di lettura delle dinamiche sociali dello scambio, dell'accoglienza e della legittimazione sociale nella relazione individuo-contesto. Obiettivo del contributo è quello di proporre un modello di lettura del legame sociale finalizzato alla promozione dello sviluppo della relazione individuo-contesto. Come descritto, abbiamo individuato nell'accoglienza la forma più generale della declinazione dello scambio, intesa come l'accettazione incondizionata del rischio di simbolizzare l'altro quale estraneo, quale amico ignoto. Abbiamo successivamente individuato due modalità più specifiche dello scambio: la conoscenza, intesa quale modalità affettiva di promozione della relazione con il contesto fondata sullo sviluppo del pensiero emozionato, e la comunicazione, modalità affettiva che fonda le culture locali caratterizzate dalla promozione degli agiti emozionali fondati sul principio di autenticità. Infine abbiamo proposto da una parte la considerazione e il confronto quali forme più specifiche e "contestuali" della conoscenza, dall'altra abbiamo individuato nella condivisione e nel dialogo le declinazioni prossimali della comunicazione.

Riteniamo gran parte delle dinamiche collusive destinate al fallimento, all'interno dei sistemi di convivenza, sia rappresentato dalla tendenza a simbolizzare l'altro quale "nemico ignoto", persona (o gruppi organizzati) dai quali ci si deve difendere a prescindere, che non valga la pena ascoltare poiché non appartengono al nostro ordine di idee o, più semplicemente, non rientrano nella nostra cerchia affettiva più intima. Simbolizzare l'altro quale nemico ignoto non significa semplicemente rispondere neoemozionalmente alla sua proposta relazionale, ma rappresenta anche il modo privilegiato per boicottare l'altro, per stabilire collusivamente relazioni solo "a certe condizioni", per negare la soggettività altrui, per ricondurre a sé il modo di essere degli altri.

Rintracciamo la simbolizzazione dell'altro quale nemico ignoto anche nell'epistemologia (propria delle discipline psicologiche) della correzione del deficit (Carli & Paniccia, 2002 e 2003), dove il funzionamento della mente e delle relazioni è ricondotto all'eziopatogenesi dei fenomeni psichici e sociali, dove l'idiosincrasia della soggettività viene ricondotta a modelli intrapsichici o situazionali del comportamento, dove il potere senza competenza derivato dal ruolo (terapeuta, consulente, selezionatore, ecc.) rappresenta una mera fonte di influenza e una barriera all'autenticità dei clienti, dove la psicologia come scienza empirica delle invarianze (personologiche e non) si propone quale sostituto della psicologia dell'intervento, sbandierando autoreferenzialmente l'etichetta "evidence based".

La nostra proposta, di converso, vuole sviluppare la teoria dello scambio nell'analisi della domanda, allo scopo di rispondere con competenza alla domanda sociale di intervento psicologico che i professionisti sono chiamati a "trattare". Riteniamo che l'opzione professionale orientata alla correzione del deficit (alla riconduzione alla "normalità" psicologica, organizzativa, sociale) non rappresenti un'adeguata risposta alla domanda sociale di intervento psicologico; in effetti per troppo tempo gli psicologi hanno "preteso" di costruire autoreferenzialmente la domanda che gli veniva posta dai clienti, senza valutare attentamente cosa in realtà veniva chiesto loro, in altre parole senza esplorare la domanda.

La produzione scientifico-psicologica sino ad oggi ha prodotto enorme conoscenza del funzionamento intrapsichico e sociale degli individui, ma si è occupata raramente della relazione individuo-contesto. La nostra opinione, coerente con la nostra proposta teorica, è che le persone non sappiano realmente cosa vogliono quando richiedono un intervento psicologico (Carli & Paniccia, 2005): compito dello psicologo è allora quello di disambiguare la domanda di intervento, ed individuare degli obiettivi di sviluppo attraverso i quali orientare la relazione d'intervento. Lo scambio e le sue declinazioni possono rappresentare dei "bersagli" di sviluppo, delle modalità simbolico-affettive perseguibili attraverso l'intervento psicologico.

In conclusione, riteniamo che accogliere l'altro quale amico ignoto sia una delle poche vie possibili per promuovere l'instaurazione di relazioni produttive, fondate sullo scambio. Ci rendiamo conto, tuttavia, di come la diffidenza (Carli & Paniccia, 2002) rappresenti attualmente una delle modalità simbolico-affettive di intrattenere rapporti sociali più diffuse, che mira a neutralizzare l'estraneità. Pensiamo che lo scambio non sia solo uno strumento di cambiamento personale e sociale, ma che rappresenti una valida alternativa alle neoemozioni come modalità organizzante la relazione individuo-contesto.

Bibliografia

Avallone, F. (2011). *Psicologia del lavoro e delle organizzazioni. Costruire e gestire relazioni nei contesti professionali e sociali*. Roma: Carocci.

Barus-Michel, J., Enriquez, E., & Lévy, A. (Eds.) (2005). *Dizionario di psicosociologia*. Milano: Raffaello Cortina.

Borman, W.C., & Motowidlo, S.J. (1993). Expanding the criterion domain to include elements of contextual performance. In N. Schmitt, W.C. Borman, & Associates (Eds.), *Personnel selection in organizations* (pp. 71-98). San-Francisco: Jossey-Bass.

Brief, A.P., & Motowidlo, S.J. (1986). Prosocial organizational behaviors. *Academy of Management Review*, 11, 710-725.

Cabanac, M. (2002). What Is Emotion? *Behavioural Processes*, 60, 69-84.

Caprara, G.V., & Bonino, S. (Eds.) (2006). *Il comportamento prosociale: aspetti individuali, familiari e sociali*. Trento: Erickson.

Carli, R. (1987). *Psicologia clinica. Introduzione alla teoria ed alla tecnica*. Torino: UTET.

- Carli, R. (1990). Il processo di collusione nelle rappresentazioni sociali. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3, 282-296.
- Carli, R. (1993a). L'analisi della domanda collusiva. In: R. Carli (Ed.), *L'analisi della domanda in psicologia clinica* (pp. 5-39). Milano: Giuffrè.
- Carli, R. (1995). Il rapporto individuo/contesto. *Psicologia Clinica*, 2, 5-20.
- Carli, R. (Ed.) (1993b). *L'analisi della domanda in psicologia clinica*. Milano: Giuffrè.
- Carli, R., & Giovagnoli, F. (2010). The unconscious in Ignacio Matte Blanco's thought. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 4-20. Retrieved from: <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (1981). *Psicosociologia delle organizzazioni e delle istituzioni*. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (1999). *Psicologia della formazione*. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2002). *L'Analisi Emozionale del Testo: Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi*, Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2003). *Analisi della domanda: Teoria e intervento in Psicologia Clinica*. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2005). *Casi Clinici*. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2007). Integrare teoria, pratica e implicazione personale nella formazione: una sfida possibile. In R. Carli, M. Grasso & R.M. Paniccchia (Eds.), *La formazione alla psicologia clinica: Pensare emozioni* (pp. 31-107). Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., Grasso, M., & Paniccchia, R.M. (Eds.) (2007). *La formazione alla psicologia clinica: Pensare emozioni*. Milano: FrancoAngeli.
- Imbasciati, A. (2008). *La mente medica. Che significa "umanizzazione" della medicina?* Milano: Springer.
- Matte Blanco, I. (1975). *The Unconscious as Infinite Sets: An Essay in Bi-Logic*. London: Gerald Duckworth & Company.
- Mazzoleni, C., & Facioli, F. (2006). *Che cos'è l'impression management*. Roma: Carocci.
- Rogers, C.R. (1951). *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C.R. (1958). Listening and Understanding. *The Friend*, 116(40), 1248-1251.
- Rogers, C R. (1959). The Essence of Psychotherapy: A Client-Centered View. *Annals of Psychotherapy*, 1, 51-57.
- Rogers, C.R. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Skinner, B.F (1981). Selection by Consequences. *Science*, 213(4507), 501-504.
- Varela, F., & Maturana, H. (1972). Mechanism and Biological Explanation. *Philosophy of Science*, 39(3), 378-382.

Patologia del legame amoroso: Elementi per una clinica delle dinamiche intersoggettive

di Francesco Zanfardino *

Abstract

Il presente articolo si occupa di analizzare il ruolo del meccanismo pulsionale nel funzionamento delle organizzazioni pluripsichiche, come la coppia degli amanti, attraverso un cambiamento di visuale: non più l'individuo bensì il legame. A tale scopo si analizza il contributo di alcuni autori. Tra questi quello di Freud che in "Psicologia delle masse e analisi dell'io" spiega il funzionamento sociale del meccanismo d'identificazione. Contributo che concorrerà, insieme ad altre teorizzazioni, alla formulazione del concetto di "Alleanza inconscia" proposto da Kaës. All'interno della clinica ciò comporterà una concezione differente del sintomo, non più come prodotto di una topica, dinamica ed economia intrapsichica bensì intersichica e una differente metodologia d'intervento diagnostico e psicoterapeutico improntata non solo al processo, ovvero cosa gli amanti rappresentano l'uno per l'altro ma anche al prodotto, ovvero cosa gli amanti rappresentano nell'insieme.

Parole chiave: Legame di coppia, meccanismo pulsionale, dinamiche intersoggettive, intervento psicoterapeutico.

Premessa

E' mia personale opinione che i fondamenti teorici della psicoanalisi così come elaborati da Freud all'interno della sua lunga e proficua produzione scientifica, possono rendere ragione non solo dei funzionamenti psichici monadici e quindi individuali, bensì anche di quelli diadici e dunque di tutte quelle organizzazioni che superano la monade come per esempio la coppia degli amanti, quale oggetto del presente saggio. Su tale tema sono già stati prodotti numerosi lavori da parte di studiosi d'indiscutibile valore professionale e scientifico che hanno contribuito fortemente allo sviluppo di una psicoanalisi della coppia (Lemaire, 1966, 1975, 1979; Dicks, 1967; Eiguer 1984; Bergmann, 1987; Kernberg, 1995) ma nonostante ciò nessuno di essi, a mio parere, prende in considerazione la metapsicologia freudiana nel suo insieme al fine di spiegare in tale ottica i processi di cui essi ne hanno fatto esperienza. Infatti Lemaire farebbe riferimento alla teoria pulsionale ma non nell'accezione intersoggettiva. Un tale accostamento di prospettiva viene effettuato più tardi da Eiguer ma nel tentativo di spiegazione delle scelte oggettuali proponibili all'uomo secondo la classificazione freudiana, proponendo inoltre di concepire la coppia come un'organizzazione gruppale. Dicks farebbe riferimento alla teoria della Klein e più specificatamente a quella di Fairbairn, dell'oggetto interno scisso in libidico e antilibidico, soffermandosi in qualche punto dell'opera ad accennare ciò che poi più tardi Kaës definirà concretamente come topica delocalizzata, sostenendo la trasposizione (o proiezione dal punto di vista della teoria kleiniana) del Super-io di un amante sull'altro, il cui funzionamento regolatore di tale istanza nella relazione di coppia sarà trattato nello specifico da Otto Kernberg in un articolo pubblicato sulla rivista italiana *Interazioni* dal titolo: *Le funzioni Super-egoiche costruttive e distruttive della coppia* e due anni più tardi ripreso nella sua celebre opera *Relazioni d'amore. Normalità e patologia*. Infine quello di Jurg si configurerebbe come un modello integrato facendo riferimento a tre filoni teorici: quello psicoanalitico, prendendo in considerazione la teoria di Abraham in merito all'approccio stadiale descritto da Freud nel 1905; quello della Terapia Familiare d'impostazione psicoanalitica; quello della terapia della comunicazione ispirata alle teorie di

* Psicologo clinico e di comunità. Corrispondenza a: metapsicologico@gmail.com.

Watzlawick, Beavin e Jackson attraverso le quali egli effettua il passaggio da un'ottica individuale ad un'ottica diadica concepita come sistema globale.

Pertanto delineati gli elementi teorici di base dai quali partono i nostri assunti, volgeremo uno sguardo alle ripercussioni sulla clinica di una tale visione che possiamo definire intersoggettiva in quanto spazio di funzionamento degli amanti come coppia la cui dimensione cardine è il legame. Con tale concetto si è concordi con la concezione che ne dà René Kaës intendendo con esso la dimensione psichica inconscia diadica emergente dall'incontro degli psichismi individuali al fine di delineare i meccanismi metapsicologici che sottendono alla sua funzionalità e operatività come organizzazione a se stante all'interno della quale la dimensione inconscia ne è custode e garante.

Infine si procederà col tentativo d'individuazione di elementi su cui orientarsi nella diagnosi della patologia di legame chiudendo con un breve sguardo sui possibili obiettivi di una psicoterapia psicoanalitica coniugale mettendo a confronto due posizioni: ristrutturare o destrutturare il legame.

Il meccanismo pulsionale come funzionamento intersoggettivo

E' mio parere che la natura della pulsione non sia di tipo biologico e pertanto confusa con l'istinto ma piuttosto di tipo psichico. Il meccanismo che essa veicola, caratterizzato da una triplice costituzionalità (fonte, oggetto e meta) è basato sul processo di rappresentanza, non regola esclusivamente la relazione mente (rappresentazione) – corpo (rappresentato) ma anche la relazione mente (rappresentazione) – altro (rappresentato) configurandosi come un processo psicologico di natura intersoggettiva dal momento che essa svolge una funzione limite fra due dimensioni (mente/corpo – mente/altro). Pertanto all'interno di una relazione di coppia che implica la formazione del loro legame in funzione della stipula di alleanze secondo i propri moti inconsci, ogni amante pone alla psiche dell'altro un lavoro così come lo pone il corpo. Ciò si traduce nel fatto che ogni amante si configura come il rappresentante psichico dell'altro. Entrambi tendono ad incarnarsi e ad identificarsi con tale rappresentazione divenendo ognuno il rappresentato dell'altro, ovvero l'esplicazione materializzata dei propri moti pulsionali inconsci costruiti lungo l'arco del proprio itinere psicosessuale. A tal proposito in un mio lavoro precedente (Zanfardino, 2011), di cui si rimanda la lettura, ho chiarito che non solo il processo di scelta del partner si realizzava mediante l'uso del meccanismo rappresentativo, in quanto l'amore è quel sentimento che viene delegato alla rappresentazione dell'oggetto fatta rivivere nel partner mediante un falso nesso fra affetto e rappresentazione inaugurando la dimensione transferale (legame di coppia), ma anche il fatto che ciò era l'esito di una fissazione evolutiva ad una delle differenti fasi dello sviluppo psicosessuale prodottasi o sul proprio Sé (predisposizione alla scelta narcisistica) o sull'oggetto (predisposizione alla scelta per appoggio).

Pertanto all'interno di una concezione della pulsione come regolatrice del funzionamento intersoggettivo, la distinzione delle scelte oggettuali possibili all'uomo non deve assumere come criterio differenziale quello utilizzato da Freud, ovvero l'oggetto, ma bensì la meta della pulsione considerando come fonte quelle tre vie¹ di cui egli parla nei *Tre saggi sulla teoria sessuale* corrispondenti al partner, rappresentante il mondo esterno; alle zone erogene, rappresentanti l'interno dell'organico; alla vita psichica, rappresentata dalla psiche stessa in funzione di ricordi conservati. Anche se tale concezione è basata su una visione individualistica dell'uomo che sottolinea le modalità attraverso le quali il suo sistema psichico possa attivarsi, ciò non toglie che tali processi possono essere utilizzati per spiegare un funzionamento intersoggettivo attraverso il volgere lo sguardo non più a

¹ Questo apparato può essere messo in moto da stimoli; ora l'osservazione ci informa che esso può ricevere stimoli per tre vie: dal mondo esterno, con l'eccitamento delle zone erogene che già conosciamo; dall'interno organico, per vie che ancora debbono essere studiate, infine, dalla vita psichica, la quale costituisce a sua volta un luogo di conservazione delle impressioni esterne e un centro di ricezione degli eccitamenti interni (Freud, 1905, pp.168-169)

come entrambi gli amanti si rapportano l'uno con l'altro ma piuttosto a ciò che i loro investimenti pulsionali inconsci reciproci e condivisi creano nel loro incontro. Pertanto l'accento non va solo posto sul processo, ovvero sull'uso che entrambi gli amanti fanno dell'altro ma anche e soprattutto sul prodotto e cioè cosa essi realizzano nel loro insieme come coppia. Si tratta di una dimensione terza che regola la reciprocità di soddisfazione di tali investimenti e che andrà a rappresentare l'identità della coppia, la sua tipologia di funzionamento psichico. Tale dimensione terza prende il nome di Alleanza inconscia ed è funzionalmente regolata da un processo metadifensivo denominato patto. Il volgere lo sguardo ai processi mentali da un punto di vista intersoggettivo diviene utile qualora non sia più il singolo e la sua realtà psichica ad essere oggetto della valutazione clinica bensì l'organizzazione.

Pensare freudianamente il legame intersoggettivo

Il lavoro psichico che ogni partner pone all'altro per mezzo del meccanismo pulsionale risiede nella soddisfazione continua dei bisogni a cui ogni amante provvede, ponendo nell'altro le condizioni dell'innescare del legame amoroso. "La certezza di poter contare sul ridestarsi del bisogno appena estinto deve senz'altro essere stato il motivo più immediato che ha indotto a rivolgere all'oggetto sessuale un investimento durevole, ad "amarlo" anche negli intervalli privi di desiderio" (Freud, 1921 p.58). Attraverso una soddisfazione reciproca dei moti pulsionali inconsci entrambi gli amanti provvederebbero a salvaguardare anche la struttura stessa del legame necessaria affinché ognuno continui a svolgere il ruolo complementare o simmetrico a quello dell'altro. In questo senso il processo dinamico che sottende a tali processi, rappresentato principalmente ma non esclusivamente dal patto denegativo, tenderebbe a svolgere una funzione bifronte soddisfacendo "(...) allo stesso tempo certi interessi dei soggetti considerati in quanto tali, e le esigenze proprie al mantenimento del legame che essi stipulano e che li associa nell'insieme" (Kaës, 1994, p. 32). Infatti dal momento che il patto denegativo (Kaës, 1994) mette in comune tutto ciò che può alimentare la vita del legame e rimuove quanto può considerarsi come ostacolo esso, si pone al servizio dell'amore proprio che ogni amante ha di sé e dunque del narcisismo.

Proprio per tali ragioni ritengo opportuno considerare come puramente narcisistica la meta della scelta oggettuale che ogni amante compie verso l'altro dal momento che essa richiama a costui l'assunzione di un ruolo meramente strumentale da un punto di vista dell'investimento pulsionale inconscio. Come ricorda Semi: "Il narcisismo non riguarda una particolare fase della vita, non è (solo) una condizione degli inizi della vita psichica, ma che, anzi, è un modo della vita psichica" (2007, p. 35). Pertanto ogni relazione e più specificatamente quella amorosa, pone un lavoro alla psiche di entrambi gli amanti attivando dei meccanismi pulsionali prima inespressi o richiedendo attraverso la stipula del legame con l'altro un'altra soluzione di scarica a quelli precedentemente attivi ma con modalità risolutive in linea con un equilibrio intersoggettivo in modo tale che insieme gli amanti possano funzionare così come non potevano da soli.

Tale alleanza inconscia formulata da Kaës (1994) trova i suoi albori nel pensiero di Freud il quale ci spiega non solo cosa viene rimosso ma anche che l'incontro delle due rimozioni deve essere esso stesso rimosso: "(...) esiste un luogo di coincidenza fra i due lo che deve essere mantenuto rimosso" (1921, p. 54). "(...) In base alla testimonianza della psicoanalisi, quasi ogni stretto rapporto emotivo sufficientemente durevole tra due persone – matrimonio, amicizia, sentimento paterno, devozione filiale – contiene un sedimento di sentimenti di avversione, di ostilità, sedimento che rimane impercettibile solo in virtù della rimozione" (p. 47). E' in quel punto preciso di coincidenza intersoggettivo delle rimozioni intrasoggettive, rappresentato dalle alleanze inconsce e più specificatamente dal patto negativo, che vengono mantenuti rimossi tali sentimenti ostili e tantissimi altri elementi psichici che possono "perturbare" il legame, correndo il rischio di divenire una folie à deux. A tal proposito A. M. Nicolò Corigliano individua quattro punti fondamentali all'interno del pensiero di Freud che sott'intendono e regolano tali organizzazioni malate condivise: "1) l'intensità dell'affetto comunicato, 2) la natura del legame, 3) l'analogia significativa con un aspetto del mondo

fantasmatico dell'altro, 4) la condivisione del contesto comune" (Nicolò Corigliano & Borgia, 1995 p. 41).

Se il legame malato implica un vissuto folle condiviso in cui gli elementi perturbanti rimossi sono caratterizzati da un disconoscimento di quelle parti dell'altro che o non si riescono ad individuare o che sono state individuate e non accettate e che per tali motivi sono andati incontro a tale destino (quello della rimozione), risulta evidente la generazione di un conflitto intersichico qualora tali parti ritornino alla coscienza imponendo agli amanti la loro presenza. Tale processo può essere pensato come un meccanismo psicotico dove il riavvicinamento delle parti scisse dell'altro, in funzione del meccanismo rappresentativo, generano scompenso proprio come avviene nella clinica del singolo quando vi è un fallimento dei meccanismi difensivi messi in atto dal soggetto per salvaguardare la propria struttura psichica. Nella clinica individuale tale fallimento può avvenire grazie al processo di cura psicoterapeutica, nella coppia invece esso si presenta come esito della strutturazione dinamica del legame e dunque come esito di un tentativo di cura non psicoterapeutica. Dunque oltre a darci le indicazioni di come teorizzare una metapsicologia dei processi intersoggettivi, Freud ci autorizza anche a poterla pensare sostenendo che: "Il rapporto che il singolo istituisce con i suoi genitori e fratelli, con il suo oggetto d'amore, con il suo maestro e con il suo medico, ossia tutte le relazioni finora divenute materia precipua della ricerca psicoanalitica, possono legittimamente venir considerate alla stregua di fenomeni sociali, e contrapporsi quindi a taluni altri processi, da noi chiamati "narcisistici", nei quali il soddisfacimento delle pulsioni elude o rifiuta l'influsso di altre persone" (Freud, 1921, p.11).

Clinica freudiana del legame : amore e psicopatologia

Sulla base di quanto detto fin qui possiamo considerare tutto quanto elaborato da Freud anteriormente al 1921 e dunque i pilastri teorici della meta psicologia, come in grado di spiegare anche i processi di colleganza fra gli individui così come ho tentato di argomentare in merito alla funzionalità intersoggettiva del meccanismo pulsionale. In funzione di ciò la pulsione investendo libidicamente il suo oggetto, non fa altro che investire il legame stesso che il suo funzionamento reciproco crea e mantiene. Pertanto una clinica che possa rendere conto di tali processi deve considerare il sintomo come il compromesso non più delle istanze intrapsichiche e dunque localizzate ma di quelle intersichiche e quindi delocalizzate (Kaës, 1993). Di conseguenza la patologia che ne deriva è quella del legame al quale entrambi gli amanti apportano i propri elementi psichici necessari alla sua costituzione. La patologia degli amanti non è più solo causata da tutte quelle problematiche sperimentate lungo il proprio itinere psicosessuale ma anche dallo specifico legame intersoggettivo che essi hanno strutturato nel loro incontro. In quest'ottica di approccio che ho definito "diadica" l'uno è il responsabile dell'attivazione dei sintomi dell'altro permettendo così l'argomentazione teorica di quegli stati psicopatologici che si attivano all'interno degli spazi psichici degli amanti in seguito al proprio fallimento amoroso. In base a ciò potremmo ricondurre il tradimento di uno degli amanti alle pulsioni inconsce dell'altro il quale ne portava inconsciamente la predisposizione consistente nel fatto che tale comportamento sussisteva dentro di sé in modalità inattive o in senso più strettamente psicoanalitico in modalità latente, allo stato potenziale (Aulagnier, 1975). In questo senso l'individuo, essendo il frutto della propria evoluzione, non potrebbe attivare dei comportamenti di cui non ne detiene la predisposizione e ciò si porrebbe a sostegno della variabilità psichica che contraddistingue e differenzia gli esseri umani. Da tali tematiche nasce l'esigenza di indagare la relazione fra legame amoroso e psicopatologia, nonché quali dinamiche metapsicologiche tengono uniti gli amanti al fine di poter comprendere cosa si sia attivato all'interno di quel legame la cui rottura ha generato gli influssi negativi sul paziente spingendolo ad assumere comportamenti psicopatologici. Secondo Jean G. Lemaire ciò è l'espressione del fatto che "In molti casi tutto avviene come se nella vita amorosa le tendenze regressive fino allora mascherate, vi fossero trattenute a lungo per esplodere nel resto dell'esistenza in forma patologica solo quando fosse dissolta la cornice della vita coniugale. La frattura

della coppia è spesso l'occasione per uno scatenarsi di manifestazioni patologiche fino a quel momento latenti o incistate quasi naturalmente in seno alla vita coniugale" (Lemaire, 1975 p.34).

In termini metapsicologici e più in linea con una clinica freudiana, diremo che ciascun lo degli amanti affiderebbe all'altro quel compito difensivo, a cui egli provvedeva precedentemente, a opera dell'alleanza inconscia stipulata. E che pertanto, venendo meno alla sua funzione di garante ricoperta dal Super-Io da parte di uno dei due amanti, ciò che prima era allo stato potenziale si rende manifesto agendo i suoi frutti. Infatti Lemaire continua affermando che elementi patogeni "trovano nel matrimonio un modo privilegiato di espressione che protegge il soggetto da manifestazioni patologiche" (Lemaire, 1975 p.35). Freud In *Psicologia delle masse e analisi dell'io* (1921), come accennato in precedenza, non sembra riferirci se gli amanti nella strutturazione del proprio legame siano affetti dagli stessi sintomi e che pertanto troveremo che un isterico di sesso maschile possa sviluppare un legame amoroso esclusivamente con un isterico di sesso femminile oppure con un soggetto di qualsiasi altra classe nosografica. Infatti il termine "analogia" sta ad indicare una somiglianza, un'affinità in un punto, il quale deve essere rimosso e tale meccanismo deve essere a sua volta esso stesso rimosso. Egli ci fornisce esclusivamente le linee guida riguardo le modalità di comprensione circa la strutturazione del legame tramite il processo d'identificazione che si caratterizza nella congiunzione in un "punto" dei due sintomi di ciascun amante. Secondo Willi sembra effettivamente esserci una similarità psicopatologica fra i partner, la quale si realizza in funzione di un differente livello di fissazione stadiale secondo le modifiche apportate da Abraham agli stadi dello sviluppo psicosessuale. Ciò realizzerebbe una relazione di coppia che da un punto di vista monadico si caratterizzerebbe per l'espletazione o di una funzione progressiva o di una regressiva, mentre da un punto di vista diadico e dunque intersoggettivo, si caratterizzerebbe per una fissità di legame stipulato. Ogni amante trasferirebbe sul proprio partner quell'affetto destinato un tempo al partner infantile ricostruendo con esso lo stesso e identico legame che un tempo lo vedeva coinvolto col partner infantile. E' proprio in questa ripetizione "rigida" reciprocamente condivisa che il legame si rende malato, in quanto ogni amante esprime attraverso di esso quel motivo inconscio costruito nel suo percorso evolutivo per il quale sceglie proprio quell'individuo specifico. In questo senso entrambi i partner potranno cercare e trovare nell'altro ciò che essi hanno rimosso inconsciamente in se stessi. Per questo motivo il proprio altro andrà in contro allo stesso destino di quell'altro in sé stesso che il partner viene a rappresentare materialmente. Sarà espulso dalla propria vita così come quella rappresentazione inconscia che esso viene ad incarnare è stata a suo tempo espulsa dalla coscienza. Qui ritroviamo il funzionamento intersoggettivo del meccanismo pulsionale dal momento che essa vede nell'attivazione del legame stipulato con l'altro il compromesso sintomatico alla sua soddisfazione. "Ciò fa sì che il motivo per il quale nasce il legame diviene lo stesso per il quale esso muore" (Zanfardino, 2011).

Orientarsi nella diagnosi del legame. Criteri a confronto

Dal mio lavoro sulla psicoanalisi dei legami di coppia è possibile ricavare quattro tipologie di criteri su cui basarsi per la formulazione di una diagnosi psicoanalitica del legame:

- 1) di che tipo di scelta si tratta;
- 2) quali fattori evolutivi l'hanno determinata;
- 3) quali sono le dinamiche di funzionamento che reggono tali processi;
- 4) che tipologia di relazione realizzano gli amanti nel loro reciproco incontro in funzione del legame inconsciamente strutturato.

Tali criteri convergono parzialmente con le argomentazioni esposte da Alan J. Eisnitz (1969), psicoanalista americano, la cui conoscenza non mi era ancora nota durante la stesura del lavoro su

menzionato. Altrettanti quattro criteri possono essere rielaborativamente ricavati da un recente articolo di Carles Perez Testor (2010) nel quale egli riprende² le tesi di Willi:

- 1) il livello di delimitazione;
- 2) tipologia di ruolo;
- 3) tipologia di conflitto;
- 4) analisi della collusione.

Il primo punto implica l'individuazione di quanto ognuno dei due partner sia coinvolto nel rapporto al punto tale da perdere la propria individualità (Freud, 1921). Il secondo implica la valutazione della tipologia di ruolo assunto dai partner se quello regressivo o quello progressivo (Willi, 1975). Il terzo implica la descrizione della tipologia di conflitto coniugale che si è innescata (Willi, 1975; Semi, 2007) e infine il quarto implica l'individuazione dei moti pulsionali inconsci che l'hanno determinato (Zanfardino, 2011). Nel confrontare i primi due contributi si evidenzia che quello di Perez Testor non tiene conto di quegli aspetti idiosincratici evidenziati nei primi due punti di quello da me formulato. Pertanto ritengo opportuno una tale integrazione al fine di rendere conto della doppia vita condotta dall'essere umano, quella come fine a se stesso e quella come facente parte di una catena intersoggettiva significativa. Oltre a tali posizioni vi è quella di Guillermo Teruel (1966), il quale suggerirebbe di fondare la diagnosi della patologia del legame su principi dinamici in comune tra i matrimoni normali e patologici. Egli propone un ascolto congiunto dei partner, in quanto nella coppia essendo organizzata come un gruppo, è ai suoi componenti che va diretto l'ascolto e l'osservazione. Come sostenuto da Bion "nella cura del singolo la nevrosi è spiegata come problema individuale. Nella cura di un gruppo deve essere spiegata come problema del gruppo" (trad. it., 1971, p. 17). Tale assunto si oppone ad una visione monadica, secondo la quale è l'individuo che si cura nel gruppo e non è il gruppo che cura l'individuo, come sembra appunto tendere la metodica bioniana. Per quanto concerne il mio pensiero, concependo l'azione metodologica sulla base di un modello triangolare che sottolinea i legami transferali, non solo degli amanti in quanto coppia ma anche quelli che ognuno di essi cerca di sviluppare contemporaneamente e indipendentemente con il clinico, non posso che essere d'accordo con Teruel circa l'intervento congiunto dei partner concentrando l'orientamento clinico sull'alleanza inconscia stipulata come formazione terza nel setting. Ciò è psicoanaliticamente doveroso in quanto è primariamente la realtà psichica diadica a dover essere oggetto dell'indagine clinica con le coppie e poi in secondo piano quella dei suoi componenti presi singolarmente ma sempre all'interno di tale dimensione per poter comprendere in che modo ciò che è oggetto dell'osservazione clinica sia il frutto dei contributi dei suoi elementi costituenti. Pertanto ritengo di guardare alla coppia in quanto gruppo e così facendo tener presente quali fattori idiosincrasici monadici abbiano fatto sì che si determinasse quella idiosincrasica dimensione diadica. In genere l'osservazione clinica sia delle organizzazioni monadiche che di quelle diadiche - e in questo mi rifaccio a tutti i casi clinici discussi nelle opere degli psicoanalisti che si sono occupati approfonditamente del tema - mostra che qualcosa che prima funzionava, seppur precariamente, ora non funziona più e la richiesta che di solito pongono tali organizzazioni riflette una lamentela comune di fondo che così recita: Mi/Ci aiuti a star meglio con me stesso/insieme. Essa riflette proprio quel fallimento sintomatico di cui si parlava prima responsabile del conflitto coniugale vissuto dagli amanti per il quale richiedono l'intervento. Infatti la sperimentazione del legame come perturbante significa che il tornaconto di cui beneficiavano in precedenza viene ora a mancare. Cosicché il conflitto coniugale osservato sarà l'esito di un difetto di quell'eterotopia relazionale in funzione di un ritorno del rimosso che altro non è che quel processo di ricollocazione topica in cui ciò che era stato spostato sull'altro (Super-Io), ritorna lì da dove era venuto in forme maggiormente più aggressive delle precedenti. Pertanto, come diceva Freud nel 1905, se il soggetto non ama finisce che si ammala ma

² L'Autore riprende le tesi di Willi affermando che in ogni relazione esiste una certa complementarità che può diventare patologica o problematica se i ruoli di ciascuno dei partners si irrigidiscono. In altre parole, questo accade se la collusione che si è installata è inflessibile e i comportamenti progressivi e regressivi sono assunti quasi sempre dallo stesso coniuge, con il rischio di conflitti di coppia, in quanto le parti (delegate, spostate) trasferite all'altro partner ritornano, aumentate, sul proprio io.

se ama e non viene amato finisce che si ammala lo stesso. Bisognerebbe dunque che egli amasse e venisse ripagato ma non sa che i suoi moti pulsionali inconsci hanno diretto la sua scelta oggettuale in tal senso. Infatti se noi poniamo all'origine di tali fenomeni la cognizione di causa che il soggetto è inconsciamente predisposto a compiere una specifica scelta oggettuale e a sviluppare con esso una specifica relazione, ne deriva che, in funzione di una coazione a ripetere responsabile di tale processo, sia destinata alla morte e dunque al fallimento la cui temporalità è inestimabile. Dunque come già espresso in precedenza nel tentativo di risolvere le proprie problematiche all'interno della strutturazione di un legame amoroso si finisce per trovarsi maggiormente invischiati in esse al punto tale che ciò può generare l'attivazione di quegli stati psicopatologici a livello manifesto che in precedenza esistevano esclusivamente allo stato latente e dunque potenziale. Per questo motivo è opportuno far comprendere agli amanti, attraverso un processo molto laborioso e profondo che spetterà al percorso psicoterapeutico, che il loro legame è esclusivamente un tentativo di risoluzione di proprie problematiche e che l'altro non è altro che il suo altro inconscio frutto del suo funzionamento dissociato; l'esplicazione materializzata dei propri conflitti inconsci.

Strutturare o destrutturare il legame? Cosa si può fare?

Secondo Nicolini e Califano (2002) il processo psicoterapeutico con tali organizzazioni deve prevedere lo sviluppo sano di una rappresentazione dell'altro, in ciascun amante, di similarità, diversità e estraneità, o detto in altri termini l'acquisizione di un alterità psichica in cui si riconosca l'altro come simile per certi aspetti, diversi per altri e per altri ancora inaccessibile le quali quest'ultime, qualora siano conosciute, dovranno essere accettate armoniosamente dai soggetti. Come sottolinea Eguier in un recente articolo (2010), tale senso di estraneità deve essere inteso come sentimento di disconoscimento dell'altro e dunque come accecamento che alimenta il conflitto ravvisabile nelle crisi coniugali la cui modalità fenomenologica di esplicazione è in relazione alla tipologia di collusione inconscia che teneva da sempre uniti gli amanti. Pertanto avremo manifestazioni differenti a seconda della tipologia di conflitto se orale, anale o fallico. Seguendo Eguier, quell'estraneità vigente nella coppia non deve configurarsi come mezzo che separa e allontana dall'altro ma piuttosto come mezzo che avvicina attraverso la comprensione profonda che "(...) l'altro non è mai conosciuto del tutto e certi suoi aspetti rimarranno per sempre inaccessibili" (2010, p.7). Di conseguenza attraverso il riconoscimento dell'alterità psichica quel senso di estraneità e di disconoscimento dell'altro può divenire, da che era elemento perturbatore, secondo Eguier, un elemento di crescita e di modificazione, secondo Nicolini e Califano. Secondo tali autori ciò permette un lavoro psicoterapeutico in grado di ristrutturare il legame rendendolo più sano; si agisce sulla dimensione comune per ristrutturare gli psichismi costituenti. Siamo in piena linea con la concezione del legame che ne dà Kaës in quanto se consideriamo il legame come l'esito della confluenza inconscia degli psichismi costituenti ci rendiamo subito conto che esso, da un punto di vista dinamico, si configura come una dimensione circolare d'interdipendenza in cui le parti strutturano l'intero e quest'ultimo a sua volta struttura le parti. In questo senso non è solo l'investimento pulsionale dei singoli amanti a porre ad entrambi un lavoro ai loro psichismi (dalle parti all'intero) ma è anche e soprattutto l'essere in quella dimensione (dall'intero alle parti). Di conseguenza l'azione di un soggetto è causa dell'azione dell'altro, ma ne è anche la conseguenza - e a ciò bisogna aggiungere - in funzione dell'appartenenza a quella dimensione in cui sono inseriti.

Questa prospettiva implica "l'accettare che sebbene la componente di ripetizione è un potente vettore di cui tener conto nelle differenti scelte, siano queste matrimoniali o gruppalì, in ogni ripetizione accade qualcosa di nuovo che imprime il suo timbro. Per esempio, osserviamo con frequenza che dopo una separazione matrimoniale ciascun membro della coppia può avere la tendenza a instaurare con l'altro venuto, un rapporto con caratteristiche simili alla precedente, sebbene creda che la sua scelta sia basata su aspetti apparentemente diversi. Nel corso del tempo si ricreeranno stati emozionali e affettivi simili, sebbene non identici. Sarà senza dubbio conveniente rivelare quei funzionamenti che possono portare all'idealizzazione o al ripudio" (Puget, 1996, p.40).

L'interrogativo di tale metodica procedurale risiede nel fatto se una volta ristrutturato il legame e le dimensioni inconse degli amanti, si costituiscano ancora le condizioni affinché tali amanti possano continuare a stare insieme pur funzionando in modalità differente. Secondo Nicolini e Califano ciò è possibile in quanto tale processo di ristrutturazione passa attraverso il riconoscimento e l'accettazione dell'alterità psichica che permette di smantellare la coazione a ripetere che spinge gli amanti al conflitto, configurandosi dunque "paradossalmente come causa di sconvolgimento e motore di cambiamento" (2002, p. 68). Resta a mio avviso il problema del livello inconscio su cui si va ad operare in quanto, come è noto nella clinica delle organizzazioni pluripsichiche, la dimensione inconscia ad essere esplorata non è quella verticale bensì quella orizzontale. Oltre a ciò vi è anche da considerare il destino delle pulsioni e della libido disponibile a tale organizzazione per continuare ad investire in essa, in quanto non dimentichiamo che nell'ambito psicoanalitico non è opportuno considerare esclusivamente le dinamiche da un ottica descrittiva funzionale ma anche e soprattutto da un ottica psicosessuale e quindi metapsicologica. Pertanto dopo un livello preliminare di analisi del problema attraverso le proposte di orientamento diagnostico discusse in precedenza, spetterà poi al processo psicoterapeutico sciogliere quei nodi che corrispondono a quello che ho definito "incastrato inconscio" (Zanfardino, 2011), partendo dalle tesi magistrali di Jean-G Lemaire, frutto di un ripudio di quel qualcosa che sta ritornando dall'altro sul quale si era spostato. Ciò fa sì che gli amanti si trovino bloccati su un precipizio dove non riescono a fare né un passo avanti né un passo indietro. In questo senso cosa sarebbe più opportuno, avviare un percorso di destrutturazione, come sembra intendere Eiguer con cui il sottoscritto concorda, oppure di ristrutturazione del legame, come sembra intendere la coppia Nicolini-Califano? In merito a ciò credo che al di là delle possibili speculazioni teoriche la migliore soluzione possibile sia quella d'interrogare la clinica tenendo presente quanto saggiamente ci dice Freud: "(...) il medico analista può molto, ma non può decidere con esattezza cosa sarà in grado di fare. Egli mette in moto un processo, quello di scioglimento delle rimozioni esistenti; può vigilare su questo processo, promuoverlo, liberarlo dagli ostacoli che si frappongono per via, e anche, non c'è dubbio, sciuparne gran parte. Complessivamente però, il processo, una volta avviato, va per la sua strada e non si lascia prescrivere né la direzione né la sequenza dei punti da intaccare" (Freud, 1913 p. 51). Pertanto a tutti coloro, singoli e coppie che vogliono intraprendere il misterioso viaggio alla scoperta dell'inconscio vi si chiede un coraggio che solo la sofferenza psichica può offrire.

Conclusioni

In tale articolo ho voluto offrire degli elementi utili alla comprensione di come il meccanismo pulsionale può rendere conto del funzionamento delle organizzazioni pluripsichiche attraverso un cambiamento di visuale: non più l'individuo bensì il legame. Ciò è stato possibile anche grazie al contributo di Freud in *Psicologia delle masse e analisi dell'io*, nel quale l'Autore ci spiega il funzionamento sociale del meccanismo d'identificazione che concorrerà, insieme ad altre teorizzazioni, alla formulazione del concetto di "Alleanza inconscia" proposto da Kaës. Concetto che svolge la duplice funzione di custode e garante del funzionamento inconscio condiviso e negoziato. All'interno della clinica ciò comporterà una concezione differente del sintomo, non più come prodotto di una topica, dinamica ed economia intrapsichica bensì intersichica e una differente metodologia d'intervento diagnostico e psicoterapeutico improntata non solo al processo, ovvero cosa gli amanti rappresentano l'uno per l'altro ma anche al prodotto, ovvero cosa gli amanti rappresentano nell'insieme.

Bibliografia

- Abraham, K. (1908). *Opere vol. 1*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Aulagnier, P. (1975). *La violenza dell'interpretazione*. Roma: Borla.

- Bergmann, M. S. (1987). *Anatomia dell'amore: Immagini, linguaggio, malattia e storia di un sentimento universale*. Torino: Einaudi.
- Bion, W R. (1948). *Experiences in Groups. Human Relations*, Vol. I-IV. Trad it. (1971). *Esperienze nei gruppi*. Roma: Armando.
- Dicks, H.V. (1967). *Tensioni coniugali: Studi clinici per una teoria psicologica dell'interazione*. Roma: Borla.
- Eisnitz, A.J. (1969), Sulla Scelta narcisistica dell'oggetto e la rappresentazione del Sé. *Rivista Di Psicoanalisi*, 15, 27-47.
- Eiguer, A. (1984). *Terapia psicoanalitica della coppia*. Roma: Borla.
- Eiguer, A. (2010). La crisi della coppia : tre ipotesi teorico-cliniche alternative. *Interazioni*, 2, 11-23.
- Freud, S. (1905). *Tre saggi sulla teoria sessuale*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1913-14). Nuovi Consigli sulla Tecnica della psicoanalisi In *La tecnica della psicoanalisi*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1921). *Psicologia delle masse e analisi dell'io*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Kaës, R. (1993). *Il gruppo e il soggetto del gruppo*. Roma: Borla.
- Kaës, R. (1994). Patto denegativo e alleanze inconse. Elementi di metapsicologia intersoggettiva. *Interazioni*, 1, 22-33.
- Kernberg, O.F. (1995). *Relazioni d'amore: Normalità e patologia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lemaire, J.G. (1966). *I conflitti coniugali*. Roma: Coines.
- Lemaire, J.G. (1975). *Le Terapie di Coppia*. Assisi: La cittadella.
- Lemaire, J.G. (1979). *Vita e morte della coppia : La strutturazione della coppia umana*. Assisi: La cittadella.
- Nicolini, E.A., & Califano V.L. (2002). La clinica con coppie e famiglie. Dall'impensabile alla ricerca di soggettività. *Psicoterapia psicoanalitica*, 2, 62-83.
- Nicolò Corigliano, A.M., & Borgia, F. (1995). Tra l'intrapsichico e l'interpersonale. La folie à deux come ipotesi-modello di un funzionamento interpersonale. *Interazioni* 1, 40-51.
- Perez Testor, C. (2010). La violenza di coppia nella collusione ossessiva. *Interazioni*, 2, 24-34.
- Puget, J. (1996). L'appartenenza ad una configurazione vincolare. *Interazioni* 1, 39-45.
- Semi, A.A. (1985). *Tecnica del colloquio*. Milano: Raffaello Cortina.
- Teruel, G. (1966). Considerazioni per una diagnosi nella psicoterapia coniugale. *Interazioni* 2, 12-18.
- Willi, J. (1975), *La collusione di coppia*. Milano: FrancoAngeli.
- Zanfardino, F.(2011). *Psicoanalisi dei legami di coppia: Per una metapsicologia dei processi intersoggettivi*. Roma: Aracne.

La non relazione medico-paziente: dalla chiusura alla massima disponibilità

di Michela Zanetti* e Anna Lalli**

Abstract

In questo studio si riferisce a proposito di una ricerca di campo relativa alla funzione dello psicologo clinico nella attività ospedaliera in reparti ad alto tasso di mortalità. A partire dalla domanda di consulenza della committenza (i medici e i direttori di unità operativa) al Servizio di Psicologia Ospedaliera, attraverso l'analisi di indizi molto diversi tra loro: gli spazi, le parole dei pazienti, dei medici e degli infermieri, si è giunti a costruire la simbolizzazione affettiva dei contesti. Il criterio, che fonda la relazione medico-paziente, si ipotizza sia ascrivibile all'angoscia di morte che orienta gli operatori sanitari entro due modelli relazionali distinti: l'indisponibilità e la massima disponibilità a prescindere.

Parole Chiave: angoscia di morte, non relazione medico-paziente, disponibilità, indisponibilità, simbolizzazione affettiva, funzione psicologica.

Premessa

Questo articolo intende proporre alcune riflessioni sulla qualità della relazione tra medici, pazienti e familiari; le considerazioni riportate si riferiscono all'attività clinica effettuata dal dipartimento di Psicologia Ospedaliera operante nei nosocomi afferenti alla ASL 1 della Regione Toscana, nel biennio 2010-2012; sono stati presi in considerazione gli interventi che rientravano fondamentalmente entro due criteri:

- 1) a gravità della malattia, nel senso dell'alta probabilità di assistere nel corso del trattamento medico ad un exitus;
- 2) la domanda di consulenza al servizio di Psicologia Ospedaliera inerente difficoltà "a comunicare con i pazienti e i familiari". La dimensione teorica che ha orientato la ricerca e l'intervento clinico è l'Analisi della Domanda. L'esplorazione delle simbolizzazioni affettive, agite dai medici (direttori di Unità Operativa o medici di primo livello) a partire dalla istituzione della relazione con lo psicologo clinico ha consentito di orientare, in un cammino accidentato e pieno di pericoli, la prassi psicologica allo sviluppo del cliente.

La domanda di intervento: la comunicazione tra medico e paziente

Le "domande" di consulenza alla Psicologia Ospedaliera prese in esame riguardano la necessità di miglioramento della comunicazione tra medico e pazienti (e familiari); richieste inseribili grosso modo nel calderone "difficoltà di comunicazione".

Le Unità Operative prese in esame presentano specificità in relazione alla "competenza" psicologica acquisita negli anni: in alcune pressoché nulla, in altre molto presente ed acquisita attraverso corsi di formazione a pacchetto sulla comunicazione efficace, delle cattive notizie, sull'accoglienza o/e acquisita a seguito dell'inserimento in equipe di uno psicologo con mansioni di tipo tecnico ovvero dedicato al lavoro "diretto" al paziente e alla famiglia.

Da un vertice clinico è apparso evidente che le supposte difficoltà di comunicazione fossero sostanzialmente una rappresentazione di una difficoltà molto più complessa che riguardava la

* Psicologa clinica e psicoterapeuta, convenzionata presso la struttura dipartimentale di Psicologia Clinica Ospedaliera-U.R.pe, ASL 1, Massa Carrara.

** Psicologa psicoterapeuta, responsabile SSD di Psicologia Clinica Ospedaliera. ASL 1, Massa Carrara.

“relazione” e “l'angoscia di morte”. L'esplorazione delle domande portate è avvenuta attraverso osservazioni-interventi diversificati sulla base della committenza e si sono declinati sostanzialmente in focus-group con le equipe, riunioni con i Primari e i dirigenti degli infermieri, interventi di sviluppo rivolti ad un singolo medico o gruppi di discussione sui casi. Si è rilevato sostanzialmente che le equipe prese in considerazione sulla base dei criteri: difficoltà di comunicazione, gravità della malattia, fossero organizzate tendenzialmente entro due aree emozionali opposte: *l'indisponibilità* alla relazione con il paziente e i familiari da un lato o la *massima disponibilità* dall'altro, “a prescindere” dal tipo di domanda, dal tempo richiesto a fornire la prestazione, dal tipo di situazione.

Si tratta di due cornici polari che orientano la relazione: l'una esclude il paziente da un qualsiasi tipo di rapporto con l'equipe, l'altra nel senso del possesso dell'altro. Entrambe le modalità non favoriscono la conoscenza del paziente in senso esplorativo. Se si pone come premessa che: “*per istituire un rapporto di conoscenza dell'estraneo è innanzitutto necessario passare dalla solitudine: quella solitudine che aiuta a riconoscere che dell'altro non ne so nulla, che conosco ben poco delle sue esigenze e delle sue aspettative*” (Carli & Paniccia, 2003, p. 56), e che a partire da questo è possibile costruire una relazione con la persona, si può concludere che entrambe le dinamiche emozionali siano ascrivibili ad una logica simmetrica particolarmente primitiva il cui prodotto non può essere definito una vera relazione di scambio, ove per relazione si intenda un rapporto con l'estraneità che implica l'abbandono dei pre-giudizi, degli stereotipi, di tutti gli “a priori”. L'estraneo è l'amico ignoto (Carli & Paniccia, *op. cit.*). Le relazioni fondate sulla *indisponibilità* sembrano costruite sulla vision dell'altro come “nemico”; mentre quelle fondate sulla *massima disponibilità*, sulla categoria della amicalità scontata, in questo senso le equipe si trasformano nella “famiglia altra” del paziente e dei parenti. La dinamica di base che orienta la relazione nei contesti presi in esame sostanzialmente può essere iscritta entro la dinamica amico noto-nemico; entrambe mettono al riparo il medico (e il gruppo infermieri): non viene riconosciuta l'alterità estranea dell'altro. *L'amico noto* si fa entrare subito in casa nostra ed è “come se” fosse a casa sua, dal *nemico* si fugge.

Non è infrequente che gli effetti collaterali dei farmaci vengano riportati allo psicologo più che al medico, o la confessione sospensione del trattamento farmacologico. Entro una logica di fuga o assimilatoria non c'è spazio per la divergenza, per gli spigoli. Solo per il consenso e le rotondità.

Competenza basata sul potere vs competenza basata sulla tecnicità-biologica

In una cultura aziendale sanitaria sempre più orientata al paziente come cliente, non si assiste parimenti ad una attenzione alla formazione del medico in senso relazionale. Nelle facoltà di Medicina, anche dopo la riforma della tabella XVIII, la psicologia clinica, confusa con la psicologia generale, non forma adeguatamente il medico a quelle che saranno le implicazioni psicologiche insite nella sua professione. Lo spirito che permea le facoltà mediche è impregnato ancora di vecchi pregiudizi e stereotipi, la psicologia è considerata una sorta di arte subordinata alla medicina, identificata o come una gentilezza congenita o sovrapponibile alla medicina e come quella basata sugli stessi criteri di diagnosi esatta-terapia efficace (Imbasciati, 2006). I medici specialisti si trovano oggi quindi svuotati della competenza basata sul potere, che li ha protetti per molti anni e che ha permesso loro di collocare il paziente in una posizione di dipendenza ad una identità sostanziata dal solo potere della competenza tecnico-biologica (Schillinger et al., 2003). Si assiste quindi spesso alla presenza di equipe molto angosciate, alle prese con un cliente/paziente sempre più esigente, sfiduciato e disorientato, tra il web che vomita notizie “mediche” con una contraddittorietà spaventosa e format televisivi dedicati alle malattie più strane.

I contesti osservati di cui si resoconta in questo articolo possono essere assimilabili o ad una situazione di carenza costituzionale o a contesti che di fronte alle difficoltà crescenti sul piano della “comunicazione” e alle richieste di cambiamento sempre più pressanti da parte degli utenti, hanno chiesto aiuto nel corso degli anni agli esperti della *psi* per potersi districare nel mondo delle emozioni e delle relazioni. E' in questi contesti che abbiamo osservato gli effetti “iatrogeni” di una certa psicologia medica, grazie alla quale, a fasi, si è assistito alla centralità dell'individuo o della malattia, prescindendo dalla relazione.

Se partiamo dalla premessa che le parole costruiscono le culture, si ritiene significativo focalizzare l'attenzione sulle narrazioni di natura psicologica utilizzate in questi contesti; e parole attraverso le

quali il medico e le infermiere descrivono il paziente da un punto di vista psicologico fanno riferimento ad un vocabolario desueto i cui termini possono essere fatti risalire ad una psicopatologia dell'individuo quale portatore di deficit e di cui spesso noi esperti della *psi* abbiamo la responsabilità di aver traghettato dagli ambulatori dei DSM, nei reparti ospedalieri. "La paziente che si lamenta ha tratti isterici, il paziente che richiede mille volte le stesse spiegazioni è presa dall'ansia per la malattia". La focalizzazione sul deficit e l'inquadramento personologico all'interno di uno degli assi del sistema nosografico di riferimento del paziente che in anni passati può aver contribuito a costruire un minimo di cultura psicologica in ambiente medico ha anche contribuito ad amplificare la dinamica basata sul potere medico e sulla visione del paziente quale nemico folle o lamentoso, con un aumento della deriva difensiva da una parte e delle denunce dall'altra.

L'ospedale è un sistema sociale, l'intervento che lo psicologo può utilmente proporre è un intervento che abbia in mente un sistema sociale e non un individuo. Altro vertice che ha contribuito a restringere la polisemia in maniera deleteria è stato quello che ha messo al centro "la reazione" alla malattia: la classificazione della Kübler Ross (1976) tanto per citarne una, che ha avuto il pregio, tra gli altri, di de-focalizzare e de-incolpare il paziente e i familiari per certe reazioni "non adattate" alla malattia, ha essa stessa contribuito ad allontanare il medico e il paziente da una vera relazione di scambio. I codici interpretativi che in qualche modo hanno cercato di ovviare alla assenza di un medium tra operatori e pazienti hanno nei fatti sostituito l'assenza di un modello di relazione con un restringimento della polisemia, contribuendo ancora di più ad amplificare l'assenza di una relazione di scambio vero tra pazienti ed operatori. Se un paziente o un familiare, secondo la logica della reazione alla malattia, chiedono al medico una consulenza ulteriore è perché sono in una fase di negazione della malattia o perché stanno in una fase di rifiuto. In alcuni contesti si è quindi assistito ad un passaggio da un caos polisemico dal sapore omogeneo e indifferenziato ad un ordine apparente e claustrofobico.

Gli spazi e i contesti

Si ritiene utile partire dalla descrizione dei luoghi delle nostre osservazioni dato che essi ci parlano delle equipe che li abitano e in particolare delle culture locali delle persone che in quei luoghi lavorano ogni giorno. Ripercorrerli è utile perché contribuisce ad orientarci rispetto l'area emozionale entro la quale presumibilmente si muovono i Primari di quei reparti. I direttori delle Unità Operative oggi nella nostra realtà aziendale possono, se lo vogliono, intervenire nelle opere di progettazione sanitaria degli interni, coadiuvando gli esperti, scelgono lo stile e quindi l'atmosfera che intendono debba avere il "proprio reparto", partecipando attivamente alle opere di recupero degli ambienti.

Il disegno delle ristrutturazioni dei reparti presi in esame, avvenute a cavallo degli anni '90 nella nostra ASL, ha seguito sostanzialmente due orientamenti distinti; infatti, anche se da una parte e dall'altra si è assistito ad opere per attuare il rispetto alla privacy del paziente (tema pregnante nella sanità in quegli anni!) e affinché la degenza fosse la più confortevole possibile (letti più ampi, aria condizionata, bagni nelle camere) i reparti presi in esame si distinguono per due linee stilistiche diverse: quelli nei quali si è optato per colori vivaci (pavimenti aranciati, pareti giallo limone) varchi il più possibile aperti, la filodiffusione ad accompagnare le pratiche terapeutiche e quelli che, nel rinnovamento, hanno mantenuto uno stile austero e il massimo della concessione è stata una qualche parete colorata di azzurro. Le sale d'attesa per l'entrata nei reparti hanno goduto dello stesso servizio, tanto che in alcuni non è prevista che una piccola serie di sedie disposte lungo le pareti dei corridoi. Spazi freddi e privi di motivi che possano promuovere l'aggregazione dei pazienti e dei familiari. Unico luogo di insieme, la macchinetta per la distribuzione delle bevande. In altre situazioni si è pensato di sfruttare la splendida vista sulla costa, le panche posizionate una fila in faccia all'altra, con l'intento di promuovere la comunicazione. Questa attenzione per gli aspetti legati all'accoglienza materiale del paziente è correlata probabilmente ad una logica di sviluppo lineare secondo cui al cambiamento delle strutture dovrebbero corrispondere cambiamenti comportamentali (De Leo & Fini, 2012). La letteratura in merito sostiene che le cose non sono così semplici come vorrebbe una certa cultura aziendale sanitaria, sempre più orientata al paziente come cliente.

Simmetricamente alla architettura degli spazi, l'uno aperto e colorato, l'altro chiuso e austero, si stabiliscono, in questi contesti, i rapporti coi pazienti.

Come premesso sono stati rilevati due atteggiamenti polari, quello della chiusura e quello della massima disponibilità. Nei contesti del primo tipo, la comunicazione intesa come scambio di informazioni tra le parti, è densa di storture in considerazione di una impossibilità ad instaurare una relazione vera e di scambio produttivo con i pazienti e i familiari. Moltissime le “denunce” dovute ad una scarsa diffusione delle informazioni anche le più banali. Da cui tutti i problemi legati alla assenza della *adherence* alle terapie mediche, l'amplificazione “affettiva” delle algie, gli atteggiamenti di lamentazione dei pazienti e dei familiari e non per ultimo le segnalazioni all'URP (Ufficio Relazione col Pubblico).

Una correlazione elevata è stata osservata tra l'altissima tecnicità biologica e la assenza dell'ascolto e della comunicazione delle informazioni utili al paziente (Guerra & Ancona, 1983). L'osservazione diretta delle interazioni medico-paziente da parte dello psicologo clinico in questi contesti si può in sintesi definire di isolamento protettivo del medico. All'opposto sono state osservate equipe inserite in una cornice relazionale caratterizzata dalla *assoluta disponibilità*, caratterizzate da super-lavoro, dove medici e infermieri non hanno tregua, non si confinano rispetto alle richieste che diventano debordanti. Il tempo dedicato alle visite è illimitato, il telefono sempre squillante. Proviamo ad analizzare il termine disponibilità, si evince che esso deriva dal latino *disponere*, verbo composto dal prefisso *dis-*, prefisso verbale e nominale con valore dispersivo + *ponere*, porre. Il termine sta a connotare colui che è disposto a confondersi, a disperdersi (con l'altro e nell'altro) in una relazione omogenea e indistinta.

Ma chiusura e massima disponibilità costituiscono le due facce di una stessa medaglia: quella di una non-effettiva relazione tra le persone. Relazione che se istituita produrrebbe un contatto reale con l'altro ma che significherebbe anche da parte del medico di doversi confrontare con un mondo per il quale non ha a disposizione criteri che lo possano orientare su che cosa deve fare e cosa non deve fare. Un mondo di emozioni dolorosissime, le proprie e quelle del paziente, che disorientano e per sostenere le quali, come abbiamo detto, non è “formato”, anche se paradossalmente pratica in luoghi dove si respira quotidianamente l'odore della morte.

La nostra ipotesi è che di fronte ad una realtà per affrontare la quale il medico non si sente equipaggiato, come un bambino nei confronti del mondo degli adulti, ripieghi in un mondo illusorio, sviluppando da una parte un isolamento protettivo e una chiusura alla relazione, dall'altro una assimilazione dell'altro a sé, una confusione totalizzante ed omogeneizzante, ove i confini del reparto si confondono con quelli della famiglia. Dove non è possibile fare chiarezza su “chi” prova che “cosa” (Bleger, 2010; Carli, 2003).

Si può ragionevolmente ipotizzare che l'istituzione di relazioni non-relazioni, nel senso di un vero scambio tra due persone che non si conoscono, si ponga come modalità protettiva per gli operatori che lavorano ogni giorno a contatto con queste situazioni. Si ritiene che la stessa evocazione “*del terzo*” (Pichòn Rivière, 1985) da parte del paziente, intendendo per terzo la richiesta di una consulenza esterna, l'invio dei vetrini per una ulteriore analisi istologica, i racconti di interruzione delle terapie mediche o degli effetti collaterali fatte a noi psicologi, possano essere letti come tentativi di rottura della collusione. Il terzo che scuote la coscienza del medico, che provoca rabbia, forse rappresenta il tentativo, da parte del paziente, di “attirare” l'attenzione in una relazione nella quale non si sente né visto né sentito.

La funzione dello psicologo clinico

La funzione dello psicologo clinico nei contesti ospedalieri presi in esame si è esplicita e si esplica tuttora, nella funzione di smontatore, di decostruttore di idee, pregiudizi, preconetti, nel tentativo di promuovere una relazione tra i due la meno vincolata possibile ad ancoraggi pregiudiziali al fine di promuovere una relazione di tipo esplorativo e veramente conoscitivo. Questo significa parimenti sostenere gli operatori sanitari a dispiegare le emozioni legate alla malattia, al senso di impotenza, ad aiutarli a dare un nome all'angoscia affinché cessi di costituirsi come organizzatore delle non-relazioni. Riportando sempre il tutto ad un pensiero che proceda per obiettivi perché il medico non si perda. Molto banalmente riporto a margine un colloquio avuto qualche giorno fa in un reparto per cure intensive dove una paziente si era lamentata tutta la notte per il dolore, disturbando gli altri degenti e il lavoro della equipe. L'infermiera, sentito il medico, aveva inserito nella flebo un analgesico, ma nessuno si era premunito di informare la paziente di questa azione. Alla mia richiesta se qualcuno avesse informato la signora, la risposta è stata:

“dott.ssa ma noi non possiamo stare qui a dare tante spiegazioni, abbiamo un mare di pazienti da curare e dimettere presto, non abbiamo tempo per queste cose”.

Ridefinisco con il medico e le infermiere gli obiettivi, semplicemente “stagliandoli dallo sfondo”: curare e dimettere presto!

Dopo alcune mie delucidazioni rispetto alla funzione delle informazioni sugli aspetti affettivi del dolore e su come il sentirsi disorientati in ospedale possa in qualche modo interferire con l'obiettivo: curare e dimettere presto, il medico si è ritagliato cinque minuti che ha dedicato alla comunicazione alla paziente sull'analgesico somministrato, alla probabile natura del dolore e al decorso e ascoltando il “come si sentiva” la paziente. Dopo un quarto d'ora la signora aveva smesso di lamentarsi. Il breve *frame* descritto è esemplificativo dell'attività clinica di cui si riportano in questo scritto le riflessioni. Una prassi costituita di interventi che si svolgono in uno *spazio* e per una *durata* non prevedibili, su uno sfondo caratterizzato da una intensa pressione collusiva del contesto affinché lo psicologo adotti un atteggiamento vicariante e realizzi azioni in sostituzione del cliente, non avendo lo psicologo che il potere della competenza e un pensare per obiettivi, in assenza di un setting classicamente concepito. L'esplorazione della simbolizzazione affettiva agita dal cliente nei confronti dello psicologo ha costituito l'ossatura attorno alla quale sono stati pensati gli interventi: nei contesti di *indisponibilità alla relazione*, il riuscire ad esempio a ritagliare spazi di riflessione come quello precedentemente descritto o nei casi di *massima disponibilità a prescindere*, a porre dei limiti e a ridefinire cornici di senso.

Le azioni di intervento psicologico clinico attuate, coerentemente con l'obiettivo ultimo di sviluppare il cliente-medico o infermiere, sono state costruite nel qui ed ora della relazione, sempre avendo a mente lo sviluppo del cliente.

Bibliografia

Alexander, G., Casalino, L.P., & Meltzer, D.O. (2003). Patient-physician communication about out-of-pocket cost. *Journal of the American Medical Association*, 290, 953-958.

Bauleo, A.J., & De Brasi, M.S. (1990). *Clinica gruppale clinica istituzionale*. Traduzione di Fischietti R. e Marzotto M. Padova: Il poligrafo.

Bleger, J. (2010). *Simbiosi e ambiguità*. Studio Psicoanalitico. Roma: Armando Editore.

Bleger, J. (1989). *Psicoigiene e psicologia istituzionale, il colloquio psicologico e contributi per una psicopatologia psicoanalitica*. Ancona: Laureatana Editrice.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda. Teoria e intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2004). *L'analisi emozionale del testo. Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi*. Milano: FrancoAngeli.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2009). *Obiettivi e metodologia della formazione: pensare emozioni entro la relazione clinica*. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 11-33

Castellano, R., Grimaldi, N., Malzoni, A., Pagliarulo, M., Pirone, N., & Sarno, R. (2011). il trattamento dell'infertilità: considerazioni psicodinamiche sulla relazione di cura. *Rivista di Psicologia Clinica* 1,186-199.

De Leo, D., & Fini, V. (2012). *Attualità dello sviluppo. Riflessioni in pratica per costruire progetti locali di qualità*. Milano: FrancoAngeli.

Feldman, S.R., Chen, G.H, Hu, J.Y., & Fleischer, A.B. (2002). Effects of a systematic asymmetric discounting on physician-patient interactions: a theoretical framework to explain poor compliance with lifestyle counseling. *BMC Medical Information Decision Making*, 2, 8-16

Guerra, G., & Ancona, L. (1983.) Comunicazione e non-comunicazione nell'équipe medica. *Difesa Sociale*, 5, 5-13.

Imbasciati, A. (2006). Psicologia clinica: presente e futuro. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 33-42.

Imbasciati, A., & Margotta, M. (2004) *Compendio di psicologia degli operatori sanitari*. Padova: Piccin.

Kubler-Ross, E. (1969). On death and dying. New York : Macmillan. Trad. it. *La morte e il morire*. Assisi: Cittadella Editrice, 1976.

Pichòn_Rivière, E. (1965). *Il processo gruppale. Dalla psicoanalisi alla psicologia sociale*. Loreto: Edizione Lauretana, 1985.

Schillinger et al., (2003). Physician assessment of patients' comprehension of new information. Does it improve outcomes. *Journal of Clinical Outcomes*, 10, 252-253.

Primo ascolto e tirocinio post-lauream: un setting per la costruzione della professionalità psicologica

di Francesco Impagliazzo*

Abstract

il resoconto pone l'accento sul contributo del tirocinante psicologo nel costruire un setting di primo ascolto nel contesto di un Servizio psicologico territoriale. Attraverso l'esplorazione della propria emozionalità entro il campo istituzionale e duale, rapportandola a quella del consultante nell'ambito del colloquio di conoscenza, si attiva un processo di pensiero atto allo sviluppo della professionalità cui può giovare la relazione tra Servizio ed utenti.

Parole chiave: Servizi territoriali di Salute Mentale, nuova utenza, primo ascolto, costruzione del setting, funzione psicologica nel tirocinio, formazione post-lauream

Introduzione

Con questo contributo condivido il resoconto di un'esperienza psicologico-clinica effettuata in un Servizio di Psicologia Clinica e di Psicoterapia, relativa ad un colloquio di primo ascolto.

Il fine implicito del lavoro è quello di evidenziare tramite il resoconto quanto il servizio di accettazione e accoglienza dell'utenza del servizio sanitario locale, effettuata da un operatore psicologico, sia un passo fondamentale per l'implementazione di una risposta professionale che non bypassi il primo contatto con l'utenza, bensì lo valorizzi in qualità di setting per un'analisi della domanda d'intervento. Per di più il resoconto analizza l'importanza dell'esperienza clinica dell'accoglienza in relazione alla finalità formativa del Servizio: il significato emergente del primo ascolto è quello d'essere uno dei setting privilegiati per lo sviluppo della professionalità psicologica dei tirocinanti vicini all'autonomia professionale.

Il setting istituzionale: il tirocinio post-lauream e il primo ascolto al SPCP

Il setting organizzativo dell'esperienza clinica è il Servizio di Psicologia Clinica e Psicoterapia del Dipartimento di Salute Mentale, Distretto 36 (territorio delle isole di Ischia e Procida), dell'ASL NA 2 NORD.

Il servizio nacque nel 2010 dalla separazione della responsabile del SPCP dalla UOSM di Ischia, evento-simbolo della separazione della psicologia dalla psichiatria nel presente territorio.

Il compito primario del servizio è rispondere alla crescente domanda della nuova utenza di Ischia e Procida, particolarmente a tutta quella che può distinguersi da quella tipica della UOSM (psicosi gravi e croniche) che rendeva circolante la fantasia di un intervento psicologico-psichiatrico come rivolto esclusivamente alla malattia mentale, colludendo con la simbolizzazione culturale categorizzante lo psicologo come una delle entità occupantesi dei malati di mente.

Il servizio, nato grazie alla collaborazione dell'istituzione Comune di Ischia Porto e di un'associazione di psicologi, OLTRE Onlus, ha temporaneamente sede in un Centro Polivalente, nato precedentemente come luogo funzionale all'incontro degli anziani del posto.

In primis dunque il SPCP nasceva come contenitore della professionalità psicologica che andava affermandosi innanzitutto come metodo di intervento volto alla risposta di una specifica domanda territoriale: quella delle persone e delle organizzazioni che hanno delle "problematiche", non delle "malattie mentali".

*Dottore in Psicologia Clinica, Dinamica e di Comunità, tirocinante presso il Servizio di Psicologia Clinica e di Psicoterapia, ASL Na2 Nord.

Così, il distinguere l'oggetto di intervento distingueva anche il rapporto epistemologico tra psicologia del SPCP e utente del servizio: un rapporto non fondato sulla medicalizzazione e sulla pronta risposta farmacologica, bensì sulla relazione promossa dal setting d'intervento.

La mia presenza al SPCP è costituita dall'essere un tirocinante post-lauream. Il tutoraggio del mio tirocinio è effettuato dalla dott.ssa N., che, in relazione al mio ruolo, organizza, gestisce e supervisiona le mie attività presso il Servizio.

Precedentemente alla laurea magistrale ho avuto già modo di seguire la vita del servizio poiché il corso di laurea prevedeva un tirocinio formativo durante il primo anno di magistrale.

Uno degli spazi, già da allora impostato, istituiti per i tirocinanti è quello del *primo ascolto*. Si tratta di un servizio di accoglienza della domanda di intervento degli utenti che primariamente si rivolgono al servizio, inviati o no da altri operatori della sanità pubblica.

Il servizio di primo ascolto è un colloquio psicologico della durata di circa mezz'ora (la durata è comunque flessibile in base a necessità situazionali) durante il quale viene contenuta la richiesta dell'utenza, esplicitata la metodologia d'intervento del SPCP e presi i dati anagrafici e i contatti della persona che sarà successivamente ricontattata per avviare i colloqui di valutazione. La metodologia infatti prevede, successivamente al primo ascolto, tre colloqui di valutazione atti alla comprensione della problematica; tale conoscenza è finalizzata ad una eventuale proposta di intervento psicologico di psicoterapia, consulenza, sostegno, ecc. L'obiettivo metodologico del primo ascolto è quello di poter intraprendere un lavoro di analisi della domanda d'intervento agita dagli utenti che per la prima volta si rivolgono al Servizio di Psicologia, implementato dalla stesura di resoconti discussi agli incontri di supervisione.

Il primo ascolto assolve più finalità, che riguardano i vari protagonisti del contesto istituzionale:

- per l'utente (finalità di accoglienza): si tratta di una accoglienza che consente un'espressione della domanda immediatamente accolta dal servizio tramite l'impostazione di un setting psicologico;
- per il servizio (finalità operativa): il primo ascolto consente una primaria comprensione della domanda da analizzare, tale da poter essere discussa in supervisione e da poter decidere la presa in carico da parte professionista che più le si addice;
- per i tirocinanti (finalità formativa): così come il primo ascolto è il primo accesso dell'utente al servizio, in tal modo i tirocinanti hanno per la prima volta l'opportunità di essere a contatto con l'utenza, sviluppando la professionalità progettata dal loro ruolo istituzionale.

I significati che assume il primo ascolto per i tirocinanti sono relativi in gran parte alla costruzione del proprio ruolo di *psicologi*. In tal modo il primo ascolto si pone come contenitore di un'emozionalità relativa alla *sperimentazione*:

Sperimentazione: [...] Periodo che si sovrappone alla sottofase di differenziazione caratterizzato dapprima da una sperimentazione precoce (il bambino può allontanarsi fisicamente dalla madre camminando carponi o barcollando, sempre cioè con un appoggio). Segue il periodo di sperimentazione vera e propria connotato, dal punto di vista fenomenologico, dalla deambulazione eretta. Si ha, quindi, un progressivo aumento dell'interesse del bambino dalla madre agli oggetti inanimati, uno di questi oggetti può divenire un oggetto transizionale, ma comunque l'interesse prevalente è per la madre che continua ad essere necessaria come punto stabile di riferimento per appagare il bisogno di rifornimento affettivo attraverso il contatto fisico. Il bambino, in questo periodo, ha un crescente investimento narcisistico del proprio corpo e delle funzioni che va acquisendo, sperimenta gioiosamente l'ampliamento del suo mondo e la padronanza delle proprie capacità autonome (Bonino, 2002)¹.

Così come il bambino dai 10 ai 18 mesi circa si cimenta nell'utilizzazione delle capacità neurofisiologiche, neuromuscolari, emozionali e relazionali, che ha lentamente sviluppato fino ad allora, verso il mondo esterno, accompagnato e contenuto dalla "supervisione" materna, così il tirocinante post-lauream mette in gioco le abilità acquisite nel percorso di studi nel mondo lavorativo, accompagnato dalla supervisione di un esperto e contenuto dall'appartenenza istituzionale. Così come il bambino ha "un crescente investimento narcisistico del proprio corpo e

¹ *Dizionario di Psicologia dello sviluppo*, a cura di Bonino S., Einaudi, Voce redatta dalla prof.ssa Adele Nunziante Cesàro.

delle funzioni che va acquisendo” (ibidem), il tirocinante investe narcisisticamente l’immagine di Sé come psicologo, sperimentando le funzioni che va acquisendo e cercando un’autonomia funzionale.

Tenuto conto della dimensione emozionale e simbolica del tirocinio post-lauream, risulta evidente quanto le esperienze di primo ascolto rappresentino un setting molto appropriato per la simbolizzazione affettiva appena descritta: incontrare per la prima volta l’utenza mette direttamente in gioco il tirocinante nel suo costruirsi un’identificazione di ruolo (*essere psicologo*).

La categorizzazione emozionale più pertinente del tirocinio post-lauream allora è quella relativa alla dialettica dei due insiemi: *Sé valorizzato/Sé svalorizzato*.

L’acquisizione e lo sviluppo delle risorse formative del tirocinio è relativo a questa categorizzazione; la costruzione del ruolo di *psicologo* si effettua con un grande investimento narcisistico alimentato dalla logica della auto-valorizzazione relativa all’identificazione con questa strutturazione identitaria. Di conseguenza ogni acquisizione sentita come positiva assume una valenza autovalorizzante mentre ogni mancata acquisizione o interiorizzazione negativa delle esperienze assume il senso dell’autosvalutazione.

Il setting mentale del primo ascolto

All’arrivo della cliente (sarà chiamata A. in questo resoconto) era in procinto di svolgersi una riunione organizzativa. La responsabile ha infatti nel tempo (già all’epoca del lavoro presso il CSM) implementato uno spazio di riunione per discutere le varie attività e supervisionare i colloqui psicologici che i tirocinanti e gli psicologi di Oltre effettuano presso il SPCP.

Ad accogliere A. alla porta del servizio è stata una collega. Informato dell’evenienza del primo ascolto, la mia emozionalità è stata di “noia”. Questa categorizzazione dell’evento “primo ascolto” assolve una particolare funzione se situata nella mia storia di relazione tirocinante con il primo ascolto stesso e con il mio ruolo. Durante il tirocinio intra-lauream accolsi con eccitazione la possibilità di poter effettuare questo servizio. Si trattava infatti della sperimentazione di una funzione mai messa in opera prima di allora.

Il cambiamento istituzionale da intra-lauream a post-lauream, un cambiamento di progresso, ha reso evidente quanto avessi inserito nella categoria “appartenenza universitaria” l’attività di primo ascolto, svalutando questa stessa nei confronti della nuova istituzione del mio ruolo (post-lauream, ossia “dopo la laurea universitaria”). La svalutazione dell’attività, in quanto appartenente alla classe del “livello inferiore di sviluppo professionale”, era legata alla svalutazione del “Sé operante ancora col primo ascolto”, in quanto parte dell’identità appartenente alla classe del “livello inferiore”. Secondo il principio di simmetria postulato da Matte Blanco (1975) la logica dell’inconscio strutturale fa sì che in una classe di livello profondo la parte è necessariamente identica al tutto. In tal modo la parte del Sé che agiva l’attività della classe “livello inferiore” era svalutata ugualmente all’attività stessa.

Riconducendo questa categorizzazione all’emozionalità espressa nel paragrafo precedente, relativa all’esperienza di tirocinio, si può affermare che il primo ascolto ha rappresentato l’attività “nuova” durante l’inizio della fase di sperimentazione del tirocinio; la sanzione della nuova istituzione del mio ruolo (tirocinante post-lauream) ha generato da un lato un’angoscia relativa ad un pericolo regressivo di ritorno al precedente, dall’altro un’emozionalità di svalutazione in seguito alla frustrazione dell’investimento narcisistico sulla mia funzionalità.

La simbolizzazione inconscia svalutante è implementata anche dal setting fisico del SPCP: svolgendo la struttura anche la funzione di Centro Sociale per anziani, spesso anche in corrispondenza del lavoro del SPCP, il setting fisico presenta spesso dei problemi di organizzazione degli spazi, non riuscendo sempre a garantire nel migliore dei modi la sua funzione.

Infine, essendo l’utente al primo rivolgimento al Servizio parte della classe “primo ascolto”, risulta anch’esso investito dalla simbolizzazione svalutante, per il principio di simmetria della logica inconscia di categorizzazione emozionale.

In questo modo l’identità svalutativa accoglie vari elementi del tirocinio: setting fisico, attività di primo ascolto, Sé regressivo, utente al primo incontro col Servizio.

La “noia” della scoperta del dover effettuare il primo ascolto con A., intrisa di questa significazione affettiva, ha rappresentato allora il risultato di una complessa trasformazione dell’emozionalità relativa al tirocinio ed è stata la formazione di base di questo primo ascolto.

Il primo ascolto con A.

A. si accomoda nella stanza per il primo ascolto. Si tratta di un ambiente con sedie e tavoli vuoti, in quanto adibito ad accogliere alcuni anziani durante le ore di non utilizzo del Servizio.

A. è una donna di circa sessanta anni, dall’aspetto tipico per la sua età, un po’ bassa e si mostra con abbigliamento semplice.

A. è sposata da molti anni; ha due figlie ed un figlio che, tranne quest’ultimo, le hanno dato anche dei nipoti. Sedutici, la invito a parlare del motivo del suo rivolgersi al servizio. Nel rispondere A. inizia a piangere, alzandosi dalla sedia e non riuscendo a sostenere da seduta lo stato di tensione.

Scusandosi, dopo pochi secondi si riaccomoda e spiega il motivo principale della sua richiesta: un’ansia prevaricante che esperisce a partire dall’effettuazione di una risonanza magnetica. Circa 3 mesi prima aveva infatti effettuato una risonanza magnetica a causa di un danno al braccio in seguito ad una caduta. A. descrive l’ansia come rivolta al dover entrare sotto l’apparecchio per la risonanza: per vari minuti ha avuto questo problema, ma alla fine, sotto l’invito di una figlia di «farlo per i nipotini», è riuscita a sopportare la situazione. Prima di allora, afferma, non aveva mai incontrato una simile difficoltà. Purtroppo, nel ritornare a casa, a partire dai giorni seguenti all’accaduto, l’ansia si è spostata ad un altro evento quotidiano: il sonno. Durante la notte, improvvisamente A. si sveglia (o non prende neanche sonno) con un forte affanno e palpitazioni, costretta ad alzarsi per scaricare la tensione a lei inspiegabile.

L’alzarsi nella stanza del Servizio era simmetrico all’alzarsi dal letto, a sua volta simmetrico al rifiuto di lasciarsi coprire dalla macchina per la risonanza. Questo fa pensare ad una particolare simbolizzazione da parte di A. del setting psicologico claustrofobico: spazio chiuso, asfissiante. Da un lato, la disposizione spaziale si presta bene a una simile interpretazione: sedie vuote che circondano alle spalle la cliente; dall’altro la situazione di esposizione di parti di sé conseguente alla mia domanda circa la richiesta di intervento era una manifestazione della facciata simbolica opposta: l’espressione/espansione di sé.

La storia raccontata da A. esprime un elemento di *isotopia*²: il prendersi cura come relazione conflittuale tra desideri. Il conflitto si esprime tra l’ordine del desiderio narcisistico e quello della frustrazione, secondo una legittimazione di ruolo che la vede essere rispettivamente “madre” e “figlia”.

Nel suo racconto A. descrive le relazioni con i suoi tre figli e con la madre. I figli sono motivo di dispiacere intenso per A., particolarmente il figlio maschio e una delle due donne. Tutti e tre sono adulti e vivono con i rispettivi partner. La madre è descritta come presenza asfissiante nella sua vita.

Il figlio maschio è motivo di forte tristezza per A. a causa dell’infertilità del suo matrimonio: suo figlio e la moglie non riescono ad avere figli. La tristezza di A. deriva dall’identificazione col figlio: vedendolo molto affezionato ai nipoti e desideroso di figli, A. soffre per l’ipotizzata sofferenza del figlio.

Una delle due figlie non è invece sposata e questo è per A. motivo di sofferenza simile a quella per il figlio: il genero è separato e continua ad avere una relazione di natura economica con i figli del precedente matrimonio trascurando le necessità economiche della nuova famiglia.

Anche l’economia è un’area di tristezza “vicariante” per A.: le condizioni economiche difficili delle due figlie (hanno un negozio in società che non rende bene) la rendono molto triste.

L’investimento narcisistico di A. per i figli è relativo al suo desiderio di esser “felice”, in uno stato ideale senza alcuna tensione.

Relativamente al suo esser “figlia”, A. racconta di vivere con la madre da circa sette anni, a partire dalla morte del padre. La perdita del padre “tra le sue braccia”, in seguito ad una malattia, è giunta dopo un periodo di grande dedizione da parte di A. nelle cure per il genitore. A partire dalla morte di lui i suoi fratelli non hanno voluto prendersi carico della anziana signora (90enne oggi) e, non volendo prendere una persona esterna alla famiglia che si occupasse di lei, A. ha deciso di trasferirla da sé.

La relazione con la madre è descritta come molto frustrante e asfissiante da A., che si pone in una posizione di passività nei confronti del genitore: la madre la invia a pulire la sua casa (dove non vive più ormai) sentendosi accusata per esprimere il suo disappunto; la madre la critica in molte sue azioni quotidiane; da quando la madre vive con lei, non lavora più (era sarta) poiché la anziana signora è critica relativamente ai suoi lavori.

Nell’emergenza del sintomo, si è rivolta al medico di base per cercare un rimedio al dormire, resosi difficile a causa della problematica psicologica. Questo le ha prescritto un farmaco per la sua richiesta che le consente

²Descritta in Freda M.F. (2008), *Narrazione e intervento in Psicologia Clinica*, Liguori Editori (p. 127, nota 4), come “la ricorrenza di un elemento semantico nello svolgimento sintagmatico di un enunciato, che produce un effetto di continuità e garantisce la permanenza di un effetto di senso unico lungo tutto il discorso” .

di riposare. Dichiarò che il medico le avrebbe consigliato anche un farmaco ansiolitico che però non ha intenzione di prendere, poiché non vorrebbe sviluppare una dipendenza.

L'evento critico legato alla decisione di rivolgersi al SPCP si è verificato in occasione di una forte arrabbiatura nei confronti di un operatore telefonico: avendo avuto dei problemi con un servizio e perso dei soldi, A. si sarebbe fortemente arrabbiata con questo. La criticità della cosa è tale poiché a partire da questo episodio A. ha maturato la decisione di rivolgersi al servizio. A. descrive l'episodio come qualcosa di cui non si è resa conto, l'espressione di qualcosa di incontrollabile: l'emergenza di un'emozionalità aggressiva è stata per lei insopportabile.

Questo fa ipotizzare un fallimento collusivo nel sistema relazionale di A. caratterizzato dall'accondiscendenza nei confronti della madre e dalla preoccupazione per i figli: un sistema in cui l'aggressività era stata fortemente asfissata. L'emergenza improvvisa di tale emozione ha messo in crisi la scissione di A., che era riuscita forse a trovare un posto per l'aggressività solo nella "clausura" dei luoghi angoscianti, emergendo direttamente in lei. Probabilmente il sintomo claustrofobico è collegabile alla relazione col materno, ma l'essersi rivolta alla psicologia per l'esperienza dell'aggressività fa ipotizzare la necessità di un luogo di contenimento per questa sua emozione, in modo che possa essere relegata al contenitore per restare insimbolizzata ed inespressibile.

La relazione con me ha assunto tutti gli effetti di una presentazione martirizzata di A: lei si preoccupa per i figli, per la madre, a discapito del suo lavoro, dei suoi soldi e del suo tempo. Contemporaneamente ciò si pone in contrasto con quest'improvvisa esperienza aggressiva, inaccettabile per l'equilibrio generatosi nel sistema delle sue relazioni e per la sua struttura difensiva. La cliente sembra dunque proporre una richiesta relazionale al setting volta al contenimento della sua aggressività e alla condivisione di un'emozionalità che la veda come "vittima martire" nel suo contesto di vita.

La collusione nella relazione di primo ascolto: la categorizzazione emozionale condivisa nel setting

In linea con quanto affermato da Carli e Paniccia (2003), il setting risulta inevitabilmente significato dagli attori sociali che ne fanno parte. Là dove la categorizzazione emozionale, in uno dei suoi livelli, viene condivisa da essi, allora si genera il luogo dell'incontro significativo tra i simbolizzanti³. Risulta allora fondamentale analizzare il processo di fondazione del senso emozionale dell'esperienza clinica sopra descritta, tramite la ricerca della categoria emozionale condivisa da me e da A. che ha fondato l'evento collusivo del setting del primo ascolto.

Da un lato la cliente riporta nel colloquio di primo ascolto un racconto relativo all'impossibilità di evolvere a causa di frustrazioni narcisistiche inflitte dalla madre ipercritica; smette di lavorare per soccombere alle critiche dell'ideale dell'io personificato esternamente; mostra una ferita narcisistica relativa al giudizio del suo ideale; racconta infine dell'elemento "perturbante"⁴ che l'ha indotta a rivolgersi al Servizio, ossia l'aggressività.

D'altro lato, come è stato descritto nel paragrafo sul *setting mentale del primo ascolto*, la categorizzazione delle esperienze da me vissute durante il tirocinio riguardava la dicotomia "valorizzazione/svalutazione" in relazione alla sfera dell'esperienza connessa all'espressione della produttività lavorativa in corso di "sperimentazione".

La collusione era relativa allora alla simbolizzazione del setting come luogo intriso delle emozioni relative alla sperimentazione: da una parte, A. cercava un luogo in cui contenere l'aggressività perturbante, relativa alla sua possibilità di emergenza dalla relazione claustrofobica con l'ideale materno; d'altra parte il "primo ascolto" era per me un'esperienza di svalutazione regressiva, luogo di sosta asfissante, contornato da un contesto locale (il tirocinio al SPCP) simbolizzato allora come "ideale che non consente una sperimentazione ulteriore", generando così un'aggressività molto simile all'esperienza della "motilità", descritta da D. W. Winnicott ed approfondita da P. Greenacre in relazione alla crescita del bambino: "l'ambiente è costantemente scoperto e riscoperto grazie alla motilità" (Cesaro & Boursier, 2004, p. 255); "l'aggressività viene recuperata

³Carli, R. e Paniccia R.M., in *Analisi della domanda*, (2003), definiscono collusione la "simbolizzazione affettiva del contesto da parte di chi a quel contesto partecipa [...] un processo di socializzazione delle emozioni, che proviene dalla condivisione emozionale di situazioni contestuali" (p. 11).

⁴ "Il perturbante non è in realtà nulla di nuovo o estraneo, ma un elemento ben noto e impiantato da lungo tempo nella psiche, che solo il processo di rimozione poteva rendere estraneo. Inoltre questo richiamo alla rimozione ci mette in grado di comprendere la definizione di Schelling, secondo il quale il perturbante è ciò che doveva rimanere nascosto ma è venuto alla luce" (Freud S., *Il perturbante*, in *Opere 1886-1921*, Newton Compton Editori, 2009, p. 2245).

come una spinta propulsiva alla affermazione biologica e alla promozione dei processi di crescita” (Aparo, Casonato & Vigorelli, 1999, p.201).

In conclusione, il primo ascolto è stato caratterizzato da una condivisione emozionale relativa all’area dell’esperienza in cui convivono ambivalentemente individuazione e regressione; tale emozionalità era sperimentata con una quota di aggressività improvvisa, inspiegabile (la mia “noia”, il piangere di A.) ed ha generato una sensazione reciproca di “benevolenza” al termine del colloquio, prodotta dal rispecchiamento collusivo di una simbolizzazione condivisa del contesto.

L’essersi espressa, da parte di A., come protagonista della sua storia nel ruolo di vittima incompresa e depauperata di produttività, era parte della categoria emozionale in cui l’ideale, rappresentato da un altro nel ruolo di contenitore della propria produttività, è simbolizzato come svalutante. L’emergenza di questa emozionalità nel setting di primo ascolto colludeva con la medesima categoria emozionale che simbolizzava una parte della mia esperienza di tirocinio. L’attivazione condivisa della suddetta categoria emozionale era da me espressa in un particolare atteggiamento mentale: essere attento a cogliere e a chiedere tutto ciò che avrebbe potuto essere utile per me nello svolgere un buon “compito” di analisi della domanda, il quale avrebbe gratificato narcisisticamente il mio esserci in quanto “quasi psicologo”.

Il setting era insomma simbolizzato come il contenitore del desiderio di accondiscendenza all’ideale (la madre per A., l’essere “psicologo” per me), finalizzato all’avvicinamento ad esso da parte di un’immagine di sé significata come svalorizzata.

Il rischio di tale collusione, come espresso nella richiesta relazionale della cliente, era di relegare all’insimbolizzabile l’aggressività connessa a questo processo, elemento chiave per l’espressione della propria produttività messa, così, in pericolo dall’ancoraggio a varie immagini di soddisfazione sostitutiva: l’essere una “figlia-martire” e una “madre-salvatrice” per A.; l’essere “un analizzatore della domanda” per me.

La risorsa che un pensiero su tale relazionalità attiverrebbe potrebbe essere l’instaurarsi di una riflessione sulla coazione a ripetere una simile modalità relazionale da parte di A, a cominciare proprio dal setting psicologico-clinico del SPCP.

Bibliografia

Aparo, A., Casonato, M., & Vigorelli, M. (1999). *Modelli genetico-evolutivi in psicoanalisi*, Bologna: Il Mulino.

Bonino, S. (Ed.). (2002). *Dizionario di psicologia dello sviluppo*. Torino: Einaudi.

Carli, R., & Paniccia, R. M. (2003). *Analisi della domanda*. Bologna: Il Mulino.

Matte Blanco, I. (1975). *The unconscious as infinite sets. An essay in bi-logic*. London: Gerald Duckworth & Company Ltd (trad. it. L’inconscio come insiemi infiniti, Giulio Einaudi, Torino, 2000).

Freda, M.F. (2008). *Narrazione e intervento in psicologia clinica*. Napoli: Liguori.

Freud, S. (1919). *Das unheimliche*. (trad. it. Il perturbante, Roma: Newton Compton, 2009).

Winnicott, D. (1950). *Aggression in relation to emotional development*, in Cesaro A. N., Boursier V. (Eds) (2004), *Psicoanalisi dello sviluppo: brani scelti*, Armando, Roma, p. 255.

Impatto della depressione post-stroke sulla riabilitazione, sul recupero funzionale e sulla qualità di vita.

di Lucia Pagano* e Roberto Biondi**

Abstract

Si presentano e discutono i risultati su 40 pazienti con esiti di ictus cerebrale ischemico stabilizzato e le possibili complicanze in forma di disturbi psichici correlati. I pazienti sono stati esaminati attraverso: Hamilton Rating Scale for Depression, Modified Barthel Index e SF-36, per la valutazione della qualità di vita. Si incoraggia una presa in carico globale e multidisciplinare del paziente poststroke che integra competenze neurologiche, psichiatriche, psicologiche e fisiatriche.

Parole chiave: Depressione post-stroke; esame psichiatrico; Riabilitazione; Qualità della vita.

Introduzione

L'ictus è una delle principali cause di morbidità e di mortalità nei Paesi Occidentali. Rappresenta un evento drammatico sul versante biologico, affettivo, relazionale, esponenziale e psicologico.

Infatti, a seguito di un episodio ictale non si osservano solo menomazioni funzionali e motorie con impatto estremamente negativo sulla vita quotidiana dei pazienti e delle loro famiglie, ma anche frequenti complicanze in forma di disturbi psichici. Tra queste la più comune e seria, anche se sottostimata, è il disturbo depressivo, ovvero la post-stroke depression (PSD), ad eziopatogenesi multifattoriale, che insorge solitamente entro 6-12 mesi dall'accidente cerebro vascolare (Arseniou, Arvaniti, & Samakouri, 2011; Gainotti, Azzoni, & Marra, 1999).

L'obiettivo della nostra ricerca è stato quello di verificare:

- La frequenza e la gravità della depressione del tono dell'umore in un campione di soggetti affetti da stroke;
- Le ripercussioni che la depressione post-stroke, se presente e non adeguatamente gestita, ha in termini di adesione ai trattamenti e quindi di recupero funzionale, riabilitazione, prognosi e qualità di vita.

Materiali e metodi

Sono stati attenzionati, dei soggetti giunti alla nostra osservazione in trattamento neuro-riabilitativo individuale ambulatoriale o domiciliare, 40 pazienti, di cui 24 maschi e 16 femmine, di età media di 76 anni (range 54-82 anni), con esiti di ictus cerebrale ischemico stabilizzato, a distanza di oltre un anno dall' evento.

Abbiamo escluso dallo studio i pazienti con anamnesi positiva per pregresse turbe depressive e con importante decadimento cognitivo, documentato attraverso il MMSE, per non inficiare l'esecuzione dei tests e la corretta diagnosi di depressione post stroke.

I pazienti reclutati sono stati esaminati attraverso i seguenti questionari:

- Hamilton Rating Scale for Depression, per la valutazione della depressione. Si tratta di una scala ordinale, valida ed affidabile, composta da 21 item. Deve essere compilata da uno psichiatra o comunque da un esaminatore che ha conoscenze psichiatriche, in seguito ad un colloquio clinico. Per la somministrazione di questa scala sono richiesti da 5 a 15 minuti. Tanto più basso è il punteggio generale tanto minore è la depressione del soggetto considerato, in particolare un

* Medico in Formazione Specialistica in Medicina Fisica e Riabilitativa presso Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova. Corrispondenza a: luciana.pagano@alice.it

** Professore associato U.O.C. di Neurologia - Clinica Neurologica II- Responsabile Ambulatorio di Epilessia Il presso Dipartimento di Neuroscienze, Università di Catania -Già Direttore della Scuola di specializzazione in Medicina Fisica e Riabilitazione.

punteggio totale inferiore a 7 indica assenza di depressione, un punteggio totale compreso tra 8 e 17 indica depressione lieve, un punteggio totale compreso tra 18 e 24 indica depressione moderata, mentre un punteggio totale superiore a 25 indica depressione grave (Hamilton, 1967);

- Modified Barthel Index, per la valutazione del grado di disabilità nelle attività della vita quotidiana. E' la versione modificata della Scala di Barthel, con un punteggio totale che se maggiore di 90-95 indica indipendenza, maggiore di 65 indica dipendenza, ma con possibilità di essere accuditi al proprio domicilio, minore di 65 indica la necessità di istituzionalizzazione (Mahoney & Barthel, 1965);

- SF-36, per la valutazione della qualità di vita. E' la versione migliorata del più breve SF-12. Si tratta di un questionario psicometrico generico, in quanto valuta il livello di attività e la sensazione di benessere di ciascuno. Ha il vantaggio di essere conciso, preciso e di poter essere effettuato nel corso di un colloquio vis à vis o addirittura per telefono.

Sulla base del punteggio ottenuto dalla somministrazione della scala di Hamilton e della gestione dei pazienti depressi in termini farmacologici i pazienti sono stati suddivisi in 3 gruppi:

- Gruppo A: 12 pazienti non depressi;

- Gruppo B: 9 pazienti depressi e trattati farmacologicamente;

- Gruppo C: 19 pazienti depressi e non trattati farmacologicamente;

Risultati- Conclusione

La somministrazione del questionario di Hamilton sulla depressione ha evidenziato il disturbo in 28 (16F - 12 M) dei 40 pazienti reclutati.

Dei 28 pazienti depressi solo 9 erano in trattamento farmacologico.

I pazienti trattati farmacologicamente (Gruppo B) hanno una depressione meno evidente rispetto ai pazienti non trattati (Gruppo A), ed in particolare dei 9 pazienti depressi trattati farmacologicamente: 7 sono risultati affetti da depressione di grado lieve; 2 da depressione di grado moderato; nessuno da depressione di grado severo. Dei 19 pazienti depressi non trattati farmacologicamente invece: 2 sono risultati affetti da depressione di grado lieve; 10 da depressione di grado moderato; 7 da depressione di grado severo.

L'outcome riabilitativo valutato, in termini di recupero della indipendenza, attraverso la somministrazione del Barthel Index, è risultato significativamente migliore nel gruppo dei soggetti non depressi (Gruppo A) rispetto ai soggetti depressi, anche rispetto a quelli che fanno un uso regolare dell' antidepressivo (Gruppo B - Gruppo C).

Tuttavia l'utilizzo dell'antidepressivo, pur non annullando l'impatto sfavorevole della depressione poststroke sulla prognosi riabilitativa, nel nostro studio si è dimostrato in grado di migliorarla, ottimizzando l'utilizzo del potenziale di recupero con riduzione del grado di dipendenza e risultati migliori nel gruppo dei soggetti depressi trattati rispetto al gruppo dei soggetti depressi non trattati (Gonzales-Torrecillas, Mendlewicz, & Lobo, 1995; Paolucci et al., 1999).

Riguardo all'item dell'Hamilton relativo al suicidio, che abbiamo considerato come indice di valutazione della prognosi *quoad vitam*, l'ideazione suicidaria è stata verbalizzata dai pazienti del gruppo B (depressi trattati farmacologicamente) e del gruppo C (depressi non trattati farmacologicamente) ma non dai pazienti del gruppo A (non depressi), ed in particolare da 1 paziente del gruppo B e da 6 pazienti del gruppo C.

Dalla somministrazione dell'SF-36 è emerso che la depressione post-stroke è fortemente correlata con la peggiore qualità di vita reale e percepita, probabilmente in maniera diretta attraverso la sofferenza psicologica, il ritiro e l'isolamento sociale; ed in maniera indiretta attraverso la ridotta efficacia del trattamento riabilitativo nella riacquisizione della propria autonomia, che essa crea. Bisogna dunque guardare oltre i sintomi fisici ed esaminare quelli psicologici e le caratteristiche della personalità per valutare la qualità della vita: queste caratteristiche sono importanti nella pianificazione della riabilitazione e di interventi che aiutino a migliorare il benessere del paziente (Rastenyte & Kranciukaite, 2007).

In conclusione, il nostro lavoro incoraggia una presa in carico globale e multidisciplinare del paziente poststroke che integra competenze neurologiche, psichiatriche, psicologiche e fisiatriche (Brown, Hasson, Thyselius, & Almborg, 2011). Fondamentale è la ricerca, attraverso l'esame

psichiatrico e l'utilizzo di opportune scale di misura specifiche e sensibili, della frequente presenza di depressione già in fase acuta, prima di iniziare la riabilitazione, e comunque durante il primo anno dall'evento, allo scopo di trattarla correttamente con farmaci e/o psicoterapia e quindi di ridurre lo stato di disabilità ed handicap del soggetto, migliorare la sua qualità di vita sia a breve che a lungo termine, e quindi influenzare positivamente sia la prognosi *quoad vitam* che la prognosi *quoad valetudinem* (Vanclay, 1991). Un trattamento esclusivamente psicoterapico va considerato solo per casi lievi od assai moderati, mentre in casi più gravi, con una sintomatologia dichiarata ed evidente, la farmacoterapia è sempre necessaria ed attuabile. Va iniziata partendo da basse dosi di farmaco ed aumentando gradualmente la posologia per minimizzare gli eventuali effetti indesiderati. Possono tuttavia essere trattati con serenità, previa attenta valutazione, anche i pazienti anziani e/o con patologie organiche, poiché i farmaci antidepressivi di ultima generazione presentano un'ottima efficacia, una buona maneggevolezza ed un dimostrato profilo di tollerabilità, essendo privi degli effetti cardiovascolari degli antidepressivi di prima generazione (Burns et al., 1999; Rigatelli, Balestrieri, & Barduzzi, 2002; Van de Meent, Geurts, & Van Limbeek, 2003).

Bibliografia

Arseniou, S., Arvaniti A., & Samakouri M. (2011, July-September). Post-stroke depression: recognition and treatment interventions. *Psychiatrike*, 22, (3), 240-8.

Brown, C., Hasson, H., Thyseius, V., & Almborg, A.H. (2012, July). Post-stroke depression and functional independence: a conundrum. *Acta Neurol Scand*, 126, (1), 45-51. Retrieved from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ane.2012.126.issue-1/issuetoc>

Burns, A., Russell, E., Stratton-Powell, H., Tyrell, P., O'Neill, P., & Baldwin, R. (1999). Sertraline in stroke-associated lability of mood. *Int J Geriatr Psychiatry*, 14, (8), 681-685.

Gainotti, G., Azzoni, A., & Marra, C. (1999). Frequency, phenomenology and anatomical-clinical correlates of major poststroke depression. *Br J Psychiatry*, 175, 163-167.

Gonzales-Torrecillas, J.L., Mendlewicz, J., & Lobo A. (1995). Effects of early treatment of poststroke depression on neuropsychological rehabilitation. *Int Psychogeriatr*, 7, 547-560

Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol*, 6, 278-298.

Mahoney, F., & Barthel, D.W. (1965). Functional Evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J Rehabil*, 14, 61-65.

Paolucci, S., Antonucci, G., Pratesi, L., Traballese, M., Gasso, M.G., & Lubich, S. (1999). Post-stroke depression and its role in rehabilitation of patients. *Arch Phys Med Rehabil*, 80, 985-990.

Rastenyte, D., & Kranciukaite, D. (2007). Poststroke depression and its impact on quality of life. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 43, 1-9.

Rigatelli, M., Balestrieri, M., & Barduzzi, M. (2002). Antidepressivi ed ansiolitici nel paziente con patologie mediche. *Noos*, 1, 47-76.

Vanclay, F. (1991). Functional outcome measures in stroke rehabilitation. *Stroke*, 22, 105-108.

Van de Meent, H., Geurts, AC., & Van Limbeek, J. (2003). Pharmacologic treatment of poststroke depression: a systematic review of the literature. *Top Stroke Rehabil*, 10, 79-92.

La Customer Satisfaction nella Terapia Assistita dall'animale: Indagine sulla soddisfazione percepita dai familiari verso la T.A.A.

di Anna Maria D'Urso^{*}, Lucia Pastore^{}**

Abstract

Viene presentata una indagine di customer satisfaction condotta presso il Centro Sperimentale di Attività e Terapie Assistite dall'Animale dell'Unità Territoriale Riabilitativa di Grottaglie della ASL di Taranto nell'ambito dei programmi sperimentali di Pet Therapy. Si propone un protocollo operativo del centro all'interno di un interesse a testare anche la validità sociale della T.A.A.

Parole chiave: Pet Therapy, Customer Satisfaction, riabilitazione, soddisfazione percepita.

Il presente lavoro si propone di illustrare le finalità, le modalità attuative e gli esiti di una indagine di customer satisfaction condotta presso il Centro Sperimentale di Attività e Terapie Assistite dall'Animale dell'Unità Territoriale Riabilitativa di Grottaglie (UTR 6) della ASL di Taranto nell'ambito dei programmi sperimentali di Pet Therapy in atto da più di quindici anni (D'Urso, Pastore, & Costa, 2010). Tale Servizio eroga ordinariamente prestazioni di fisiochinesiterapia, logoterapia, terapia occupazionale - in ambito ambulatoriale e domiciliare - consulenze specialistiche per patologie neuromotorie, fisiatriche, ortopediche, audiologiche, psicopedagogiche e si occupa di integrazione scolastica, sociale, professionale e lavorativa dell'utenza con disabilità. Oltre agli interventi ordinari, il Servizio offre attività riabilitative Integrative quali la Terapia Assistita dall'Animale, la musicoterapia, l'Horticultural Therapy e laboratori espressivi di ceramica. Nello specifico la Terapia Assistita dal Cane, la Dolphin Therapy e la Riabilitazione Equestre, peculiarità dell'UTR 6, si configurano come interventi riabilitativi e abilitativi a forte valenza integrativa, mediati dall'animale e complementari alle ordinarie prestazioni di tipo sanitario e sociale a favore di utenti in età evolutiva e adulta in situazioni di disabilità, invalidità, handicap dipendenti da qualunque causa. Tali interventi vengono attuati seguendo il protocollo terapeutico ambulatoriale che prevede dietro segnalazione della famiglia, della scuola o dello specialista, la presa in carico di piccoli utenti, ragazzi e adulti. Pertanto, il protocollo operativo del Centro prevede le seguenti fasi:

- Fase preoperativa: l'equipe multidisciplinare del Centro valuta i prerequisiti dell'utenza, le necessità riabilitative e abilitative ed eventuali controindicazioni sanitarie al fine di effettuare una selezione dell'utenza da inserire nei programmi sperimentali di Terapia Assistita dall'Animale. In questa prima fase, quindi, la psicologa e l'assistente sociale provvedono alla raccolta dei dati diagnostici e anamnestici da parte di coloro che seguono l'utente al di fuori del setting riabilitativo, la psicologa, la pedagoga e lo psicomotricista provvedono a effettuare un'osservazione e una valutazione di tipo psico-educativo e psico-motoria dell'utente e con l'aiuto di un medico veterinario anche la congruenza bambino - animale per la scelta dello stimolo più appropriato. A questo punto l'equipe definisce il progetto terapeutico o riabilitativo individualizzato con obiettivi specifici a breve, medio e

^{*} Psicologa e Psicoterapeuta. Dirigente Responsabile del Servizio di Riabilitazione UTR 6 Grottaglie ASL TA1 sede del Centro Sperimentale per le Terapie Assistite dall'Animale.

^{**} Psicologa, Presidente dell'Associazione ARCA, associazione convenzionata ASL per lo svolgimento di Attività e Terapie Assistite dall'Animale presso il Centro Sperimentale per le Terapie Assistite dall'Animale.

lungo termine e il terapeuta e il conduttore dell'animale procedono di volta in volta alla programmazione condivisa di ogni singola seduta.

- Fase operativa: il terapeuta formato rispetto alle Terapie Assistite dall'Animale e il conduttore *pet partner* realizzano le sedute, ciascuna della durata di 20', con il monitoraggio costante effettuato dalla psicologa. Ogni incontro è seguito da un laboratorio educativo di rielaborazione emozionale in cui l'utente può recuperare in forma grafico – pittorica o narrativa l'esperienza effettuata con l'aiuto di personale esperto. Sono previste riunioni settimanali dell'equipe sulle singole sedute, riunioni trimestrali con gli esperti di conduzione e di terapia assistita dall'animale e incontri di confronto con i genitori sull'andamento dell'intervento.

Seguendo tale protocollo operativo, sono stati raccolti dati sulle aspettative e sulla qualità percepita dalle famiglie nei confronti della Terapia Assistita dall'Animale (indicata con l'acronimo T.A.A.), approccio terapeutico complementare alle terapie classiche a cui gli utenti sono sottoposti. Tali rilevazioni sono state confrontate con informazioni di gradimento e qualità percepite da familiari di utenti che usufruiscono solo della terapia ordinaria. Tale studio si colloca all'interno di un percorso di validazione per evidenziare gli effetti di tale co-terapia sulla sfera emotiva, motivazionale, comunicativa e relazionale nonché su abilità cognitive quali l'attenzione e la memoria. L'ipotesi da verificare è che interazioni positive e stimolanti con l'animale e l'operatore contribuiscano ad attivare negli utenti meccanismi di arricchimento emozionale e spinte motivazionali, utili a migliorare la relazione, la comunicazione con l'ambiente e con l'operatore della terapia ordinaria, il comportamento adattivo (autocontrollo, responsabilità personale...) e abilità cognitive deficitarie. Oltre alle valutazioni in ingresso, in itinere e in uscita degli utenti - realizzate con test specifici per ciascuna patologia e griglie etogrammatiche di osservazione di ogni seduta - abbiamo ritenuto utile rilevare l'importanza di tale co – terapia per i familiari dei piccoli utenti e il grado di soddisfazione per gli effetti riscontrati al termine del programma sperimentale.

Per customer satisfaction¹ si intende la misura dello stato in cui i bisogni, i desideri, le aspettative degli utenti sono soddisfatti. L'utilizzo delle indagini di soddisfazione è oggi prassi consolidata nei servizi pubblici e privati allo scopo di perseguire e mantenere uno standard qualitativo il più possibile aderente alle attese dell'utente. Il riferimento è al concetto di "qualità percepita dall'utente", che non è un valore oggettivo, ma soggettivo. E' noto come frequentemente esista un gap tra la qualità prodotta dal servizio e la qualità percepita dagli utenti. Pertanto si definisce la qualità percepita di un servizio come la misura del divario tra le aspettative e le percezioni dell'utente. Considerare la soddisfazione dell'utente vuol dire rafforzare la sua capacità di empowerment, renderlo attivo nel processo di miglioramento e quindi indirettamente ampliare la sua possibilità di determinare la risposta ai propri bisogni. L'utenza di un servizio riabilitativo non è quasi mai costituita da soggetti isolati, ma da realtà parentali più o meno complesse (le famiglie), i cui componenti interagiscono con il servizio su piani differenti, con aspettative e intensità di relazione differenti. Tuttavia è d'obbligo una precisazione: affermare che l'utente e le famiglie siano i migliori giudici della qualità di un servizio è inesatto. Costoro, infatti, sono certamente i migliori giudici della loro soddisfazione sul trattamento ricevuto, ma difficilmente potranno avere una visione globale dell'intervento ed esprimersi su tutti gli aspetti dell'assistenza. Il loro parere, pertanto, dovrà essere combinato con quello degli altri "attori" coinvolti nel servizio (operatori). Nello specifico, uno dei punti di forza delle Terapie Assistite dall'Animale è il rapporto con le famiglie, qualitativamente più ricco di scambi emozionali, con maggiore condivisione

¹ Cfr: Dipartimento della Funzione Pubblica per l'efficienza delle amministrazioni. (2003). *La Customer Satisfaction nelle amministrazioni pubbliche: Valutare la qualità percepita dai cittadini*. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Catanzaro: Rubettino. E, Assessorato Politiche per la Salute, Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna. (2006). *Rilevazione della soddisfazione nei Servizi per anziani: Proposte metodologiche*. Bologna: Author

dei vissuti della terapia, maggior “compliance” e un rapporto più paritetico: spesso il familiare assume il ruolo di osservatore della seduta, non ci sono porte chiuse, vi è un minor tecnicismo, con la conseguente possibilità di trasferire più facilmente i benefici della terapia al quotidiano del soggetto e della sua famiglia. È nota l'importanza ai fini terapeutici, che la famiglia agisca in continuità con il lavoro riabilitativo effettuato dagli operatori, ma perché questo accada è necessario assicurarsi una buona alleanza anche con i familiari. Riteniamo che alcuni degli elementi costitutivi della compliance siano l'importanza attribuita all'intervento e il livello di soddisfazione per gli esiti raggiunti, ovvero la qualità percepita del servizio.

La realizzazione dell'indagine di customer satisfaction

In questo studio è stata rilevata la soddisfazione delle famiglie degli utenti, attraverso la misura delle loro aspettative, la loro valutazione dell'esperienza con il servizio e l'importanza attribuita al programma sperimentale al quale i loro figli avevano partecipato (la Terapia Assistita dall'Animale in aggiunta ai trattamenti riabilitativi ordinari). Tali valutazioni sono state confrontate con le considerazioni espresse dai familiari di coloro che usufruivano solo della terapia ordinaria (training abilitativi e riabilitativi, cognitivo – comportamentali e psicoeducativi). L'analisi qualitativa sui punti di forza e di debolezza delle terapie offerte dal Servizio - tra cui anche la Terapia Assistita dall'Animale - ha evidenziato le seguenti aree come oggetto di valutazione per la qualità percepita dall'utente:

- Qualità dell'assistenza (relazione con gli operatori)
- Coinvolgimento dei familiari
- Rilevanza dell'intervento rispetto ai bisogni dell'utente e del familiare
- Impatto dell'intervento sui problemi e sui bisogni dell'utente e dei familiari

Ciascuna di queste aree è stata valutata rispetto all'importanza e al grado di soddisfazione per i familiari. Il questionario è stato dotato di domande filtro e di controllo: le prime per verificare se la persona che compilava il questionario possedesse o meno le caratteristiche necessarie in relazione all'obiettivo della ricerca (per es. reale contatto con il servizio e gli operatori,...), le seconde per verificare l'attendibilità di risposte precedentemente date. Questa strutturazione ha portato a invalidare due questionari. I questionari sono stati auto compilati dai genitori in forma anonima per evitare condizionamenti nelle risposte; l'elaborazione dei dati è stata condotta da valutatori esterni che fossero imparziali rispetto alle finalità dello studio. La standardizzazione e la prevalenza di domande in forma chiusa non hanno permesso la personalizzazione del questionario e il suo adattamento al vissuto individuale. Per ovviare a tali limiti sono stati inseriti approfondimenti specifici agli item ritenuti maggiormente significativi, introducendovi domande di chiarimento (Perché? In quali occasioni?) utili per un'analisi qualitativa oltre che quantitativa. Sono stati coinvolti due gruppi di genitori (con un totale di 20 famiglie per ciascun gruppo), attentamente selezionati sulla base della loro assiduità al trattamento, della tipologia e della gravità della problematica. Nello specifico sono stati coinvolti genitori di bambini e giovani adulti con marcate difficoltà emotivo – motivazionali oltre che relazionali, con ritardi mentali lievi e moderati, in associazione a problematiche di apprendimento e comportamentali. A seguire gli esiti del lavoro condotto.

Gradimento verso il servizio ricevuto

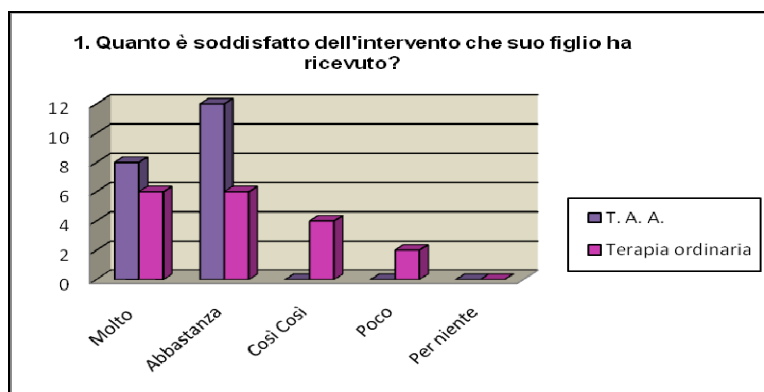


Grafico 1.1

Dall'osservazione del grafico 1.1 si evince come tutte le famiglie degli utenti che partecipano ai programmi di Terapia Assistita dall'Animale siano soddisfatte dell'intervento. Ben più distribuita è la valutazione delle terapie ordinarie. Si precisa che la terapia complementare, oggetto di tale studio, è svolta dagli stessi operatori che effettuano le terapie ordinarie. Questo ha permesso di escludere l'incidenza, su tali risultati, dell'influenza esercitata dalle caratteristiche individuali e professionali del terapeuta. L'unica variabile non controllata è il diverso entusiasmo e la differente motivazione dell'operatore nell'effettuare i due tipi di interventi, ma questo dato potrebbe suggerire l'ulteriore punto di forza di tale coterapia, ovvero la piacevolezza e la maggiore motivazione dell'operatore a lavorare con un animale in un setting naturale più che in una asettica stanza di terapia.

Impatto dell'intervento sui problemi e sui bisogni dell'utente e dei familiari

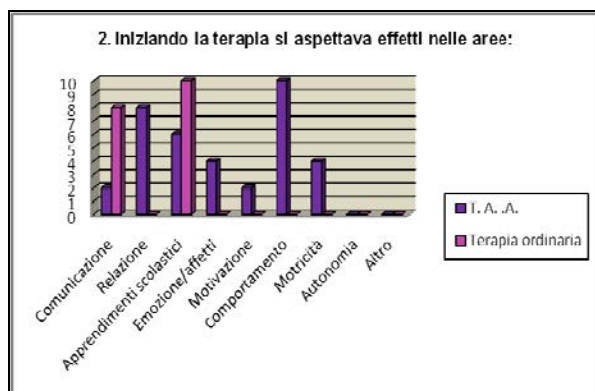


Grafico 1.2

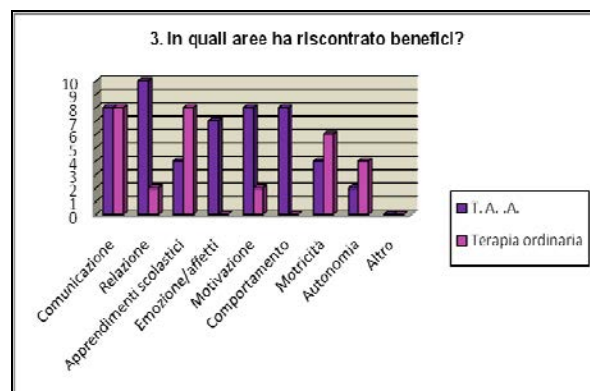


Grafico 1.3

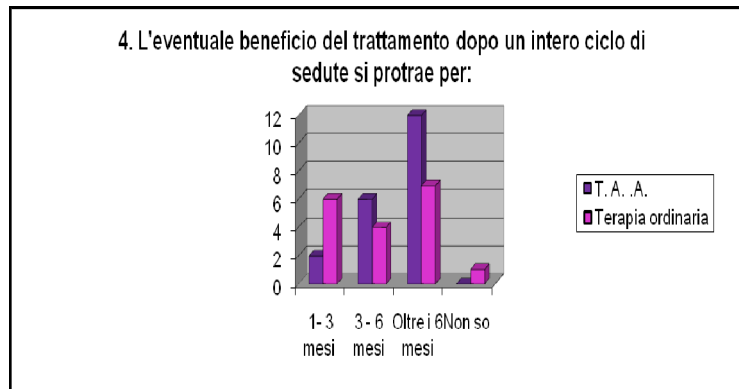


Grafico 1.4

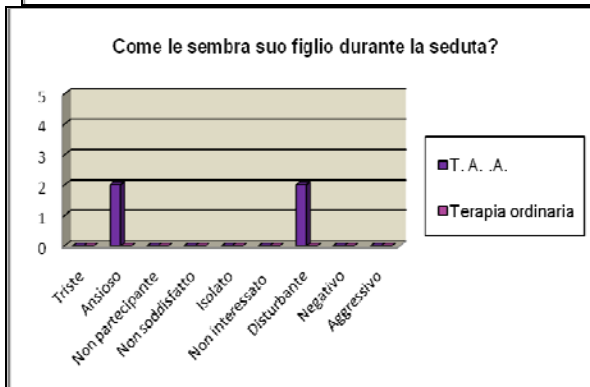
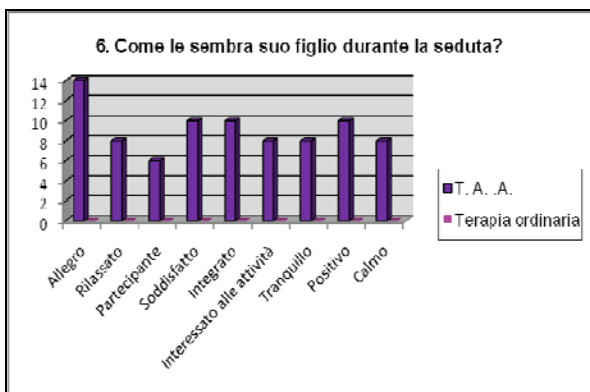


Grafico 1.5

Grafico 1.6

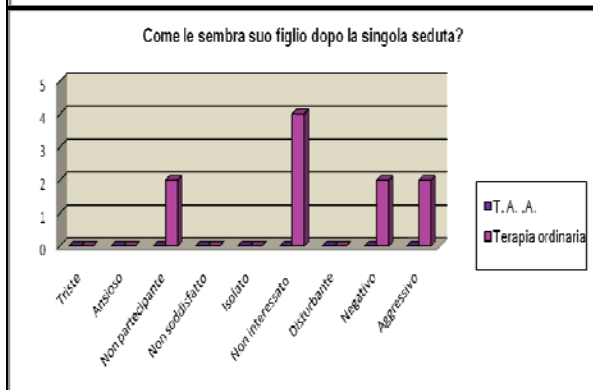
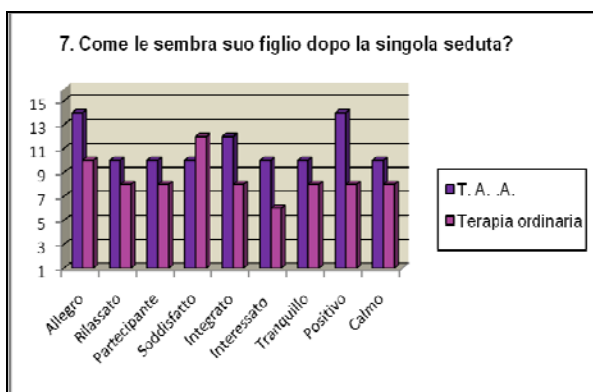


Grafico 1.7

Grafico 1.8

Nei grafici 1.2 e 1.3 sono state messe a confronto le aspettative di miglioramento - precedenti al trattamento - e gli effetti riscontrati al termine dello stesso. I benefici che i genitori riscontrano nei figli al termine del programma di Terapia Assistita confermano le aspettative più che nelle terapie ordinarie, con l'evidenziazione di maggiori effetti positivi in tutti gli ambiti valutati rispetto alla terapia ordinaria, in modo particolarmente evidente nell'area dell'emozionalità, della relazione e del comportamento. La terapia ordinaria sembra procurare benefici solo nell'area della comunicazione, degli apprendimenti scolastici, dell'autonomia e della motricità, aree oggetto di training abilitativi e riabilitativi mirati, trascurando, pertanto, la sfera emotiva e relazionale - aree importanti nell'incrementare l'autostima e il senso di autoefficacia - e la motivazione, come requisito indispensabile per garantire la partecipazione continuativa del bambino. Valutazioni di follow up hanno evidenziato che i benefici della T.A.A. sono stati mantenuti anche nei mesi successivi e 12 famiglie su 20 hanno affermato di aver riscontrato un mantenimento di tali effetti anche oltre i 6 mesi dall'interruzione del programma riabilitativo. Durante le sedute di T.A.A. i genitori rilevano una netta predominanza di emozioni positive rispetto a quelle negative, in una condizione generale di benessere e partecipazione; dopo la seduta sono rilevate condizioni di benessere sia per le T.A.A. che per le terapie ordinarie, sebbene si riscontrino sistematicamente valori più alti nella prima circa le emozioni positive; comportamenti di demotivazione e aggressività sono stati evidenziati solo al termine degli incontri di terapia ordinaria. Nei grafici 1.5 e 1.6 non sono presenti valutazioni circa lo stato dell'utente durante le sedute di terapia ordinaria dal momento che queste si svolgono a porte chiuse e i genitori non hanno l'opportunità di cogliere le reazioni emotive dei loro figli, a differenza di quanto accade nella Terapia Assistita dall'Animale in cui i genitori sono presenti e sovente vi prendono parte.

Rilevanza dell'intervento rispetto ai bisogni dell'utente e del familiare

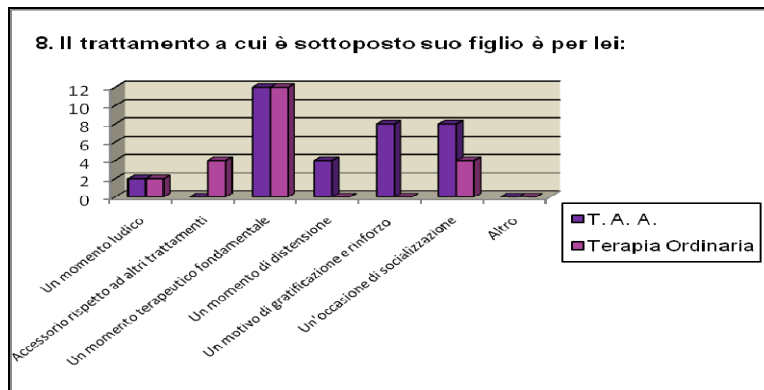


Grafico 1.9

Nel grafico 1.10 si evidenzia che la T.A.A. è stata valutata da 12 famiglie su 20 come un momento terapeutico fondamentale al pari della Terapia ordinaria, ma anche come un momento di distensione, di gratificazione, di rinforzo e di socializzazione. Tali qualità sono state attribuite solo in minima parte alle terapie ordinarie. Si ritiene che tali aspetti siano determinanti nel contribuire al benessere psicofisico del bambino in trattamento e ad accentuare le sue motivazioni al percorso riabilitativo in atto.

Impatto dell'intervento sui problemi e sui bisogni dell'utente e dei familiari

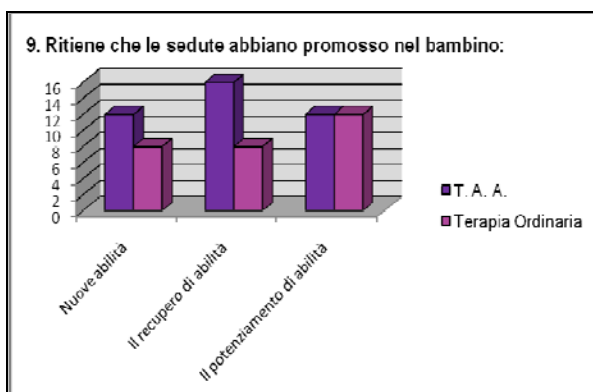


Grafico 1.11

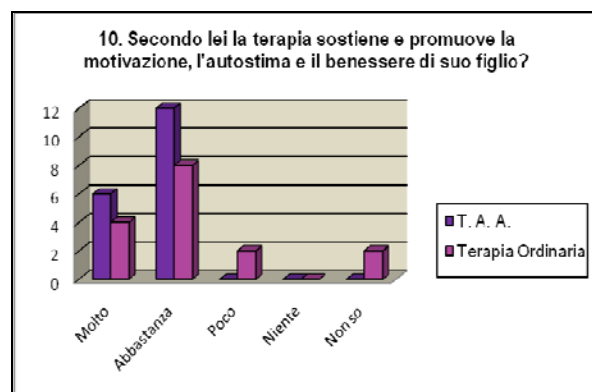


Grafico 1.12

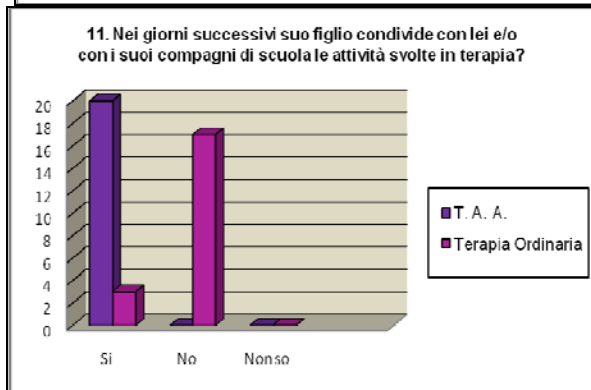
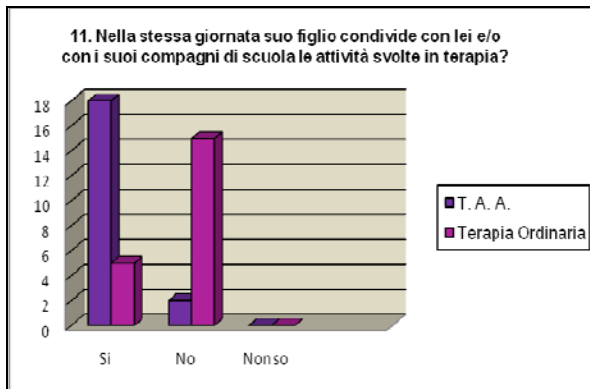


Grafico 1.13

Grafico 1.14

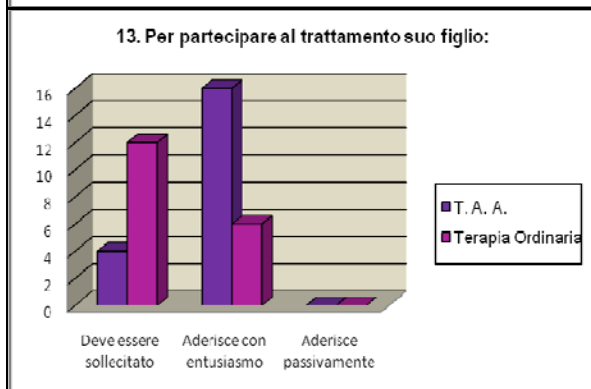
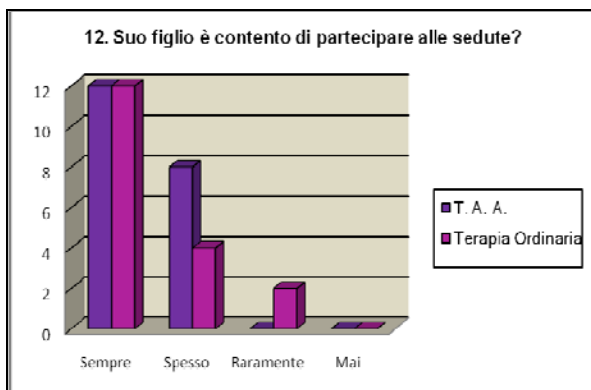


Grafico 1.15

Grafico 1.16

Secondo i familiari la T.A.A. favorirebbe l'acquisizione, il recupero e il potenziamento di abilità, finalità che sono specifiche delle terapie abilitative e riabilitative ordinarie. Inoltre tutte le famiglie coinvolte nella Terapia Assistita affermano che essa è di sostegno alla motivazione e all'autostima del bambino, aspetti che talvolta sono difficili da perseguire e mantenere durante l'intero percorso terapeutico. Dai grafici 1.13 e 1.14 emerge che la condivisione emotiva delle attività svolte in terapia con l'animale si attesta su valori più alti rispetto a quanto non accada nella terapia ordinaria, sia nell'arco della stessa giornata che nei giorni successivi. 16 famiglie su 20 riferiscono che i loro figli aderiscono con entusiasmo agli incontri di T.A.A. e solo 4 genitori affermano che i loro figli devono essere sollecitati. Tale dato diventa ancora più significativo se rapportato al maggior numero di genitori (12 su 20) che riferiscono di dover sollecitare il proprio figlio a recarsi presso la struttura riabilitativa per il trattamento ordinario. Si ritiene che la modalità di partecipazione al trattamento sia uno degli indicatori della motivazione e del coinvolgimento attivo, con la conseguente possibilità di trarre maggiori benefici nelle diverse aree oggetto di intervento.

Qualità dell'assistenza (relazione con gli operatori)

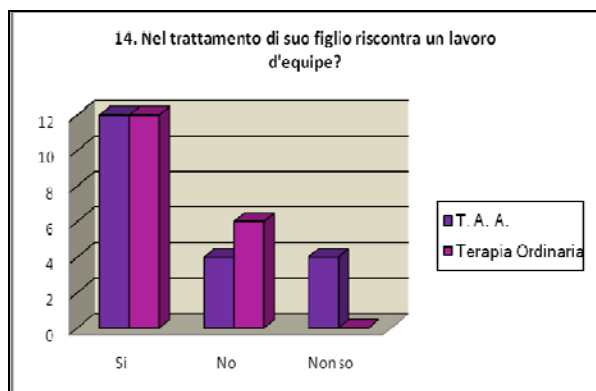


Grafico 1.17

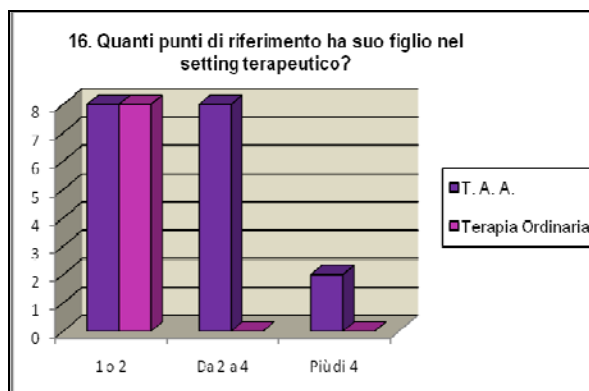


Grafico 1.18

In questa area di indagine è stato valutato il clima relazionale di supporto che il familiare percepisce nella terapia ordinaria e nella T.A.A., fattore determinante nel definire la qualità di un qualsiasi intervento terapeutico, fonte di rassicurazione circa il fatto di non sentirsi soli nell'affrontare la problematica del proprio figlio ma circondati da più professionisti a cui potersi rivolgere per un sostegno. Si evince come i genitori percepiscano un lavoro di equipe sia nelle T.A.A. che nelle Terapie ordinarie. tuttavia quando viene loro chiesto di indicare il numero di operatori che fungono da costante punto di riferimento per loro e per i loro figli (grafico 1.18) emerge come tali riferimenti siano più numerosi nella T.A.A. rispetto alle Terapie ordinarie. Infatti non solo negli incontri di programmazione e valutazione delle attività, ma anche durante le sedute di T.A.A. vi partecipano il terapeuta del bambino, lo psicologo per il monitoraggio degli obiettivi perseguiti e il conduttore dell'animale, anch'egli con competenze relazionali nell'approccio con l'utente.

Coinvolgimento dei familiari

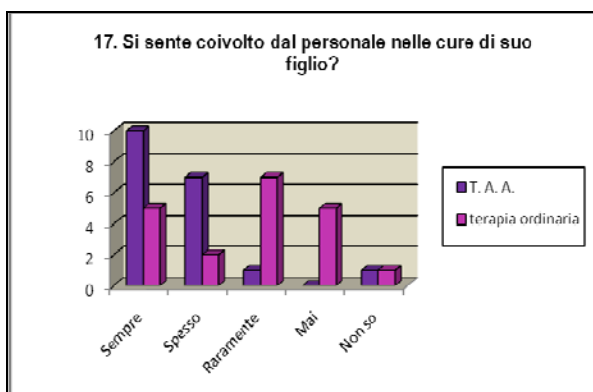


Grafico 1.19

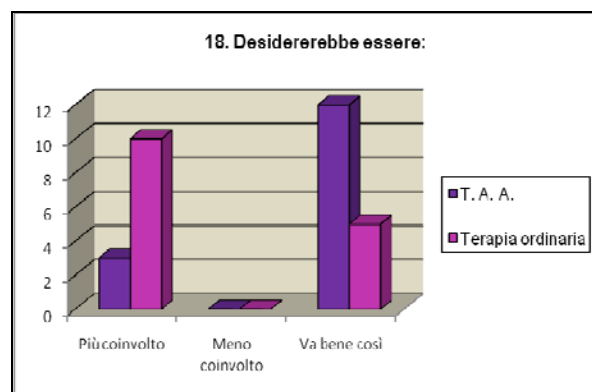


Grafico 1.20

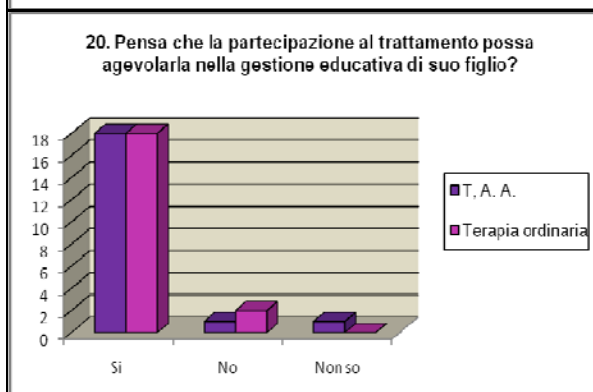
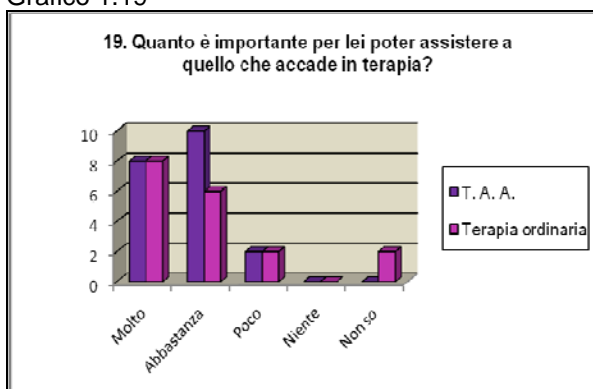


Grafico 1.21

Grafico 1.22

Attraverso questa area di indagine si è cercato di capire quanto i genitori si sentano coinvolti nelle cure del proprio figlio durante le sedute e quanto sia importante per loro prendervi parte attivamente. Dal primo grafico si evince come la partecipazione e il coinvolgimento percepito siano sistematicamente maggiori nelle sedute di Terapia Assistita rispetto alle sedute di terapia ordinaria. L'importanza di esplorare tale area nella valutazione del livello di soddisfazione soggettiva si evince dagli ultimi due grafici: i genitori di entrambi i gruppi valutano importante la possibilità di assistere alla terapia per trarre agevolazioni nella gestione educativa dei propri figli.

Rilevanza dell'intervento rispetto ai bisogni dell'utente e del familiare

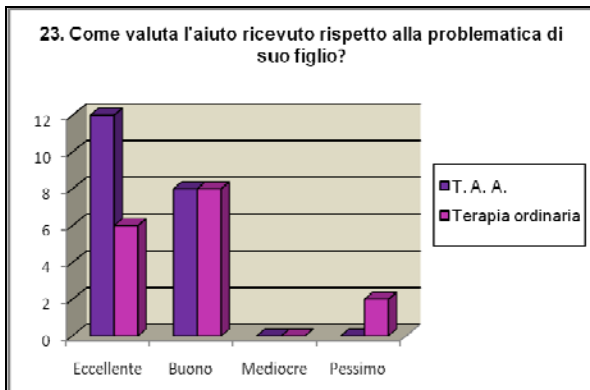


Grafico 1.23

Grafico 1.24

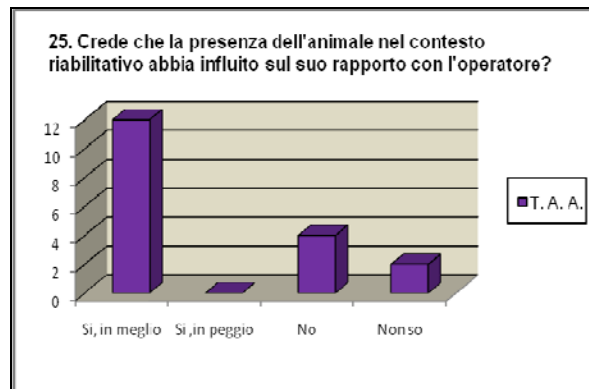


Grafico 1.25

Come domanda conclusiva è stato chiesto di esprimere una valutazione globale sull'aiuto ricevuto rispetto alla problematica del proprio figlio ed è stato confortante riscontrare valutazioni estremamente positive in relazione alla T.A.A. Tutti i genitori si sono dimostrati favorevoli all'interazione del proprio figlio con un animale ai fini terapeutici. Infatti 12 genitori su 20 hanno affermato che tale interazione ha influito positivamente anche sulla propria relazione con l'operatore/gli operatori di riferimento, contribuendo a determinare un clima meno "istituzionalizzato" e più disteso.

Conclusioni

Gli autori di tale studio ritengono che nella cura della persona sia fondamentale affiancare alle terapie ordinarie interventi complementari e olistici come la Terapia Assistita dall'Animale, al fine di effettuare una presa in carico globale dell'utente, che tenga conto delle problematiche fisiche, psichiche e sociali associate o conseguenti la patologia diagnosticata. In linea con il modello biopsicosociale della salute, consensualmente riconosciuto da tutti coloro che operano nel campo della cura della persona, si ritiene che sia indispensabile una presa in carico non solo dell'utente ma anche del contesto sociale nel quale egli è inserito, per facilitare il suo adattamento all'ambiente e per favorire un incremento dell'empowerment individuale e collettivo nella scelta e nella valutazione delle terapie. Se in tale studio è stato selezionato un piccolo campione di 20 famiglie per entrambi i gruppi, il nostro proposito sarà quello di estendere la somministrazione del questionario a tutti coloro che partecipano direttamente o attraverso l'esperienza di un proprio caro ai programmi di Terapia Assistita dall'Animale, nonché agli educatori che seguono l'utente nel contesto scolastico e agli operatori che effettuano sia le terapie ordinarie che quelle complementari. Tali rilevazioni, in aggiunta alle procedure sperimentali di valutazione dell'efficacia, saranno utili per testare la validità sociale della T.A.A., per chiarire quali siano i suoi punti di forza e di debolezza e per migliorare la qualità del servizio offerto.

Bibliografia

Assessorato Politiche per la Salute, Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna. (2006). *Rilevazione della soddisfazione nei Servizi per anziani: Proposte metodologiche*. Bologna: Author

D'Urso, A., Pastore, L., & Costa, S. (2010). Il Parco del Sorriso, UTR Grottaglie, Taranto: centro di attività educative e terapeutiche assistite dall'animale. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 122 – 133

Dipartimento della Funzione Pubblica per l'efficienza delle amministrazioni. (2003). *La Customer Satisfaction nelle amministrazioni pubbliche: Valutare la qualità percepita dai cittadini*. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Catanzaro: Rubettino.

Prevalenza del tatuaggio e del body piercing e relazione con il corpo in un campione di 485 studenti universitari: risultati preliminari.

di Marina Martino, Stefania Cella, Mara Iannaccone, Paolo Cotrufo*

Abstract

Oggetto: Abbiamo condotto uno studio con i seguenti obiettivi: 1) quantificare la prevalenza di soggetti che ricorrono a pratiche di *body modifications* (BM) in una popolazione naturale; 2) indagare le motivazioni coscienti che spingono questi soggetti a ricorrere a tali pratiche; 3) rilevare eventuali differenze nella relazione con il proprio corpo tra soggetti che praticano BM e quelli che non le praticano; 4) valutare l'eventuale presenza di preoccupazioni riguardo la propria immagine corporea. *Metodo:* Abbiamo somministrato a una popolazione di studenti universitari i seguenti strumenti: una scheda socio-demografica *ad hoc*; la scala IM dell'EDI2; il Body Uneasiness Test; il General Health Questionnaire 28. *Risultati:* Il campione è composto da 485 soggetti di età compresa tra i 18 e i 40 anni. Il 15,1% dei soggetti riporta la presenza di tatuaggi e il 21,9% di piercing. La presenza di tatuaggi e/o piercing risulta essere correlata con comportamenti a rischio. È presente nei soggetti BM una maggiore preoccupazione riguardo la propria immagine corporea. Le principali motivazioni coscienti che spingono questi soggetti alle BM sono risultate essere l'espressione di se stessi e il ricordare. *Discussione:* I risultati ottenuti dal nostro studio confermano che anche in Italia vi è un incremento di BM, in conformità con quanto riportato in letteratura. Sembra inoltre essere presente, in coloro che ricorrono a tali pratiche, una peculiare relazione con il proprio corpo.

Parole chiave: tatuaggi, piercings, body modification, autolesionismo

Introduzione

La *body modification* (BM) comprende una serie di pratiche di modificazioni corporali permanenti che vanno dal comune tatuaggio o piercing fino a pratiche quali il cutting, l'impianto di materiali sottocute, scarificazioni, mutilazioni, chirurgia plastica e body building. Risulta ancora scarsa la produzione scientifica sul tema. La maggior parte degli studi è focalizzata principalmente su tatuaggi e piercing e punta a rilevare la diffusione epidemiologica e a indagare la possibile associazione tra BM e comportamenti a rischio e/o eventuali implicazioni psichiatriche.

Le ricerche epidemiologiche effettuate negli ultimi anni hanno riscontrato un considerevole incremento di tali pratiche sia nella popolazione adolescenziale che in quella adulta. Uno studio condotto in Germania su un campione composto da 2043 soggetti tra i 14 ed i 93 anni, riporta la presenza di tatuaggi nell'8,5% della popolazione e

*Osservatorio sui disturbi alimentari. Dipartimento di Psicologia, seconda Università di Napoli. Corrispondenza: prof. Paolo Cotrufo, Dipartimento di Psicologia, Seconda Università di Napoli, Via Vivaldi 43 - 81100 – Caserta; e-mail: paolo.cotrufo@unina2.it

di piercing nel 6,5%. Dallo studio emerge che l'incremento di tatuaggi e piercing è maggiore nella fascia di età compresa tra i 14 e di 24 anni. Inoltre, i soggetti con tatuaggi risultano avere punteggi più elevati nelle scale del GHQ (General Health Questionnaire) rispetto a chi pratica altre forme di BM. I soggetti con tatuaggi e/o piercings risultano più impulsivi e hanno una maggiore tendenza verso la ricerca di sensazioni (Stirn, Hinz, & Brahler, 2005). Stieger, Pietschnig, Kastner, Voracek, e Swami (2010), su un campione di 440 soggetti, hanno rilevato una prevalenza del 19,8% per i piercing e del 15,2% per i tatuaggi. Le donne risultano avere più piercing rispetto agli uomini mentre non emergono differenze significative riguardo i tatuaggi. Un altro studio condotto in Inghilterra su 10,503 soggetti di oltre 16 anni rileva che il 10% della popolazione ha piercing (Bone, Ncube, Nichols, & Noah, 2008). In Australia, su 10,030 soggetti di oltre 14 anni, il 10,1% ha tatuaggi ed il 6,7% piercings, in particolare gli uomini risultano avere una percentuale più alta di tatuaggi rispetto alle donne (11,9% vs 8,5%; Makkai & McAllister, 2001). Negli Stati Uniti, in uno studio simile, su 500 soggetti di età compresa tra i 18 ed i 50 anni, si rileva una prevalenza di tatuaggi nel 24% e di piercing nel 14% (Laumann & Derick, 2006). Uno studio condotto su una popolazione di 4,524 adolescenti italiani ha evidenziato una prevalenza di piercing e tatuaggi rispettivamente nel 20% e nel 6% del campione (Cegolon et al., 2010). Uno studio longitudinale condotto da Roberts e Ryan (2005) tra il 1995 ed il 1996 su un campione di 6072 adolescenti, rileva la presenza di tatuaggi nel 4.5% del campione, e una associazione significativa tra l'essere tatuati e l'uso di sostanze stupefacenti, comportamenti violenti, problemi scolastici e una maggiore attività sessuale.

Alcuni studi hanno riscontrato una correlazione positiva tra l'aver piercing e/o tatuaggi e comportamenti quali l'abuso di sostanze, una maggiore attività sessuale ed il coinvolgimento in procedimenti penali (Armstrong, Roberts, Owen, & Koch, 2004; Drews, Allison, & Probst, 2000; Koch, Roberts, Armstrong, & Owen, 2005, 2007; Mayers, Judelson, Moriarty, & Rundell, 2002).

E' stato anche evidenziato che la maggior parte dei soggetti che praticano modificazioni corporali indicano come motivazioni principali l'espressione della propria individualità, il desiderio di unicità e di abbellire il proprio corpo. Altre motivazioni rilevate sono le tradizioni culturali, l'appartenenza a un gruppo, la forza fisica e l'anticonformismo (Armstrong, Roberts, Owen, & Koch, 2002; Wohlrab, Stahl, Rammsayer, & Kappeler, 2007).

Nella letteratura presente sembra non essere ancora stata affrontata una questione che a nostro parere merita una prima valutazione: se, ed eventualmente in che modo, è compromessa la relazione soggettiva con il proprio corpo. A partire dai dati emersi in letteratura, abbiamo lanciato un progetto di ricerca con i seguenti obiettivi: 1) quantificare la prevalenza di tatuaggi, piercing e comportamenti autolesivi in una popolazione di studenti universitari italiani; 2) indagare eventuali differenze nella relazione con il proprio corpo tra soggetti che praticano BM e quelli che non le praticano; 3) rilevare le motivazioni coscienti che spingono questi soggetti alle BM; 4) valutare l'eventuale presenza di preoccupazioni riguardo la propria immagine corporea.

Materiali e metodi

Abbiamo somministrato, previo consenso informato e nel rispetto delle norme della privacy, a studenti universitari della Facoltà di Psicologia della Seconda Università di Napoli, i seguenti strumenti:

- Una scheda socio-demografica costruita *ad hoc* per raccogliere informazioni riguardo: peso, altezza, attività sportiva, orientamento sessuale, vita sessuale, abuso di sostanze

stupefacenti, problemi giudiziari, condotte autolesionistiche, presenza di BM e le motivazioni circa il desiderio di modificare il proprio corpo;

- La scala Impulso alla magrezza (IM) dell'Eating Disorders Inventory 2 (EDI 2; Garner, 1991);

- Il Body Uneasiness Test (BUT-parte A; Cuzzolaro et al., 2000) per la valutazione del disagio relativo all'immagine del proprio corpo;

- Il General Health Questionnaire (GHQ; Golberg, 1972);

I dati sono stati elaborati attraverso l'utilizzo di statistiche descrittive e analisi delle frequenze. Abbiamo utilizzato il T test per campioni indipendenti per verificare eventuali differenze legate alla presenza/assenza d'interventi di modificazione corporale per le variabili prese in considerazione ($p=0.05$). Per il confronto tra le variabili di tipo categoriale abbiamo utilizzato il χ^2 per verificare la presenza di correlazioni significative.

Risultati

Il campione è composto da 485 soggetti di età compresa tra i 18 ed i 52 anni ($m=22,36$; $ds=4,527$), l'85,8% ($n=416$) è di sesso femminile ed il 14,2% ($n=69$) di sesso maschile. Il 15,1% ($n=73$) del campione totale riporta la presenza di tatuaggi ed il 21,9% ($n=106$) di piercing.

Abbiamo suddiviso il campione in due gruppi: soggetti con tatuaggi e/o piercing ($n=147$) e soggetti con nessun tatuaggio e/o piercing ($n=338$). L'87,8% dei soggetti con tatuaggi e/o piercing è di sesso femminile ed il 12,2% di sesso maschile. Dal confronto tra i due gruppi, è risultato che i soggetti del gruppo con tatuaggi e/o piercing riportano punteggi significativamente più elevati nella scala IM ($p=.015$) dell'EDI-2, nelle scale WP (*weight phobia*, paura morbosa dell'aumento di peso; $p=.039$), e CSM (*Compulsive Self Monitoring*, controllo compulsivo dell'aspetto fisico; $p=.027$) del BUT e, nelle scale A (sintomi somatici; $p=.025$) e B (ansia; $p=.043$) del GHQ. Non sono emerse differenze significative nelle altre scale (Tab.1).

Dal confronto tra i due gruppi rispetto alle variabili della scheda socio-demografica, è emerso che i soggetti del gruppo con tatuaggi e/o piercing riportano punteggi significativamente più elevati in alcune di esse. Nello specifico il gruppo di soggetti con tatuaggi e/o piercing differisce dal gruppo di controllo rispetto al giudizio sulla propria vita sessuale (estrema, $p=.000$), all'uso di sostanze stupefacenti ($p=.012$), all'essere stato vittima di abusi/violenze ($p=.031$), al procurarsi ferite ($p=.000$) e tagli ($p=.000$). Il 17,7% ($n=26$) del gruppo con tatuaggi e/o piercings supera il cut-off della scala IM dell'EDI2, contro l'8,3% ($n=28$) del gruppo di controllo ($p=.002$; Tab.2).

Il 30,8% del gruppo di soggetti con piercing e/o tatuaggi dichiara di avere sempre voglia di farne ancora uno, il 25,7% dichiara che attraverso gli interventi di modificazione il corpo diventa sempre più espressione di ciò che sentono di essere. Il 41,8% ha intenzione di fare altri interventi sul proprio corpo ed il 76,9% riferisce di conoscere il motivo per il quale ha iniziato a praticare tali interventi. Le motivazioni che risultano avere frequenze maggiori sono: esprimere se stessi (31,3%), ricordare (27,2%), decorare il corpo (17%), essere attraente (10,9%), sentire il corpo (6,1%). Inoltre il 41,5% dichiara che la scelta di ricorrere a pratiche di modificazione corporale è stata tollerata dal proprio contesto di appartenenza (Tab.3).

Discussioni

Nel nostro campione il 15,1% dei soggetti riporta la presenza di tatuaggi ed il 21,9% di piercing. Questi risultati, confrontati con altri studi presenti in letteratura, sembrano indicare che, in Italia, la prevalenza dei soggetti che ricorrono alle BM sia omogenea a quella di altri paesi occidentali. Diversi studi, infatti, hanno rilevato una prevalenza di BM negli ultimi anni con stime che variano dal 6% al 25% circa (Makkai & McAllister, 2001; Laumann & Derick, 2006; Stirn, Hinz, & Braehler, 2005). In letteratura è stata più volte confermata l'associazione tra le pratiche di BM ed alcuni comportamenti. I soggetti che ricorrono a tali pratiche risultano fare un maggior uso di sostanze stupefacenti, avere una maggiore attività sessuale e comportamenti violenti (Armstrong, Roberts, Owen, & Koch, 2004; Drews, Allison, & Probst, 2000; Koch, Roberts, Armstrong, & Owen, 2005, 2007; Mayers, Judelson, Moriarty, & Rundell, 2002). Nel presente studio il gruppo di soggetti con tatuaggi e/o piercing differisce significativamente dal gruppo di controllo riguardo al giudizio sulla propria vita sessuale come estrema e all'uso di sostanze stupefacenti. Dai nostri dati risultano emergere, per il gruppo di ricerca, una più frequente tendenza a mettere in atto alcuni comportamenti autolesivi, come il procurarsi tagli e ferite. Tali risultati contrastano con quanto rilevato da Claes, Vanderdeycken, e Vertommen (2005) che mette in evidenza, invece, come il ricorrere a pratiche di modificazione corporea possa fungere da fattore protettivo contro le condotte autolesionistiche. Riteniamo questo risultato piuttosto interessante e meritevole di ulteriori approfondimenti.

Romans, Martin, Morris, e Harrison (1998) indagarono la relazione tra l'aver tatuaggi e piercing e le esperienze traumatiche. In quello studio è stato evidenziato come le donne tatuate riferissero più episodi di abuso sessuale infantile rispetto alle non tatuate. Tale dato sembra emergere anche nel nostro studio in cui il gruppo di ricerca riporta una percentuale significativamente più elevata, rispetto al gruppo di controllo, nel ritenere di essere stati vittime di abusi/violenze.

Rispetto alla relazione con il proprio corpo i risultati ottenuti mostrano, nel gruppo di ricerca, una maggiore preoccupazione rispetto alla propria immagine corporea. Nello specifico tali preoccupazioni riguardano la paura morbosa dell'aumento di peso, il controllo compulsivo dell'aspetto fisico e l'impulso alla magrezza. Questi risultati sembrano confermare uno studio di Carroll e Anderson (2002) che rileva, in soggetti che ricorrono a pratiche di BM, sensazioni e sentimenti negativi riguardo al proprio corpo. Rispetto alla presenza di disagio psicologico, il nostro studio evidenzia punteggi significativamente più elevati, per il gruppo di ricerca, nelle scale dell'ansia e dei sintomi somatici. Tali dati confermano quelli ottenuti da Stirn et al. (2005) nel cui studio i soggetti che ricorrono a pratiche di BM risultano avere punteggi più elevati nelle scale del GHQ.

Riguardo le principali motivazioni coscienti che spingono questi soggetti alle BM, i risultati ottenuti sono in linea con quelli presenti in letteratura. Il 31,3% indica come motivazione l'espressione di se stessi, mettendo in evidenza un uso del corpo come strumento per esprimere l'identità e l'individualità (Armstrong, Roberts, Owen, & Koch, 2002). Il ricordare (27,2%) rappresenta un'altra motivazione indicata dal gruppo di ricerca e confermata da alcuni studi in cui, in particolare, emerge che il marcare il proprio corpo con tatuaggi e/o piercing può essere considerato un modo per ricordare, per registrare, inscrivendola sul corpo, una storia o un particolare evento (Atkinson, 2002; Wohlrab, Stahl, Rammsayer, & Kappeler, 2007). Da questi risultati sembra emergere una questione che potrebbe dare spunto a ulteriori ricerche e approfondimenti, quella che i soggetti che ricorrono alle BM abbiano una relazione con il corpo piuttosto peculiare, in particolare sembra che utilizzino il proprio corpo come importante strumento di espressione del proprio senso identitario e del proprio disagio psicologico, fino alle pratiche autolesionistiche. Questa eventualità confermerebbe le suggestive ipotesi teoriche, ancora prive di un supporto empirico, di Le Breton (2000, 2003).

Lo studio presenta alcuni limiti. Questi si riferiscono in particolare alla numerosità del campione, alla maggior presenza di soggetti di sesso femminile e a un'eccessiva omogeneità socio-culturale del nostro campione. Tali limiti non hanno consentito di effettuare confronti legati ad eventuali differenze di genere e valutare la diffusione di queste pratiche in gruppi socio culturali differenti. Riteniamo, dunque, necessari ulteriori approfondimenti in particolare visti i risultati preliminari ottenuti e la coerenza tra questi e quanto riportato in letteratura.

Tabella 1 – Confronto tra campione con tatuaggi e/o piercing vs campione con nessun tatuaggio e/o piercing per le scale IM dell'EDI2, del BUT e del GHQ.

| | t | gdl | p | Punteggi medi | |
|--------------|------------|-----|-------------|--|---------------|
| | | | | Nessun piercing e/o tatuaggi e/o tatuaggi N (338) (147) | Piercing N |
| EDI 2 | | | | | |
| IM | - 2,430 | 483 | ,015 | 5,52 | 4,18 |
| BUT | | | | | |
| WP | - 2,074 | 483 | ,039 | 1,76 | 1,54 |
| CSM | - 2,223 | 483 | ,027 | 1,09 | ,935 |
| BIC | -0,982 | 483 | ,326 | 1,270 | 1,175 |
| A | ,883 | 483 | ,378 | ,375 | ,432 |
| D | - 1,492 | 483 | ,136 | ,629 | ,522 |

| | | | | | |
|----------------------------|------------|-----|-------------|------|-------------|
| GSI | - 1,489 | 483 | ,137 | 1,09 | ,981 |
| GHQ | | | | | |
| Sintomi somatici | - 2,252 | 483 | ,025 | 2,03 | 2,63 |
| Ansia | - 2,027 | 483 | ,043 | 2,57 | 3,25 |
| Disfunzione sociale | - 1,916 | 483 | ,056 | 1,28 | 1,70 |
| Depressione | - 1,364 | 483 | ,174 | 1,08 | ,78 |

Tabella2 – Confronto tra campione con tatuaggi e/o piercing vs campione con nessun tatuaggio e/o piercing negli items della scheda socio-demografica.

| | χ^2 | gdl | p | Nessun piercing e/o tatuaggi N (%) | Piercing e/o tatuaggi N (%) |
|------------------------------|----------|-----|-------------|--|-----------------------------------|
| Vita sessuale | 18,610 | 3 | .000 | | |
| Inibita | | | | 37 (11,2%) | 12 (8,5%) |
| Normale | | | | 258 (77,9%) | 103 (72,5%) |
| Spregiudicata | | | | 35(10,6%) | 18(34%) |
| Estrema | | | | 1(0,3%) | 9(6,3%) |
| Sostanze stupefacenti | 6,242 | 1 | .012 | | |
| Si | | | | 16(4,7%) | 16(10,9%) |
| no | | | | 321(95,3%) | 131(89,1%) |
| Abusi | 4,665 | 1 | .031 | | |
| Si | | | | 9(2,7%) | 10(6,8%) |
| No | | | | 329(97,3%) | 137(93,2%) |
| Ferite | 12,448 | 1 | .000 | | |
| Si | | | | 21(6,2%) | 24(16,3%) |
| No | | | | 317(93,8%) | 123(83,7%) |

| | | | | | |
|-----------------------------|--------|---|-------------|-----------|-------------------|
| Tagli | 18,101 | 1 | .000 | | |
| Si | | | | 10(0,3%) | 19(12,9%) |
| No | | | | 328(97%) | 128(87,1%) |
| Cut-off IM (>=14) | 9,155 | 1 | .002 | 28 (8,3%) | 26 (17,7%) |

Tabella 3 - Caratteristiche campione con tatuaggi e/o piercing (N= 147)

| | N (%) |
|---|-------------------|
| Desiderio di altri tatuaggi e/o piercing | 44 (30,8%) |
| Espressione se stessi | 36 (25,7%) |
| Intenzione altri interventi di BM | 61 (41,8%) |
| Motivo interventi | |
| Essere alla moda | 7 (4,8%) |
| Essere attraente | 16 (10,9%) |
| Parte di un gruppo | 1 (0,7%) |
| Sentirsi unico | 5 (3,4%) |
| Sentirsi differente | 7 (4,8%) |
| Esprimere se stessi | 46 (31,3%) |
| Decorare il corpo | 25 (17%) |
| Ribellione | 6 (4,1%) |
| Ricordare | 40 (27,2%) |
| Sentire il corpo | 9 (6,1%) |
| Controllare il corpo | 1 (0,7%) |
| Punire il corpo | 1 (0,7%) |
| Impressionare | 3 (2%) |
| Marchiare il corpo | 1 (0,7%) |
| Gusto per l'eccesso | 4 (2,7%) |
| Altro | 18 (12,2%) |
| Giudizio contesto appartenenza | |
| Mal giudicata | 12 (8,2%) |
| Disprezzata | 2 (1,4%) |

| | |
|------------------|-------------------|
| Ignorata | 6 (4,1%) |
| Tollerata | 61 (41,5%) |
| Condivisa | 38 (25,9%) |
| Capita | 22 (15%) |

Bibliografia

Armstrong, M.L., Owen, D.C., Roberts, A.E., & Koch, J.R. (2002). College tattoos: more than skin deep. *Dermatology Nursing, 14*, 317-323.

Armstrong, M.L., Roberts, A.E., Owen, D.C., & Koch, J.R. (2004). Contemporary college students and body piercing. *Society for Adolescent Medicine, 35*, 58-61.

Atkinson, M. (2002). Pretty in ink: conformity, resistance, and negotiation in womens tattooing. *Sex Roles, 47*, 219-235.

Bone, A., Ncube, F., Nichols, T., & Noah, N.D. (2008). Body piercing in England: a survey of piercing at sites other than earlobe. [BMJ](#). 2008 Jun 21; 336 (7658): 1426-8.

Carroll, L., & Anderson, R. (2002). Body piercing, tattooing, self-esteem, and body investment in adolescent girls. *Adolescence, 37*, 627-637.

Cegolon, L., Mastrangelo G., Mazzoleni F., Majori S., Baldovin T., & Xodo, C. (2010). Body art in 4,277 italian secondary school adolescent: prevalence and association with personal and family characteristics. *Family medicine, 42*, 273-279.

Claes, L., Vanderdeycken, W., & Vertommen, H. (2005). Self-care versus self-harm: piercing, tattooing and self-injuring in eating disorders. *European Eating Disorders Review, 13*, 11-18.

Drews, D.R., Allison, C. K., & Probst, J.R. (2000). Behavioral and self-concept differences in tattooed and nontattooed college students. *Psychological Reports, 86*, 475-481.

Koch, J.R., Roberts, A.E., Armstrong, M.L., & Owen, D.C. (2007). Frequencies and relation of body pearcing and sexual experience in college students. *Psychological Reports, 101*, 159-162.

Koch, J.R., Roberts, A.E., Armstrong, M.L., & Owen, D.C. (2005). College students, tattoos, and sexual activity. *Psychological Reports, 97*, 887-889.

Laumann, A.E., & Derick, A.J. (2006). Tattoos and body piercings in the United States: a national data set. *Journal American Academy Dermatology, 55* (3): 413-21.

Le Breton, D. (2000) *Antropologie du corps et modernité*. Presses Universitaires de France, Paris.

Le Breton, D. (2003) *Le peau et la trace. Sur les blessure de soi*. Éditions Métailié, Paris.

Makkai, T., & McAllister, I. (2001). Prevalence of tattooing and body piercing in the Australian community. *Communicable diseases intelligence, 25*, 67-72.

Mayers, L.B., Judelson, D.A., Moriarty B.W., & Rundell K.W. (2002). Prevalence of body art (body piercing and tattooing) in university undergraduates and incidence of medical complications. *Mayo Clinic Proceedings, 77*, 29-34.

Roberts, T.A., & Ryan, S.A. (2005). Tattooing and high-risk behavior in adolescents. *Pediatrics, 110*, 1058-1063.

Romans, S.E., Martin, J.L., Morris, E.M., & Harrison K. (1998). Tattoos, childhood sexual abuse and adult psychiatric disorder in women. *Archives of Womens Mental Health*, 1, 137-141.

Stieger, T., Pietschnig, J., Kastner, C.K., Voracek, M., & Swami, V. (2010). Prevalence and acceptance of tattoos and piercings: a survey of young adults from the southern german-speaking area of central Europe. *Perceptual and Motor Skills*, 110, 1065-1074.

Stirn, A., Hinz, A., & Brahler, E. (2005). Prevalence of tattooing and body piercing in Germany and perception of health, mental disorders, and sensation seeking among tattooed and body-pierced individuals. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 531-534.

Wohlrab, S., Stahl, J., Rammsayer T., & Kappeler, P.M. (2007). Differences in personality characteristics between body-modified and non-modified individuals: association with individual personality traits and their possible evolutionary implications. *European Journal of Personality*, 21, 931-951.

Un anno fa, la direzione di RPC aveva chiesto al collega Mario Guazzelli di inviarci un lavoro, suo e della sua scuola, da pubblicare sulla nostra Rivista. Oggi, purtroppo, Mario non è più tra noi. Pubblichiamo volentieri il prezioso contributo che i suoi allievi ci hanno inviato.

Per ricordare il collega ai nostri lettori; riandando alla dialettica, spesso simpatica, che ha caratterizzato il nostro rapporto.

The conceptual development of slight cognitive impairment as a diagnostic category: A historical perspective

by Davide Maria Cammisuli*, Marco Timpano Sportiello**, Mario Guazzelli***

Abstract

Historically, many attempts have been made to classify the boundary state between physiological and pathological aging. After Kral (1962), who distinguished a physiological cognitive decline from a pathological one, the conceptual turnover was the classification of Mild Cognitive Impairment (MCI) by Petersen et al. in 1995. It represents the most important nosological entity currently adopted by clinicians to diagnose the preclinical phase of Alzheimer's Disease. However, clinical research on slight cognitive impairment did not provide inclusion/exclusion criteria and exact psychometric norms for such a diagnosis. In order to clarify the debate on the topic, we have given a comprehensive historical review of conceptual and nosographic aspects of all clinical entities which report a slight cognitive impairment, pointing out their neuropsychological features. As a result, we suggest a new categorization of slight cognitive impairment clinical entities, and we discuss some aspects of MCI evaluation that remain still unclear, in the light of recent revision of diagnostic criteria and psychiatric classification.

Key words: mild cognitive impairment, Alzheimer's Disease, cognitive decline, memory impairment, mild neuro-cognitive disorder, memory disturbance, memory loss, questionable dementia, cognitive impairment no-dementia, subclinical cognitive impairment

Introduction

Literature presents many attempts to classify slight cognitive impairment in order to distinguish between physiological and pathological aging. Every diagnostic category of slight cognitive impairment follows a timeline (Table 1). For each of these categories, scientific studies have produced supplementary diagnostic framing and/or new clinical entities over time.

Historical antecedents

Descriptions of cognitive impairment can be traced back to the last centuries. The first author who explained the loss of recent memory was James C. Prichard, who wrote *Treatise on Insanity and other Disorders affecting the Mind* (1837). He distinguished intellectual insanities from moral ones. He called *incoherence* or *dementia* a form of intellectual insanity that progresses slowly and gradually, where the first step was

* Ph.D in Clinical Psychology, Department of Psychiatry, Neurobiology, Pharmacology and Biotechnologies, Pisa University School of Medicine (Italy).

** Director, Laboratory of Neuropsychology, Fifth Local Sanitary Authority, Pisa (Italy).

*** Full Professor of Clinical Psychology, Faculty of Medicine and Surgery, University of Pisa (Italy)

forgetfulness of recent impressions, while the memory retains a comparatively firm hold of ideas laid up in its recesses from times long past: the power of reasoning within the sphere of distinct recollection is not remarkably impaired, and the faculty of judgement is exercised in a sound manner when the attention can be sufficiently roused (p. 89).

Diseases of Memory (Ribot, 1887) proposed a preliminary classification of amnesia, pointing out those of progressive nature, thought to be a particular decline able to develop dementia. Ribot explicated the *law of regression or of dissolution* to clarify the gradual loss of memory, by establishing that recent memories are more likely to be lost than more remote ones:

we thus see that the progressive destruction of memory follows a logical order –a law. It advances progressively from the unstable to stable. It begins with the most recent recollections, which, lightly impressed upon the nervous elements, rarely repeated and consequently having no permanent associations, represent organization in its feeblest form. It ends with sensorial, instinctive memory, which, become a permanent and integral part of the organism, represents organization in its most highly developed stage (pp. 121-122).

The idea that deterioration of psychological functions through mental disorders or neurological impairments retraces in reverse the order of evolutionary development, was drawn on John H. Jackson's theory: recently acquired information will be lost before deeply stored older information (Taylor, 1931).

Pseudodementia

The term *pseudodementia* was used to describe a syndrome in which some psychiatric disorders could cause cognitive impairment. The impairment is not progressive and potentially reversible if the primary cause, for instance depression, is treated (e.g. with antidepressants). However, no neuropathological process could be identified or considered sufficient to explain the cognitive deficits. In their study conducted on a sample of 300 psychiatric patients, Madden et al. (1952) had noted that some symptoms ordinarily considered to indicate dementia, could be reversed with appropriate therapies. It was not until ten years later that Kiloh described a clinical state in which, initially, dementia may be very closely mimicked and associated with malingering, reactive or endogenous depression. He considered remote psychiatric disturbances, an abrupt psychiatric illness and the results of antidepressant therapies, as risk factors for pseudodementia (Kiloh, 1961). In 1965, Post discussed pseudodementia in the elderly but he did not suggest his association with psychiatric syndromes and in 1967 Lipowski documented a case of pseudodementia in a young highly educated woman with hysterical and depressive symptoms and amnesic syndrome. In 1978, Folstein and coll. hypothesized that pseudodementia develops when the neurobiological disturbances of individuals with affective disorders are superimposed on a compromised brain in aged people. They suggested that the cognitive impairment associated with depressive illness might be accurately described as the «demential syndrome of depression» (p. 93). One year later, Wells described 11 patients with a variety of psychiatric disorders, including depression (with or without personality disturbances), conversion reactions, posttraumatic neurosis and shizoffective symptoms. He defined the syndrome as one in which «dementia is mimicked or caricatured by a functional psychiatric illness» (Wells, 1979, p. 163). He noted that pseudodementia could be associated with a variety of primary psychiatric illnesses, symptoms of short duration suffered before a request for help, rapid progression of symptoms, complaints of cognitive deficits, behavioural and cognitive performance inconsistent with the apparent degree of cognitive dysfunction, incapacity to reply to questions, and variability of performances. In 1981, Caine proposed the following diagnostic criteria that are currently used by clinicians to diagnose pseudodementia: 1) cognitive impairment as primary mental disorder; 2) superimposed symptoms or similar symptoms to primary organic disorder; 3) reversible disorder; 4) absence of organic pathology. An impairment of attention, processing information speed, spontaneous elaboration and analysis of details usually represent the main neuropsychological features of patients' cognition. Two years later, McAllister noted that pseudodementia could be associated with cerebral dysfunction or coexisted with a cerebral dysfunction. Cognitive impairment was usually a caricature

of dementia with exaggerated memory complaints and it was primarily observed in patients with personality disorders. By contrast, it was entirely indistinguishable from diffuse organic cerebral dysfunctions in other patients (McAllister, 1983). A few years later, he formulated specific diagnostic criteria for the diagnosis of pseudodementia:

the most common features of cognitive impairment due to pseudodementia are a relatively acute onset, [with symptoms lasting from six to twelve months]; past psychiatric history, particularly depressive illness; age over 50; frequent *don't know* as opposed to *near miss* answers; normal electroencephalogram and computed tomographic scan of the brain, and absence of nocturnal worsening (McAllister, 1985, p. 175).

The persistence of cognitive symptoms after pharmacological treatment was related to a real organic pathology by Rabins, who in 1984 distinguished three subtypes of depressive pseudodementia: 1) depressed patients with subjective cognitive impairment (Type I); depressed patients with objective cognitive impairment (a Mini Mental State Examination score of <24) (Type II); patients with dementia complicated by a depressive disorder (Type III). As reported firstly by Reifler (1982) and secondly by Nussbaum (1994), the concept of *pseudodementia* has remained a permanent nosological entity in literature for over 100 years. In fact, the recognition that cognitive symptoms associated with reversible neuropsychiatric conditions can mimic or caricature irreversible disorders was known as early as the middle of 19th century. Nevertheless, the controversy regarding the validity and clinical use of the term is nowadays still present. In order to overcome this problem, Bianchetti and Pezzini (2001) have recently suggested deleting the term *pseudodementia* and introducing a temporal sequentiality between affective symptoms and cognitive ones, identifying two types of disorder (Type I and Type II), on the basis of four parameters: primary disorder, onset, initial course, cognitive state, prognosis. Type I is characterized by: depression (with consequent memory modifications); sub-acute onset (weeks or months); depressive symptoms usually appear in advance; subjective memory complaints without objective memory deficit; treatment alleviates both cognitive and affective symptoms. Conversely, Type II is characterized by: dementia (with superimposed depression); gradual onset for Alzheimer's Disease (AD) and sudden onset for vascular dementia; cognitive deficits usually appear in advance; objective cognitive deficit revealed by neuropsychological testing; treatment alleviate depression symptoms without modification of cognitive symptoms.

Senile psychosis

Primary Degenerative Dementia (original and revised criteria); Dementia and Mild Cognitive Impairment diagnostic criteria; Age-Related Cognitive Decline; Mild Neuro-cognitive Disorder

In 1955, Roth described the diagnostic criteria of senile psychosis by evaluating a total of 472 patients with different mental disorders that had necessitated the institutionalization in Graylingwell Hospital (Chichester, UK). He classified the mental disorders of later life into six different categories: affective psychosis, senile psychosis, late paraphrenia, arteriosclerotic psychosis, acute confusion and other mental disorders. He suggested that affective psychosis, late paraphrenia and acute confusion were distinct from senile and arteriosclerotic psychosis, thought as the two main causes of progressive dementia in old age. Senile psychosis was defined as:

a condition with a history of gradual and continually progressive failure in the common activities of everyday life and a clinical picture dominated by failure of memory and intellect and disorganization of personality, where these were not attributable to specific causes as infection, neoplasm, chronic intoxication or cerebrovascular disease, known to have produced cerebral infarction (p. 283).

In 1980, the American Psychiatric Association (APA) revised diagnostic criteria for senile psychosis, by introducing *Primary Degenerative Dementia* as a diagnostic entity apt to describe the degeneration of dementia in elderly people. The APA recommended limiting the diagnosis of Primary Degenerative Dementia only to cases of notable evidence of progressive and significant decline of cognitive functions and compromised social activities. In 1983, a group of researchers

coordinated by Sulkava proposed new diagnostic criteria to improve the accuracy of identifying Primary Degenerative Dementia:

Extensive progressive failure of intellectual capacity during adult life; deterioration of memory as the first symptom followed by disorientation; failure in the common activities of everyday life and flattening of personality; psychiatric symptoms, such as paranoid and depressive features possible; special neuropsychological symptoms such as apraxia, agnosia, aphasia and lowered alertness (p. 10).

The psychiatric classification for the diagnosis of dementia formulated by the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd Revision* (DSM-III-R) (APA, 1987) provided valuable diagnostic criteria for Mild Cognitive Impairment which was divided into three groups: 1) MCI Type I, characterized by the only impairment of short- and long-term memory; 2) MCI Type II, characterized by short- and long-term memory impairment plus at least one of the following impaired functions: abstract thinking, judgement, aphasia, apraxia, agnosia or personality change; 3) MCI Type III, characterized by the interference of cognitive deterioration described both for MCI Type I and Type II with daily life activities. Within the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Revision* (DSM-IV) section *Additional conditions that may be a focus of clinical attention, Age-Related Cognitive Decline* and *Mild Neuro-cognitive Disorder* were also mentioned (APA, 1994). The Age-Related Cognitive Decline diagnosis was used when the object of clinical attention was a clear decline of cognitive functions in aging, compared to normal limits. Subjects do not remember names or dates and they have difficulty in problem solving. Such a category was considered if a specific mental disorder and a neurological condition were excluded. Conversely, the diagnosis of *Mild Neuro-cognitive Disorder* was entirely reported by DSM-IV (APA, 1994) as *Cognitive Disorder Not Otherwise Specified* without exact psychometric norms for its neuropsychological diagnosis. The disorder was characterized by:

The presence of two (or more) of the following conditions of cognitive impairment for most of the time over a period of at least two weeks (on the basis of the subject's report or a reliable informant): 1) impairment of memory, as evidenced by decreased ability to acquire or retrieve information; 2) abnormal operative functioning (e.g. planning, organizing, sorting, inferring); 3) alteration of attention or spread of processing information; 4) impairment of perceptual-motor skills; 5) impairment of language (e.g. understanding, searching for words). The cognitive deficits cause discomfort or marked impairment in social functioning, working, or in other important areas, and represent a decline compared to previous level of operation living (code 294.9).

More recently, the Neurocognitive Disorder Work Group (Jeste et al., 2011) has proposed a reclassification of Mild Neuro-cognitive Disorder for the fifth edition of *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V), indicating a specific range for patient's cognitive performance on formal testing or equivalent clinical evaluation, that is between 1 and 2 standard deviations (SD) below appropriate norms (i.e., between the 3rd and 16th percentile).

Senescent Forgetfulness

Benign Senescent Forgetfulness versus Malignant Senescent Forgetfulness

Even though literature reports different terms referring to mild changes in elderly cognition like *normal senility* (Bleuler, 1924), *normal senescent decline* (Dörken & Kral, 1951), and *mild senescent memory decline* (Kral, 1958), the principal attempt to define the normal tail-end of the continuum normal aging/dementia dates back to 1962, when Kral introduced the term *Benign Senescent Forgetfulness* (BSF) to describe a loss of remote memories in elderly healthy people. As neuropsychiatric consultant at the *Hebrew Old People's and Sheltering Home* in Montreal, Kral conducted two surveys (1956-1957; 1957-1961) to evaluate mental health among patients and to recommend measures to improve their conditions (for historical reviews see Heinik, 2006; 2010). In the first survey, based on DSM-I (APA, 1952) and Roth's categorization (1955), Kral classified 162 inpatients according to the following observational criteria: degree of personality preservation, judgment ability and emotional responsiveness; presence (or absence) and type of memory impairment; presence (or absence) of psychotic/neurotic symptoms. Kral adopted a meticulous

comprehensive neurological examination, a psychiatric interview focused on particular aspects of mental functioning and intelligence, memory and visuo-perceptive tests, administered by his colleague B.T. Wigdor. Based on these criteria, Kral (1962) suggested a classification of the entire population of the Home identifying two main types of senescent forgetfulness:

The first type of senescent memory dysfunction is characterized by the inability of the subject to recall relatively unimportant data and parts of an experience, like a name, a place, a date, whereas the experience of which the forgotten data from a part can be recalled. However, the same data which are not available for recollection on one occasion may be recalled at another time [...]. The forgotten data seem to belong to the remote rather than to the recent past. Also, the subjects are aware of their shortcoming and try to compensate for it by circumlocution and may apologize for it. This type of memory dysfunction [...] seems to progress relatively slowly [...]. It is proposed to term this type of memory dysfunction benign [senescent forgetfulness] [...]. The second type of senescent memory impairment is characterized by the inability of the subject to recall events of the recent past, whereby not only relatively unimportant data and parts of an experience but the experience as such cannot be recalled [...]. The loss of recent memories leads to two important consequences: disorientation, at first in time and place and later also to disorientation as to personal data; and, secondly, because of the missing cues, to retrogressive loss of remote memories [...]. The subjects with this type of senescent memory impairment remain unaware of their defect [and frequently produce confabulations at the beginning] [...]. The second type of memory dysfunction bears the essential characteristics of the amnesic syndrome [...]. It is identical with the senile amnesic syndrome, or as it sometimes called, *senile Korsakoff*, and forms the axis syndrome of what used to be called senile dementia and now is being termed chronic brain syndrome associated with senile brain disease [...]. For these reasons the term *malignant* is suggested for the second type of senescent memory dysfunction (pp. 257-258).

As Heinik has recently suggested (2010), the construct of benign senescent forgetfulness characterized by «(a) all well-preserved aged people, (b) normal (dull) level of general intelligence as demonstrated by IQs; (c) subnormal performance on a specific memory test, (d) subnormal performance on a specific perceptual/organization test and (e) no significant signs of malignant amnesic syndrome» (p. 6), has very similar results to those of Mild Cognitive Impairment (MCI), which is widely used today (cf. Petersen et al., 1995; 1999; Petersen, 2004).

Mild cognitive impairment not amounting to dementia

Dementia and Mild Cognitive Impairment diagnostic criteria; Mild Cognitive Disorder; Mild Memory Disturbance; Memory Loss

In 1978, the category of *Mild cognitive impairment not amounting to dementia* was formulated by the World Health Organization (WHO) in the *International Classification of Disease 9th Clinical Modification* (ICD-9-CM), as a condition of mild memory disturbance associated with aging. The *10th Revision of the International Classification of Mental and Behavioural Disorders* (ICD-10) (WHO, 1990) established diagnostic criteria for *Mild Cognitive Impairment*, by selecting them from those of dementia. The diagnosis of MCI excluded the clouding of consciousness and a significant interference with the activities of daily living. MCI was also divided into three subtypes: MCI Type 1 (with memory impairment), MCI Type 2 (with decline of intellectual abilities), and MCI Type 3 (memory impairment and decline of intellectual disabilities caused impaired functioning of daily living, from mild to severe) (cf. APA, 1987). In 1993, the WHO established the diagnostic criteria for *Mild Cognitive Disorder*, a syndrome characterized by the

A. Presence of objective evidence (from physical and neurological examinations and laboratory tests) and/or history of brain disorder, damage or dysfunction, or a systemic physical disorder known to be the cause of cerebral dysfunction [...]; B. Presence of a disorder in cognitive functioning for most of the time for at least two weeks, as reported by [the] subject or by a reliable informant [...] [in each of the following areas]: (1) New learning; (2) Memory (e.g. recall); (3) Concentration; (4) Thinking (e.g. slowing); (5) Language (e.g. comprehension, word finding, etc.); C. Presence of an abnormal decline in quantitative performance detectable by means of cognitive assessment (neuropsychological or mental status examination) [...] (F06.7).

Mild Cognitive Disorder was restated by the WHO in the *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Version for 2007*. It was defined as:

A disorder characterized by impairment of memory, learning difficulties, and reduced ability to concentrate on a task for more than brief periods. There is often a marked feeling of mental fatigue when mental tasks are attempted, and new learning is found to be subjectively difficult even when objectively successful. None of these symptoms is so severe that a diagnosis of either dementia (F00-F03) or delirium (F05.-) can be made. This diagnosis should be made only in association with a specified physical disorder, and should not be made in the presence of any of the mental or behavioural disorders classified to F10-F99. The disorder may precede, accompany, or follow a wide variety of infections and physical disorders, both cerebral and systemic, but direct evidence of cerebral involvement is not necessarily present (F06.7).

The classification of *Mild Cognitive Impairment* was formulated as a clinical entity in the *International Classification of Diseases 9th Revision Clinical Modification (ICD-9-CM)* (WHO, 2002). This included memory complaints (preferably corroborate), objective memory impairment, relatively preserved general cognition and essentially intact activities of daily living. *Mild Cognitive Impairment* was not the only diagnostic category of cognitive decline. In fact, diagnostic criteria for *Mild Memory Disturbance* and *Memory Loss* were quoted, too. *Mild Memory Disturbance* was classified as another specific non-psychotic mental disorder, following organic brain damage (WHO, 2002). Alternatively, *Memory Loss* was characterized by the organic or psychogenetic loss of the ability to recall information, retrograde and anterograde amnesia, and a temporary or permanent loss of recent memory caused by organic or psychological factors (WHO, 2002). Some years before, Bowen and coll. (1997) had studied the progression to dementia of a group of patients with *Isolated Memory Loss*, because they thought that the history of severe memory loss in patients without other cognitive impairments was poorly understood. These patients performed 2 Standard Deviations (*SD*) below the average of memory tests administered while other areas of cognition were preserved, and they did not meet DSM-III criteria for dementia. They recognized the isolated memory loss as the incipient symptom of AD and recommended following similar patients over time to verify conversion into frank dementia.

Limited Dementia or Limited Cognitive Disturbance

In 1982, Gurland and coll. formulated the criteria for the diagnosis of dementia, by adopting the Geriatric Mental State Examination (Copeland et al., 1976) and the Comprehensive Assessment and Referral Evaluation (Gurland et al., 1977), a basically semi-structured interview guide with specific criteria for diagnosis and severity of dementia. *Limited Dementia* or *Limited Cognitive Disturbance* represents the first level of dementia severity, characterized by

a subjective report of memory decline; increased reliance on notes as reminders; occasional (less than once a week) forgetfulness of name, appointments and misplacing of objects; occasional (less than once a month) destructive or dangerous memory lapses (e.g. burning cooking or leaving on gas tap); one or two errors on cognitive testing (e.g. the subject forgets current or past president, exact date, phone number, zip code, dates of marriage or moving to present location) (Gurland et al., 1977, p. 184).

Questionable Dementia

In the same year, two other independent tests for the evaluation of dementia were published. The first one was the Clinical Dementia Rating (CDR) of Hughes et al. (1982) that identified five stages of cognitive deterioration, including the 0.5 stage, termed *Questionable Dementia*. According to Morris et al. (1993), it depicted specific deficits for each of the following domains: (A) Memory, (B) Orientation; (C) Judgement and Problem Solving; (D) Community Affairs; (E) Home and Hobbies; (F) Personal Care:

(A) Consistent slight forgetfulness; partial recollection of events; benign forgetfulness; (B) Fully oriented [patient] except for slight difficulty with time relationships; (C) Slight impairment in solving problems, similarities, and differences; (D) Slight impairment in these activities; (E) Life at home, hobbies, and intellectual interests slightly impaired; (F) Fully capable of self-care (p. 2413).

Mild Cognitive Decline

The second test published in 1982 was the Global Deterioration Scale (GDS) created by Reisberg and coll. for the evaluation of Primary Degenerative Dementia (cf. APA, 1980). It consisted of seven stages of cognitive impairment, where stage 0 corresponded to no cognitive decline and stage 7 corresponded to severe cognitive decline (for a historical review see Reisberg et al., 2008). GDS stage 3 termed *Mild Cognitive Decline*, was adopted to describe patients with specific clinical characteristics, such as

Concentration deficit [that] may be evident on clinical testing. Also, the [patients] may demonstrate decreased facility in remembering the names of people [they have just] been introduced to. The *patients* at this stage may read a passage in a book and retain relatively little material. Decreased performance becomes manifest in demanding employment and social situations: co-workers become aware of the patient's relatively poor performance, difficulties in finding words and names may become evident to intimates, the [patients] may lose or misplace an object of value. Frequently, for the first time, the [patients] may get seriously lost when traveling to an unfamiliar location. The subtlety of the clinical symptoms may be increased by the denial that often begins to become manifest in these patients. Mild to moderate anxiety also accompanies the symptoms (Reisberg et al., 1982, p. 1137).

Age-associated Memory Impairment

Age-associated Memory Impairment (revised criteria); Age-consistent Memory Impairment; Late-Life Forgetfulness

In 1986, the National Institute of Mental Health (NIMH) Work Group proposed specific diagnostic criteria to describe memory loss in elderly healthy people with three main goals: firstly, to reach an agreement on memory decline research in aging, secondly, to investigate the neurobiological basis of memory decline and thirdly, to develop effective pharmacological and non-pharmacological treatments. For this purpose, Crook and coll. established diagnostic criteria for *Age-associated Memory Impairment* (AAMI):

Complaints of memory loss reflected in everyday problems [such] as difficulty [in] remembering names or individuals following introduction, misplacing objects, difficulty remembering multiple items to be purchased or multiple tasks to be performed, problems remembering telephone numbers or zip codes, and difficulties recalling information quickly or following distraction. Onset of memory loss must be described as gradual, without sudden worsening in recent months (p. 270).

In 1989, Blackford and La Rue revised the NIHM diagnostic criteria for AAMI and distinguished it from *Age-consistent Memory Impairment* (ACMI), and *Late-Life forgetfulness* (LLF), according to specific psychometric concomitants (for a comparison see Table 2).

Minimal Dementia

The term Minimal Dementia was used in the Cambridge Mental Disorders in the Elderly Examination (CAMDEX) created by Roth and coll. in 1986. It was a structured psychiatric interview intended for use in studies of prevalence and incidence of dementia, especially mild. Patients were graded for dementia severity (minimal, mild, moderate and severe). Minimal Dementia was defined as «a limited and variable impairment of recall, minor and variable errors in orientation, a blunted capacity to follow arguments and solve problems and occasional errors in everyday tasks» (p.704).

Mild Cognitive Impairment

Mild Cognitive Impairment (previous and original criteria); Mild Cognitive Impairment (subtypes); Mild Cognitive Impairment with subcortical vascular features

In 1991, the term Mild Cognitive Impairment was introduced into literature by Flicker and coll. to describe patients obtaining a score of 3 on the Global Deterioration Scale, who were not demented and who exhibited at least two of the following symptoms:

(1) getting lost when travelling to an unfamiliar location; (2) decline in work performance apparent to co-workers; (3) word- and name- finding deficit apparent to intimates; (4) relatively little retention of material read in a passage of a book; (5) decreased facility remembering the names of newly introduced people; (6) losing or misplacing an object of value or (7) a concentration deficit apparent upon clinical testing (p. 41).

The diagnosis of Mild Cognitive Impairment was also formulated on the basis of performance resulting in the neuropsychological battery of the Structured Interview for the Diagnosis of Dementia of Alzheimer's Type, multi-infarct dementia, and dementias of other aetiology according to DSM-III and ICD-10 (SIDAM) (Zaudig, 1992). It was a short diagnostic screening instrument to service each item of DSM-III and ICD-10 criteria for dementia. All items of the SIDAM could be summed up as resulting in the SIDAM score (SISCO), which ranged from 0 (the worst cognitive impairment) to 55 (no cognitive impairment). The psychometric norms for the diagnosis of Mild Cognitive Impairment were a SISCO score of 34-47 and a Mini Mental State Examination score of 23-27. In 1995, Petersen and coll. created the primary diagnostic criteria for Mild Cognitive Impairment but only in 1999 researchers came to a better description of MCI diagnostic criteria: «(a) complaint of defective memory; (b) normal activities of daily living; (c) normal general cognitive function; (d) abnormal memory function for age and (e) absence of dementia» (p. 67). They studied a sample of 75 subjects during a period of five years who reported memory decline from 1.5-2.0 SD below the mean of individuals with similar age and education level. These patients were less able than healthy controls to benefit maximally from the use of semantic cues during a recall task; they also showed an impairment of delayed recall without a general cognitive function deficit. The first major study focusing on the clinical characterization and outcome of MCI was published in 1999 by Petersen and coll. to identify individuals at high risk for severe cognitive decline and progression to dementia. They recruited a sample of 76 subjects with MCI, 243 healthy normal controls and 106 patients with mild AD. MCI subjects showed a poorer performance than healthy controls in memory tests but the results were similar if compared to very mild AD patients. However, these patients were more impaired in other cognitive domains than MCI subjects. In conclusion, Petersen and coll. formulated the original criteria to diagnose MCI:

memory complaint, preferably corroborated by an informant; memory impairment documented according to appropriate reference values; essentially normal performance in non-memory cognitive domains; generally preserved activity of daily living; non dementia (Petersen et al., 1999, p. 304).

In 2001, given the great interest in this clinical category, the American Academy of Neurology (AAN) included MCI as a clinic parameter on early detection of dementia (Knopman et al., 2001). In 2004, based on the belief that memory symptoms were not unique in different MCI clinical presentations, an international conference convened in Stockholm and expanded MCI diagnostic criteria, pointing out two MCI subtypes (Winbald et al., 2004; Petersen, 2004): Amnesic MCI and Non-Amnesic MCI. In turn, both aMCI and naMCI were divided into two subgroups: Single and Multiple Domain. Amnesic MCI Single Domain, was characterized by the isolated memory impairment while Amnesic MCI Multiple Domain was characterized by the impairment of multiple cognitive domains, including memory. Non-Amnesic MCI Single Domain was characterized by a specific cognitive domain impairment, other than memory, while Non-Amnesic MCI Multiple Domain was characterized by the impairment of multiple cognitive domains, without associated memory deficits. From Petersen's reclassification of MCI, research has focused on amnesic subtype, which is believed to be a high risk condition for developing AD, or a prodromal state of this condition (Dubois et al., 2004). Patients with other dementing typologies might pass through similar pre-clinical stages. A group of patients with pre-dementia stage of Subcortical Vascular Dementia (SVD), known as *subcortical vascular MCI* (svMCI) was described by Frisoni and coll. in 2002. These patients present an executive dysfunction (mainly characterized by the impairment in goal formulation, planning, organizing, sequencing, executing, set-shifting, self-maintenance, and abstracting), alongside a mild memory deficit (impaired recall, relative intact recognition, less severe forgetting, benefit from cues) not interfering with occupational and social activities.

In 1994, a task force of the International Psychogeriatric Association (IPA) in collaboration with the WHO proposed diagnostic criteria for *Aging-associated Cognitive Decline* (AACD) (Levy, 1994), a clinical condition characterized by the lack of evidence of cerebral or systemic diseases or other conditions known to cause cerebral dysfunction (cf. Mild Cognitive Disorder, WHO, 1993), absence of dementia, and difficulties in any one of the following areas: memory, language, attention, concentration, thinking, and visuo-spatial functioning. Levy and coll. did not include an age restriction in order to consider a cognitive decline occurring in the last decades of adulthood. An individual or reliable informant report confirms the cognitive functioning decline which must be described as gradual and be present for at least 6 months. Subjects with AACD are required to score 1 *SD* below age and education norms in neuropsychological tests or mental state evaluation.

Cognitive Impairment no-Dementia

In 1995, Elby and coll. identified a significant number of elderly people, recruited for the Canadian Study of Health and Aging, whose problems of memory and/or relative to another cognitive domain were not sufficient to meet DSM-III-R criteria for dementia (APA, 1987). They were categorized as Cognitively Impaired Not Demented (CIND), a wide category encompassing different clinical conditions, such as Age-associated Memory Impairment (Crook et al., 1986), Age-related Cognitive Decline (APA, 1994), Age-consistent Memory Impairment (Blackford & La Rue, 1989), Late-Life Forgetfulness (Blackford & La Rue, 1989), cerebrovascular disease, depression, general vascular disease, psychiatric disorders and other non-specific conditions. In 1997, Graham et al. reported that the most common impairment of people with CIND was represented by a circumscribed memory deficit and a low score (24/30) in the Mini Mental State Examination (Folstein et al., 1975).

Subclinical Cognitive Impairment

Research has recently focused on the stage that should precede Mild Cognitive Impairment, named *Subclinical Cognitive Impairment* (SCI) (Ritchie et al., 1996). The importance of identifying SCI lies in the potential role that it can play in dementia prevention (especially AD). SCI refers to subjective memory complaints of aged people and it can be associated with other conditions, especially depression and physical illness (Reisberg & Gauthier, 2008). In 1993, on the basis of the Eugeiria Study, Ritchie et al. tested 397 individuals with SCI, thought to be a heterogeneous condition with an elevated risk for dementia (with an estimated 18% incidence rate of conversion over three years). Only 13% of the sample with minimum cognitive impairment appeared to have a totally benign and transient syndrome. In 2000, Ritchie et al. investigated SCI to determine if such a nosographic label could represent normal aging, early senile dementia or a separate clinical entity. Over the 1-year period, 48% of the sample had some degree of observable cognitive deterioration on attention, language performance and working memory. Over the 3-year period, 18% of the sample developed a form of senile dementia. It appeared that SCI was a highly heterogeneous group for which previous classification such as Benign Senescent Forgetfulness (Kral, 1962) or Age-associated Memory Impairment (Crook et al., 1986), were largely inappropriate. Other criteria for SCI diagnosis were referred by Reisberg and Gauthier (2008) to the GDS Stage 2:

This is the phase of forgetfulness. The patients complain of memory deficit. Most frequently patients in this phase complain of forgetting where familiar objects have been placed and of forgetting names that they formerly knew well. There is no objective evidence of memory deficit in the clinical interview and no objective deficit in employment or social situations. The individual in this phase displays appropriate concern about symptoms (Reisberg et al., 1982, p.182).

The hypothesis that SCI was a first step in the course from SCI->MCI->AD continuum was supported by an important longitudinal study by Prichep et al. in 2006. The researchers followed 44 SCI subjects (all GDS Stage 2 at baseline) and examined outcomes after a minimum of seven

years. The decline was defined as a cognitive change that met diagnostic criteria for MCI or dementia over the follow-up interval. They observed that 27 out of 44 individuals progressed to MCI over a period of 9 years.

Conclusions

Once the nosological and conceptual aspects of slight cognitive impairment in the context of its historic evolution have been reviewed, we conclude that despite the great number of articles describing this category, only the following clinical entities, some of which reported in ICD or DSM classifications, have specific inclusion/exclusion criteria for diagnosis: Primary Degenerative Dementia (Sulkava et al., 1983), Age-associated Memory Impairment (Crook et al., 1982; Blackford & La Rue, 1989), Age-consistent Memory Impairment and Late-Life Forgetfulness (Blackford & La Rue, 1989), Age-associated Cognitive Decline (Levy, 1994), Mild Cognitive Impairment (APA, 1990; WHO, 1993), Mild Cognitive Disorder (WHO, 1993), Mild Neuro-cognitive Disorder (APA, 1994), and Mild Cognitive Impairment with subcortical vascular features (Frisoni et al., 2002). The history of slight cognitive impairment as a diagnostic category shows that it is a heterogeneous condition representing the complex nature of cognitive decline in aging. Starting from this consideration, the clinical entities we have described in the paper should be divided into five sub-categories, according to their clinical features and prognosis (Table 2): 1) normal aging, as a benign cognitive impairment occurring in late life; 2) clinical preface of mild cognitive impairment; 3) mild cognitive decline, as a transitional state between physiological aging and early dementia; 4) dementia progression; 5) other pathological conditions related to psychiatric disorders. The various set of psychodiagnostic instruments, usually used without exact psychometric norms to analytically and specifically evaluate impaired cognitive domains, also reflect the historical development and the different theoretical perspectives that have been proposed to address the issue of *slight cognitive impairment*. In our opinion, the assessment of slight cognitive impairment should be able to pursue the following targets: 1) distinguish age-related cognitive impairment from early dementia; 2) evaluate objective memory deficits reported by elderly people with subjective memory complaints; 3) clarify if Subclinical Cognitive Impairment can be considered a stage prior to Mild Cognitive Impairment; 4) manage decision in the care of the patient, including cognitive therapies, such as Cognitive Stimulation Therapy (CST) (Spector et al., 2003) or Activation Therapy (AT) (Mondini & Bergamaschi, 2005); 5) differentiate mood and cognitive symptoms in pseudodementia. With reference to the fourth point, beyond the pharmacological treatment of dementia, many non-pharmacological interventions have been adopted by health care professionals to improve cognitive functioning of people with mild to moderate cognitive decline over time, from holistic-type techniques (i.e. Reality Orientation Therapy, Validation Therapy) to neuropsychological strategies. CST and AT currently represent effective cognitive rehabilitation strategies set up for patients suffering from MCI and mild dementia, based on neuropsychological principles (Stott & Spector, 2011). They consist of the specific stimulation of each cognitive domain in order to maximize current cognitive functioning and to reduce the risk of increasing decline. They improve patient's cognitive abilities in daily life activities, alleviating the burden of the care-giver (Cammisuli et al., 2009; 2011). With regards to the fifth point, we suggest that alongside a neuropsychological test battery apt to detect cognitive decline, clinicians should adopt psychodiagnostic instruments to evaluate depression as well as the other psychopathological symptoms that recent studies have reported in MCI patients, such as irritability, dysphoria, apathy, and anxiety (Ellison et al., 2008; Apostolova & Cummings, 2008). We do also stress that the diagnosis of Cognitive Impairment no-Dementia (CIND) in clinical practice appears, at the moment, the most adequate to diagnose different types of slight cognitive impairment, from normal aging to mild cognitive decline. In recent years, some investigators have defined a subset of persons with CIND who more closely resembled MCI subjects (Fisk et al., 2003): MCI seems to be a subtype of CIND that can include impairments of single or multiple domains. We hope that further studies will investigate more deeply the relationship between CIND and MCI to clarify whether or not MCI might represent a specific subtype of CIND. MCI has received a great deal of interest concerning the topic of a transitional state between normal aging and dementia, or more specifically AD (Petersen et al., 2009). However, the controversy over the correct definition and assessment of

MCI is still present. Petersen and O'Brien (2006) promoted the inclusion of MCI as a separate category into the DSM-V, pointing out the presence of clear criteria for identification and description, such as a distinct course of its subcategories, a specific treatment response (cholinesterase inhibitors), neurobiological abnormalities compared to normal subjects, and a genetic pattern (apolipoprotein E). Nevertheless, MCI is being included in the category of *Minor Neurocognitive Disorder* by the DSM-V Neurocognitive Disorder Work Group (Jeste et al., 2011). It represents a condition that can evolve into dementia, named *Major Neurocognitive Disorder*, with a greater degree of cognitive impairment in at least one (typically two) or more cognitive domains, such as complex attention (impairment of sustained attention, selective attention, divided attention and processing speed), executive abilities (planning, decision-making, working memory, feedback/error correction, overriding habits, mental flexibility), learning and memory (immediate memory span, recent memory, free recall, cued recall, recognition memory), language (confrontation naming, fluency, receptive language), visuoconstructional-perceptual abilities, and social cognition (emotion recognition and behavioural regulation), with a complete loss of independence in instrumental activities of daily living. Minor Neurocognitive Disorder has been opposed to Major Neurocognitive Disorder in order to recognize individuals with slight cognitive deficits in one or more of the same domains, with intact instrumental activities of daily living, even if a great effort and compensatory strategies may be required of individuals to maintain autonomy. Such an entity should include subjects currently coded in DSM-IV as *Cognitive Disorders Not Otherwise Specified* (Cognitive Disorders NOS) (i.e. MCI, CIND, ARCD). In order to make a diagnosis of Minor Neurocognitive Disorder, performance on objective cognitive assessment must be typically from 1 to 2 *SD* below the mean (or in the 2.5th to 16th percentile) in relation to an appropriate range population (age, gender, education, premorbid intellect, culture adjusted). Such a new psychometric rule disconfirms the convention of 1-1.5 *SD* below the mean on measures of delayed recall (cf. Petersen et. al, 1999) adopted by many researchers to diagnose MCI; in clinical practice, this convention appears to be limited and also inadequate, especially for the evaluation of memory system, attention system and executive functioning. Although we are aware that the committee is in the process of redefining the diagnostic criteria for Minor and Major Neurocognitive Disorder, in our opinion, specific and sensitive neuropsychological instruments for diagnosis need to be indicated, the confusion within the category of 'Minor' remains and the problem of neuropsychological evaluation has not as yet been solved. It is thus desirable that future research will specify neuropsychological profiles of each MCI subtype and use comprehensive neuropsychological tests for exploring all cognitive domains. Finally, according to the recent criteria both for preclinical and symptomatic phases of AD by the National Institute on Aging and Alzheimer's Association (Sperling et al., 2011), clinicians should adopt a multidimensional assessment also focusing on biomarkers to support the neuropsychological diagnosis.

References

- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1st. ed.). Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd. ed.). Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd. rev. ed.). Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th. ed.). Washington DC: Author.
- Apostolova, L. G., & Cummings, J. L. (2008). Neuropsychiatric manifestations in mild cognitive impairment: a systematic review of the literature. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 25 (2), 115-126.
- Bianchetti, A., & Pezzini, A. (2001). Depressione e Demenza. Approccio clinico e trattamento. *Dementia Update*, 9, 25-33.

Blackford, R. C., & La Rue, A. (1989). Criteria for Diagnosing Age Associated Memory Impairment: Proposed Improvements From the Field. *Developmental Neuropsychology*, 5 (4), 295-306.

Bleuler, E. (1924). *The Text Book of Psychiatry*. New York: The Macmillian Co.

Bowen, J., Teri, L., Kukull, W., McCormick, W., McCurry, S., Larson, E. B. (1997). Progression to dementia in patients with isolated memory loss. *The Lancet*, 349, 763-765.

Caine, E. D. (1981). Pseudodementia. Current concepts and future direction. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1359-1364.

Cammisuli, D., Pinori, F., Verdiani, C., & Timpano Sportiello, M. (2009). Cognitive activation intervention on mild cognitive impairment subjects and mild demented patients: A pilot-study. In R. Moss-Morris, L. Yardely (Eds.), *Psychology and Health* (pp. 118-119). Milton Park: Routledge.

Cammisuli, D., Timpano Sportiello, M., Pinori, F., & Verdiani, C. (2011). Role of activation therapy for patients with mild dementia or mild cognitive impairment: caregiver burden reduction. *Journal of Gerontology*, 59, 38-45.

Copeland, J., Kelleher, M. J., & Kellett, J. M. (1976). A semi-structured clinical interview for the assessment of diagnosis of mental state in the elderly: geriatric mental state schedule. Development and reliability. *Psychological Medicine*, 6, 439-449.

Crook, T., Bartus, R. T., Ferris, S. H., Withehouse, P., & Cohen G. (1986). Age-associated Memory Impairment: Proposed Diagnostic Criteria and Measures of Clinical Change – Report of a National Institute of Mental Health Work Group. *Developmental Neuropsychology*, 2 (4), 261-276.

Dörken, H., & Kral, V. A. (1951): Psychological investigation of senile dementia. *Geriatrics*, 6 (3), 151-163.

Dubois, B., & Albert, M. L. (2004): Amnestic MCI or prodromal Alzheimer's disease? *The Lancet Neurology*, 3, 246-248.

Elby, E., Hogan, D.B., & Parhad, M.D. (1995): Cognitive Impairment in the Nondemented Elderly. Results From the Canadian Study of Health and Aging. *Archives of Neurology*, 52, 612-619.

Ellison, J. M., Harper, D. G., Berlow, Y., & Zeranski, L. (2008). Beyond the "C" in MCI: Noncognitive Symptoms in Amnestic and Non-amnestic Mild Cognitive Impairment. *CNS Spectrums*, 13, 66-72.

Fisk, J. D., Marry, H. R., & Rockwood, K. (2003). Variations in case definition affect prevalence but not outcomes of mild cognitive impairment. *Neurology*, 61, 1179-1184.

Fliker, C., Ferris, S., & Reisberg, B. (1991). Mild Cognitive Impairment in the elderly: predictors of dementia. *Neurology*, 41, 1006-1009.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1978). Dementia syndrome of depression. In R. Katzman, R. D. Terry, K. L. Bick (Eds.), *Alzheimer's Disease: Senile Dementia and Related Disorders* (pp. 87-93). New York: Haven Press.

Frisoni, G. B., Galluzzi, S., Bresciani, L., Zanetti, O., & Geroldi, C. (2002). Mild Cognitive Impairment with subcortical vascular features. *Journal of Neurology*, 249 (10), 1423-1432.

Graham, J. E., Rookwood, K., Beattie, L., Eastwood, R., Gauthier, S., & Tuokko, H. (1997). Prevalence and severity of cognitive impairment with and without dementia in an elderly population. *The Lancet*, 349, 1793-1796.

Gurland, B. J., Kuriansky, J., Sharpe, L., Simon, R., Stiller, P., & Berkett, P. (1977). The comprehensive assessment and referral evaluation (CARE): Rationale, development and reliability. *International Journal of Aging and Human Development*, 8, 9-42.

- Gurland, B. J., Dean, L. L., Copeland, J., Gurland, R., & Golden, R. (1982). Criteria for the Diagnosis of Dementia in the Community Elderly. *The Gerontologist*, 22 (2), 180-186.
- Heinik, J. (2006). V.A. Kral, the Montreal Hebrew Old People's Home, and benign senescent forgetfulness. *History of Psychiatry*, 3, 313-332.
- Heinik, J. (2010). V.A. Kral and the origins of benign senescent forgetfulness and mild cognitive impairment. *International Psychogeriatrics*, 22, 395-402.
- Hughes, C.P., Berg, L., Danziger, W. L., Coben, L. A., & Martin, R. L. (1982): A new clinical scale for the staging of dementia. *The British Journal of Psychiatry*, 140, 566-572.
- Jeste, D., Blacker, D., Blazer, D., Ganguli, M., Grant, I., Paulsen, J., et al. (2011). A proposal for the DSM-V Neurocognitive Disorders Work Group. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Kiloh, L. G. (1961): Pseudodementia. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 37, 336-351.
- Knopman, D. S., DeKosky, S. T., Cummings, J. L., Chui, H., Corey-Bloom, J., & Relkin, N. (2001). Practice parameter: Diagnosis of dementia (an evidence-based review) Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 56, 1143-1153.
- Kral, V. A. (1958). Neuro-psychiatric observations in an old people's home. Studies of Memory Dysfunction in Senescence. *Gerontologist*, 13, 169-176.
- Kral, V. A. (1962). Senescent Forgetfulness: Benign and Malignant. *Canadian Medical Association Journal*, 86 (6), 357-260.
- Levy, R.C. (1994). Age-Associated Cognitive Decline. *International Psychogeriatrics*, 6 (1), 63-68.
- Lipowski, Z. J. (1967). Delirium, clouding of consciousness and confusion. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 145, 227-255.
- Madden, J., Lubran, J., & Kaplan, L. (1952), Nondementing psychosis in elderly persons. *Journal of the American Medical Association*, 150, 1567-1572.
- McAllister, T. W. (1983). Overview: Pseudodementia. *The American Journal of Psychiatry*, 140: 528-533.
- McAllister, T. W. (1985). Recognition of pseudodementia. *American Family Physician*, 32 (4), 175-181.
- Mondini, S., & Bergamaschi, S. (2005). *Training di attivazione cognitiva (AT) in pazienti con demenza iniziale*. In P. Bisiacchi, P. Tressoldi (Eds.), *Metodologia della riabilitazione delle funzioni cognitive nell'adulto e nel bambino* (pp. 133-169). Roma: Carocci.
- Morris, J. (1993). The Clinical Dementia Rating (CDR). Current version and scoring rules. *Neurology*, 43, 2412-2414.
- Nussbaum, P. D. (1994). Pseudodementia. A slow death. *Neuropsychology Review*, 4, 71-90.
- Petersen, R. C., Smith, G. E., & Ivnik, R. J. (1995). Apolipoprotein E status as a predictor of the development of Alzheimer's disease in memory-impaired individuals. *Journal of the American Medical Association*, 273, 1274-1278.
- Petersen, R. C., Smith, G. E., Stephen, C. W., Ivnik, R. J., Kokmen, E., & Tangelos, E. (1997). Aging, Memory, and Mild Cognitive Impairment. *International Psychogeriatrics*, 9 (Suppl. 1), 65-69.
- Petersen, R. C., Smith, G. E., Waring, S. C., Ivnik, R. J., Tangalos, E. G., & Kokmen, E. (1999). Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Archives of Neurology*, 56, 303-308.
- Petersen, R. C. (2004): Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine*, 256, 183-194.

- Petersen, R. C. & O'Brien, J. (2006). Mild Cognitive Impairment Should Be Considered for *DSM-V*. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 19 (3), 147-154.
- Petersen, R. C., Roberts, R. O., Knopman, D. S., Boeve, B. F., Geda, Y. E., Ivnik, R. J., et al. (2009). Mild Cognitive Impairment. Ten Years Later. *Archives of Neurology*, 66 (12), 1447-1455.
- Post, F. (1965). *The psychiatry of later life*. Oxford: Pergamon Press.
- Prichard, J. C. (1837). *A Treatise on Insanity and Other Disorders Affecting the Mind*. London: Sherwood, Gilbert and Piper.
- Prichet, L. S., John, E. R., Ferris, S. H., Rausch, Z., Fang, R., & Cancro, C. (2006). Prediction of longitudinal cognitive decline in normal elderly with subjective complaints using electrophysiological imaging. *Neurobiology of Aging*, 27, 471-478.
- Rabins, P.V., Merchant, A., & Nestadt, G. (1984). Criteria for diagnosing reversible dementia caused by depression: validation by 2-year follow up. *British Journal of Psychiatry*, 144, 488-492.
- Reifler, B. V. (1982). Arguments for Abandoning the Term Pseudodementia. *Journal of the American Geriatric Society*, 30, 665-668.
- Reisberg, B., Ferris, S., De Leon, M. J., & Croock, T. (1982). The Global Deterioration Scale for Assessment of Primary Degenerative Dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139 (9), 1136-1139.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., Kluger, A., Franssen, E., Wegiel, J., & de Leon, M. J. (2008). Mild Cognitive Impairment: A historical perspective. *International Psychogeriatrics*, 20, 18-31.
- Reisberg, B., & Gauthier, S. (2008). Current evidence for subjective cognitive impairment (SCI) as the pre-mild cognitive impairment (MCI) stage of subsequently manifest Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*, 20, 1-16.
- Ribot, T. A. (1887). *Diseases of Memory*. New York: D. Appleton & Company.
- Ritchie, K., Ledésert, B., & Touchon, J. (1993). The eugeria study of cognitive aging: Who are the normal elderly? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 969-977.
- Ritchie, K., Leibovici, D., Ledésert, B., & Touchon, J. (1996). A typology of sub-clinical senescent cognitive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 168, 470-476.
- Ritchie, K., Ledésert, B., & Touchon, J. (2000). Subclinical Cognitive Impairment: Epidemiology and Clinical Characteristics. *Comprehensive Psychiatry*, 41 (Suppl. 1), 61-65.
- Roth, M. (1955). The natural history of mental disorder in old age. *Journal of Mental Science*, 101, 281-301.
- Roth, M., Tym, E., Mountjoy, C. Q., Huppert, F. A., Hendrie, H., Verma, S., et al. (1986). A standardized instrument for the diagnosis of mental disorder in the elderly with special reference to the early detection of dementia. *British Journal of Psychiatry*, 149, 698-709.
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth M., et al. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: Randomized Controlled Trial. *British Journal of Psychiatry*, 183, 248-254.
- Sperling, R. A., Aisen, P. S., Beckett, L. A., Bennett, D. A., Craft, S., Fagan, A. M. et al (2011). Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia. The Journal of the Alzheimer's Association*, 7, 280-92.
- Stott, J., & Spector, A. (2011). A review of the effectiveness of memory interventions in mild cognitive impairment (MCI). *International Psychogeriatrics*, 23, 526-538.

Sulkava, R., Matti, A., Paetau, A., Wikström, J., & Palo, J. (1983). Accuracy of clinical diagnosis in primary degenerative dementia: correlation with neuropathological findings. *Journal of Neurology, Neurosurgery, Psychiatry*, 46, 9-13.

Taylor, J. (1931). *Selecting Writings of John Hughlings Jackson* (Vols. 1 and 2). London: Hodder and Stoughton.

Wells, C. E. (1979). Pseudodementia. *American Journal of Psychiatry*, 136, 161-168.

Winblad, B., Palmer, K., Kivipelto, M., Jelic, V., Fratiglioni, L., Wahlund, L. O., et al. (2004). Mild Cognitive Impairment-beyond controversies, towards a consensus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. *Journal of Internal Medicine*, 256, 240-246.

World Health Organization (1978). *Mental Disorders: Glossary and Guide to their Classification in Accordance with Ninth Revision of the International Classification of Disease*. Geneva: Author.

World Health Organization (1990). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: Author.

World Health Organization (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for Research*. Geneva: Author.

World Health Organization (2002). *The ICD-9-CM International Classification of Diseases, Clinical Modification*. Geneva: Author.

World Health Organization (2007). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Version for 2007*. Geneva: Author.

Zaudig, M. (1992). A New Systematic Method of Measurement and Diagnosis of "Mild Cognitive Impairment" and Dementia According to ICD-10 and DSM-III-R Criteria. *International Psychogeriatrics*, 4 (Suppl. 2), 203-219.

| CATEGORIES AND CLINICAL ENTITIES OF SLIGHT COGNITIVE IMPAIRMENT | DATE | AUTHOR/S | ASSESSMENT |
|---|--|--|---|
| Pseudodementia | 1952 1961 1979 1981 1984 1985 2001 | Madden et al. Kiloh Wells Caine Rabins McAllister Bianchetti & Pezzini | Clinical observation Clinical observation Check-List Differentiating Pseudodementia from Dementia (Wells, 1979) Neuropsychological Screening Test (Caine, 1981) Clinical observation plus Mini Mental State Examination (Folstein et al., 1975) Clinical observation Clinical observation plus neuropsychological testing (not specified) |
| Senile Psychosis Primary Degenerative Dementia Primary Degenerative Dementia (revised criteria) Mild Cognitive Impairment diagnostic criteria selected from Dementia Criteria Age-Related Cognitive Decline Mild Neuro-cognitive Disorder Mild Neuro-cognitive Disorder (revised criteria) | 1955 1980 1983 1987 1994 1994 2011 | Roth American Psychiatric Association Sulkava et al. American Psychiatric Association American Psychiatric Association American Psychiatric Association Jeste et al. | Psychiatric Classification of Disease Psychiatric Classification of Disease Psychiatric Classification of Disease Psychiatric Classification of Disease Psychiatric Classification of Disease Psychiatric Classification of Disease Psychiatric Classification of Disease |
| Benign/Malignant Senescent Forgetfulness | 1962 | Kral | Wechsler Memory Scale (Wechsler, 1945); Wechsler Bellevue Intelligence Scale I (Wechsler, 1939); Bender Gestalt Visual Motor Test (Bender, 1938); Rorschach Test (Rorschach, 1942) |
| Mild Cognitive Impairment not amounting to dementia Mild Cognitive Impairment diagnostic criteria selected from Dementia Criteria Mild Cognitive Disorder Isolated Memory Loss Mild Cognitive Impairment Mild Memory Disturbance Memory Loss Mild Cognitive Disorder (revised criteria) | 1978 1990 1993 1997 2002 2002 2002 2007 | World Health Organization World Health Organization World Health Organization Bowen et al. World Health Organization World Health Organization World Health Organization World Health Organization | Psychiatric Classification of Disease Psychiatric Classification of Disease Psychiatric Classification of Disease Mini Mental State Examination (Folstein et al., 1975); Mattis Dementia Rating (Mattis, 1988); Fuld Object Memory Evaluation (Fuld, 1981); Boston Naming Test (Kaplan et al., 1983); Wechsler Adult Intelligence Scale Revised (Wechsler, 1981); Trail Making Test (Reitan, 1985) Psychiatric Classification of Disease Psychiatric Classification of Disease Psychiatric Classification of Disease Psychiatric Classification of Disease |
| Limited Dementia or Limited Cognitive Disturbances | 1982 | Gurland et al. | Geriatric Mental State Examination (Copeland et al., 1976); Comprehensive Assessment and Referral Evaluation (Gurland et al., 1977) |

| SLIGHT COGNITIVE IMPAIRMENT SUBCATEGORIES | CLINICAL ENTITIES | NEUROPSYCHOLOGICAL FEATURES/PSYCHOMETRIC CRITERIA |
|--|-------------------|---|
|--|-------------------|---|

| | | | |
|---|----------------------------------|--|--|
| Questionable Dementia | 1982 | Hughes et al. | Clinical Dementia Rating (Hughes et al., 1982) |
| Mild Cognitive Decline | 1982 | Reisberg et al. | Global Deterioration Scale (Reisberg et al., 1982) |
| Age-Associated Memory Impairment Age-Associated Memory Impairment (revised criteria) Age-Consistent Memory Impairment Late-Life Forgetfulness | 1986 1989 1989 1989 | Crook et al. Blackford & La Rue Blackford & La Rue Blackford & La Rue | Benton Visual Retention Test (Benton, 1974); Wechsler Memory Scale (Wechsler, 1975); Memory Complaints Questionnaire (Crook et al., 1992); Wechsler Adult Intelligence Scale Revised (1981); Mini Mental State Examination (Folstein et al., 1975) Wechsler Memory Scale-Revised (1987); Benton Visual Retention Test (1974); Rey-Osterreith Complex Figure (1964); Visual Recognition Memory Test (Fliker et al., 1987); Guild Memory Test (Gilbert & Ferris, 1980); Randt Memory Test (Randt & Brown, 1986); Rey Auditory Verbal Learning Test (Rey, 1964); Buschke-Fuld Selective Reminding Test; Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised (1981) |
| Minimal Dementia | 1986 | Roth et al. | Cambridge Mental Disorders in the Elderly Examination (Roth et al., 1986) |
| Mild Cognitive Impairment Mild Cognitive Impairment (diagnosis according to ICD-10 and DSM-III-R criteria) | 1991 1992 | Fliker et al. Zaudig | Global Deterioration Scale (Reisberg et al., 1982) Structured Interview for the Diagnosis of Dementia of Alzheimer Type, multi-infarct dementia, and dementias of other aetiology according to DSM-III and ICD-10 (Zaudig, 1992) |
| Mild Cognitive Impairment (primary criteria) | 1995 | Petersen et al. | Free and Cued Selective Reminding Test (Buschke, 1984); Rey Auditory Verbal Learning Test (Rey, 1964); Mini Mental State Examination (Folstein et al., 1975); Wechsler Adult Intelligence Scale Revised (Wechsler, 1981); Dementia Rating Scale (Mattis, 1988) |
| Mild Cognitive Impairment (original criteria) | 1999 | Petersen et al. | Wechsler Adult Intelligence Scale Revised (Wechsler, 1981); Rey Auditory Verbal Learning Test (Rey, 1964); Wide-Range Achievement Test (Jastak & Jastak, 1978); Mini Mental State Examination (Folstein et al., 1975); Dementia Rating Scale (Mattis, 1988); Free and Cued Selective Reminding Test (Buschke, 1984); Boston Naming Test (Kaplan et al., 1983); Controlled Oral Word Association Test (Benton & Hamsher, 1978); Category Fluency Test (Monsch et al., 1984); Clinical Dementia Rating (Hughes et al., 1982); Global Deterioration Scale (Reisberg et al., 1982) |
| Mild Cognitive Impairment with subcortical vascular features | 2002 | Frisoni et al. | Category Fluency (Novelli et al., 1986); Wisconsin Card Sorting Tests (Heaton, 1981); Digit Span (Orsini et al., 1987); Memory of Prose (Spinner & Tognoni, 1987); Corsi Span (Orsini et al., 1987); Token Test (De Renzi & Vignolo, 1962); Limb Apraxia Test (De Renzi et al., 1968) |
| Mild Cognitive Impairment (revised criteria) | 2004 | Petersen | Diagnostic algorithm to differentiate between MCI subtypes |
| Age-Associated Cognitive Decline | 1994 | Levy et al. | Psychiatric Classification of Disease |
| Cognitive Impairment no-Dementia | 1995 1997 | Elby et al. Graham et al. | Mini Mental State Examination (Folstein et al., 1975) Mini Mental State Examination (Folstein et al., 1975) |
| Subclinical Cognitive Impairment | 1996 2006 2008 | Ritchie et al. Prichep et al. Reisberg & Gauthier | Détérioration Cognitive Observée structured questionnaire (Ritchie & Fuhrer, 1994); Examen Cognitif par Ordinateur (Ritchie et al., 1993) Global Deterioration Scale (Reisberg et al., 1982) Global Deterioration Scale (Reisberg et al., 1982) |

Table 1. Categories of slight cognitive impairment and related clinical entities: A timeline.

| | | |
|---|---|---|
| NORMAL AGING | <p>Benign Senescent Forgetfulness (Kral, 1962)</p> <p>Mild cognitive decline not amounting to dementia (WHO, 1978)</p> <p>Age-Related Cognitive Decline (APA, 1994)</p> <p>Age-Associated Memory Impairment (Crook et al., 1986)</p> <p>Age-Associated Memory Impairment (revised criteria) (Blackford & La Rue, 1989)</p> <p>Age-Consistent Memory Impairment (Blackford & La Rue, 1989)</p> <p>Late-Life forgetfulness (Blackford & La Rue, 1989)</p> <p>Age-Associated Cognitive Decline (Levy et al., 1994)</p> | <p>Remote memories loss that progress slowly, followed by recent memories loss</p> <p>Mild memory disturbance associated with aging</p> <p>Slight impairment of several cognitive domains occurring in aging</p> <p>Gradual memory loss without sudden worsening. Performance at least 1 SD below the means established for young adults on standardized tests of recent memory</p> <p>People between age range 50-79 years. Perceived decrease of day-to-day memory functioning verified by standardized self-report memory questionnaires. Performance at least 1 SD below the mean established for young adults on one or more recommended tests. Evidence of adequate intellectual function as determined by a scaled score of at least 9 on the Vocabulary subtest of the Wechsler Adult Intelligence Scale</p> <p>Performance within ± 1 SD of the mean established for age on 75% or more of verbal and non-verbal memory tests. Verbal and performance IQ scores between 90 and 130, as determined by either the Wechsler Adult Intelligence Scale and Wechsler Adult Intelligence Scale Revised.</p> <p>Performance between 1 and 2 SD below the means established for age on 50% of verbal and non-verbal memory tests. Verbal and performance IQ scores between 90 and 130, as determined by either the Wechsler Adult Intelligence Scale and Wechsler Adult Intelligence Scale Revised.</p> <p>Performance must be at least 1 SD below the mean value for appropriate population in quantitative cognitive assessment (neuropsychological test or mental state evaluation)</p> |
| CLINICAL PREFACE OF MILD COGNITIVE IMPAIRMENT | Subclinical Cognitive Impairment (Prichep et al., 2006; Reisberg & Gauthier, 2008) | GDS Stage 2. The patient performs below average for his or her age and Wechsler Adult Intelligence Scale vocabulary score on 3 of the 5 Guild Memory subtests |
| MILD COGNITIVE DECLINE | <p>Malignant Senescent Forgetfulness (Kral, 1962)</p> <p>Limited Dementia or Limited Cognitive Disturbances (Gurland et al., 1982)</p> <p>Questionable Dementia (Hughes et al., 1982)</p> <p>Mild Cognitive Decline (Reisberg et al., 1982)</p> <p>Minimal Dementia (Roth, 1986)</p> <p>Mild Cognitive Impairment (APA, 1987)</p> <p>Mild Cognitive Impairment (WHO, 1990)</p> <p>Mild Cognitive Impairment (Fliker et al., 1991)</p> <p>Mild Cognitive Impairment (Zaudig, 1992)</p> <p>Mild Cognitive Impairment (Petersen et al, 1995; 1999)</p> <p>Mild Cognitive Disorder (WHO, 1993)</p> <p>Mild Neuro-cognitive Disorder (APA, 1994)</p> <p>Cognitive Impairment no-Dementia (Graham et al., 1997)</p> <p>Isolated Memory Loss (Bowen et al., 1997)</p> <p>Mild Cognitive Impairment with subcortical vascular features (Frisoni et al., 2002)</p> | <p>Loss of recent memories and conversion into dementia in the span of a few years</p> <p>Subjective reports of memory decline and declarative memory impairment</p> <p>CDR 0.5</p> <p>GDS Stage. The patient perform 1 SD or more below average for their age and Wechsler Adult Intelligence Scale vocabulary score on at least 3 of the 5 Guild Memory subtests. They may still make no errors on the 10-item Mental Status Questionnaire.</p> <p>Limited and variable impairment in memory, attention, orientation and executive functioning, revealed by CAMDEX</p> <p>Memory Impairment (MCI Type I); impairment of memory, executive functioning, language, praxis, and gnosis (MCI Type II)</p> <p>Memory Impairment (MCI Type I); memory impairment and intellectual abilities decline (MCI Type II); memory impairment, intellectual abilities decline and deteriorated activities of daily living (MCI Type III)</p> <p>Short- and long- term memory, language, visuo-spatial praxis, and executive functioning impairment. GDS Stage 3</p> <p>Diagnosis of Mild Cognitive Impairment (APA, 1987) plus a SIDAM (Structured Interview for the Diagnosis of Dementia of Alzheimer Type, multi-infarct dementia, and dementias of other aetiology according to DSM-III and ICD-10) score of 34-47 and Mini Mental Examination Score of 23-27</p> <p>Memory decline from 1.5-2.0 SD compared to individual of similar age and education level. Intact general cognitive function</p> <p>Cognitive disturbance referred to difficulties in memory, attention, language, visuo-spatial and executive functioning. Abnormal decline detectable by neuropsychological or mental status examination</p> <p>Cognitive impairment in memory (decreased ability to acquire or retrieve information), executive functioning (planning, organizing, sorting, and interfering), attention and information processing, perceptual-motor skills, and language (understanding, searching of words)</p> <p>Circumscribed memory deficit and low Mini Mental State Examination (24/30)</p> <p>Pure memory deficit without impairment of other cognitive domain. Performance below 2 SD of memory tests administered</p> <p>Mild memory deficit (impaired recall, relative intact recognition, less severe forgetfulness, benefit form cues) and disexecutive syndrome (impairment in goal formulation, planning, organizing, set-shifting and self-maintenance, and abstracting)</p> |
| DEMENTIA PROGRESSION | Primary Degenerative Dementia (Sulkava et al., 1983) | Deterioration of memory, orientation, attention, praxis, and gnosis. Failure in common activities of everyday life |
| OTHER PATHOLOGIES RELATED TO PSYCHIATRIC SYNDROME | <p>Pseudodementia (Rabins, 1982)</p> <p>Pseudodementia(Bianchetti & Pezzini, 2001)</p> | <p>A Mini Mental State Examination score of <24 in patients with depression</p> <p>Depression with consequent memory modifications versus dementia with superimposed depression</p> |

Table 2. Slight cognitive impairment clinical entities: A proposal for a new classification model

Action/Research e Psychosocial Intervention in Community: analisi degli articoli pubblicati dal 2000 al 2011 e categorie di lettura delle metodologie di intervento nelle comunità.

di Giuseppe Carollo*.

Abstract

Nell'articolo viene preso in esame l'ambito psicologico dell'intervento nelle comunità. Lo studio utilizza le pubblicazioni apparse negli ultimi 12 anni sulle riviste di settore, delimitando il campo di indagine a due metodologie di intervento: la ricerca-azione e l'intervento psicosociale. Vengono proposte categorie di lettura psicologico-cliniche dei resoconti di esperienze, insieme ad una sintesi del contesto storico-epistemologico entro cui queste metodologie si situano. L'analisi dei dati permette di evidenziare le variabili che organizzano la distribuzione delle pubblicazioni; nella discussione dei risultati vengono proposte ipotesi sulle tipologie di intervento e sulle rappresentazioni di comunità che caratterizzano maggiormente questo ambito, insieme ad una lettura del momento storico che i modelli di intervento nelle comunità stanno attraversando.

Parole chiave: ricerca-azione; intervento psicosociale; comunità.

Premessa

Questa ricerca ha come oggetto di studio la metodologia di intervento psicologico nelle comunità. L'idea da cui parte lo studio è di indagare come vengono condotti gli interventi psicologici in contesti sociali ampi, quali città, quartieri, borghi, periferie urbane, tutto ciò che rientra nell'ambito di contesti non circoscritti da confini istituzionali ed organizzativi definiti. Per questo genere di interventi psicologici la parola più comunemente utilizzata negli studi di settore è "comunità". Questo articolo propone una review degli articoli pubblicati a livello internazionale negli ultimi 12 anni su riviste di Psicologia, concernente questo tipo di interventi.

Le difficoltà ad intraprendere un percorso di questo tipo sono state molteplici. Come la stessa ricerca, ci auguriamo, potrà mettere in risalto, le concezioni stesse di "intervento" e di "comunità" sono molto varie e assumono diversi significati a seconda dello specifico approccio psicologico che dichiarano di assumere. Non esiste, ad oggi, un corpus teorico unico con il quale orientarsi e verso il quale tendere gli sforzi di ricerca. Esistono vari approcci, o Scuole, che si occupano dell'intervento nelle comunità.

La varietà delle appartenenze scientifiche che si occupano di intervento nella comunità potrebbe orientare la ricerca verso lo studio di ognuna di queste, da cui partire per formulare ipotesi sulle diverse rappresentazioni di "intervento" e di "comunità". Questa strategia di ricerca presuppone che dai modelli teorici possano scaturire prassi di intervento coerenti con le premesse metodologiche. In una prima fase del lavoro è stata adottata questa strategia di ricerca¹.

Con il proseguimento del lavoro, ci siamo confrontati con ulteriori complicazioni: all'interno di una stessa Scuola o appartenenza psicologica (*Psicologia di Comunità, Psicologia della Salute, Psicologia ambientale, Psicologia costruttivista, ecc...*) infatti e spesso non sono univoci l'uso, il

* Psicologo, Roma. Corrispondenza a: giusecaro@libero.it

¹ Il lavoro infatti continua ed approfondisce una ricerca che ha costituito oggetto di tesi nella laurea specialistica in "Psicologia Dinamica e Clinica per la persona, le organizzazioni e la comunità" presso la Facoltà di Psicologia - Roma "Sapienza". In quella occasione, lo studio della letteratura internazionale concernente l'intervento nelle comunità costituiva parte della resocontazione di un progetto più ampio, riguardante una ricerca-intervento in un quartiere di Roma, San Lorenzo.

significato ed i riferimenti storici² sottesi all' "intervento nella comunità". In altri termini, dal nostro lavoro ci è parso che l'appartenenza psicologica dichiarata negli articoli non possa discriminare una prassi di intervento sufficientemente omogenea tra i professionisti afferenti a quella stessa scuola, né talvolta coerente con le premesse teoriche del modello stesso. La variabile "appartenenza psicologica" è stata dunque ripensata e proposta come uno dei criteri di classificazione degli articoli; l'analisi dei risultati ci permetterà di formulare ipotesi sulle tendenze generali delle Scuole di appartenenza in rapporto al tipo di intervento ed alle rappresentazioni di comunità presso le quali si interviene.

Queste ultime costituiscono le due dimensioni fondamentali di organizzazione delle pubblicazioni e di formulazione di ipotesi di lettura: 1) le metodologie dell'intervento 2) le concezioni di comunità. Una precisazione importante: abbiamo utilizzato gli articoli che resocontano esperienze di intervento nelle comunità, presenti in letteratura negli ultimi 12 anni (2000 – 2011); gli studi teorici che non presentano al loro interno resoconti di interventi sono stati comunque selezionati e utilizzati come supporto alla costruzione delle categorie di analisi dei resoconti individuati.

Fonte iniziale per orientarsi nella letteratura da esplorare è stato l'articolo del 2002 (trad. it. del 2005) di Dubost & Lévy, "Ricerca-Azione e intervento". Gli Autori propongono un'ampia e articolata disamina dell'evoluzione storica dell'intervento nella comunità, si interrogano su alcuni principi dell'Action/Research e dell'intervento psicosociologico, cercandone relazioni ed analogie nel corso del XX secolo. Da qui siamo partiti con lo scopo di costruire alcune ipotesi generali sulle culture di scuola che hanno attraversato la metodologia dell'intervento. In questa sede ne proponiamo una sintesi, con lo scopo di evidenziare alcune specificità storico-metodologiche utili alla comprensione delle attuali istanze di intervento.

Campione

Abbiamo utilizzato la banca dati *Psychinfo*. Il campo di indagine è stato delimitato agli ultimi 12 anni, 2000-2011. Per poter ottenere dati più ricchi per lo specifico campo di indagine - l'intervento psicologico nelle comunità – sono state scelte due dizioni differenti, entrambe utilizzate negli studi di settore: a) Action/Research; b) Psychosocial Intervention.

Le parole chiave utilizzate sono state: a) Action/Research AND Community (ARC); b) Psychosocial Intervention OR Psychosocial Interventions AND Community (PIC), delimitando le due ricerche al Titolo.

Per quanto concerne la ricerca ARC, gli articoli presenti sulla banca dati sono 88; tra questi, quelli utilizzabili come campione di ricerca sono stati 51. Tutti gli articoli presenti in letteratura³ sono 99, il primo è del 1987.

Per quanto concerne la ricerca PIC, gli articoli presenti sulla banca dati sono 11; tra questi, quelli utilizzabili come campione di ricerca sono stati 7. Tra questi sette, due vengono conteggiati due volte perché in essi vi sono due resoconti di esperienze differenti, per cui il campione finale è composto da 9 resoconti. Tutti gli articoli presenti in letteratura sono 15; il primo è del 1992.

Criteri di codifica.

Gli articoli che presentano resoconti di esperienze vengono enumerati e siglati.

Vengono considerati l'anno di pubblicazione dell'articolo (I criterio) ed il territorio di intervento (II criterio), evidenziando inoltre il caso in cui gli autori siano di una nazionalità diversa in rapporto a questo.

Viene considerata l'identità professionale o l'appartenenza di Scuola (III criterio). Nell'operare la classificazione entro il terzo criterio, considerando i riferimenti teorici e metodologici che vengono

² Le pubblicazioni, pur proponendo la resocontazione di un'esperienza a partire dalle medesime metodologie - la ricerca-azione e l'intervento psicosociale - fanno spesso riferimento ad Autori appartenenti a varie epoche ed appartenenze scientifiche.

³ Non considerando cioè il periodo da noi messo in analisi: 2000-2011.

dichiarati negli articoli, è stata data priorità alla Scuola generale piuttosto che agli approcci più specifici derivati dalla prima. Ad es., il "Rural Social Work" è stato classificato come "Psicologia di Comunità"; "psicologia del benessere", "psicologia della disabilità" e "psicologia positiva"⁴ sono state classificate come "Psicologia della Salute".

Le premesse metodologiche, le finalità del lavoro e le effettive proposte di intervento che ogni articolo propone, guidano la "definizione operativa di intervento" (IV criterio).

I diversi modi di intervenire sono pensati in rapporto a diversi modi di concepire il territorio, od organizzazione, entro il quale si opera; le diverse "rappresentazioni di comunità" ipotizzabili dalla lettura dei resoconti costituiscono un ultimo criterio di codifica (V criterio).

Definizioni operative di intervento e rappresentazioni di comunità: due criteri veicolanti categorie di lettura psicologico-cliniche.

Il IV e il V criterio di lettura propongono categorie di analisi non direttamente dichiarati dagli articoli, ma desumibili da questi. Esse rappresentano l'esito dell'analisi dei resoconti, per la quale abbiamo fatto riferimento a categorie di lettura proposte da una specifica teoria psicologico-clinica, l'Analisi della Domanda (Carli & Paniccchia, 2003). I principi teorico-metodologici dell'Analisi della Domanda hanno fatto da guida nella lettura dei resoconti, in prima istanza, ed in seguito nella costruzione di categorie rappresentazionali sufficientemente omogenee e mutuamente escludentesi; l'intento di questo articolo è di presentare queste categorie come utili criteri di lettura della metodologia dell'intervento (criterio IV) e della comunità (criterio V).

Le dimensioni psicologico-cliniche alle quali abbiamo fatto riferimento nell'analisi dei resoconti e nella sintesi dei criteri di lettura sono stati:

- *Mandato sociale e committenza.* Per mandato sociale si intende il processo di legittimazione e consenso che viene socialmente riconosciuto ad una professione; il mandato sociale permette il riconoscimento di una professione per le sue finalità generali. La committenza è inerente le attese e gli obiettivi che una persona (organizzazione, comunità) ha nel rivolgersi allo psicologo; la committenza contestualizza le finalità generali del mandato sociale, trasformandole in dimensioni operative di rapporto.

- *Problema evidenziato e relazione col contesto.* Vengono prese in considerazione: le categorie di lettura proposte dagli articoli con cui vengono pensate/interpretate/comprese le problematiche concernenti una comunità; le dimensioni teoriche e sociali con cui gli scritti propongono una lettura del contesto; la relazione tra problematiche sociali e contesto entro cui queste sorgono.

- *Competenze utilizzate e riferimenti metodologici.* In quale modo lo psicologo ha strutturato la sua relazione con il cliente, quali strumenti operativi ha proposto.

- *Obiettivo dell'intervento.* Quali sono le dimensioni teoriche e sociali che gli interventi si propongono di perseguire.

È stato scelto di focalizzare lo studio sui resoconti, ritenendo questo lo strumento privilegiato della psicologia in rapporto alla verifica del lavoro, alla comprensione delle categorie di lettura degli eventi veicolate dagli autori, (Carli & Paniccchia, 2005), alla relazione tra teoria e prassi di intervento (Circolo del Cedro, 1992) ed alle logiche del processo comunicativo in atto (Sesto, 1993).

Definizioni operative di intervento:

- *Sviluppo di Dimensioni Simboliche:* oggetto dell'intervento sono i significati socialmente condivisi da una comunità. Le teorie psicologiche con le quali i professionisti si orientano servono per dare evidenza a questi significati, permettendone la comprensione simbolica e storicamente connotata. I professionisti intervengono nel rapporto che intercorre tra loro e la comunità, utilizzando questa relazione come base di comprensione dei significati concernenti la convivenza. Il lavoro sulle dimensioni culturali è pensato come un processo capace di promuovere lo sviluppo di dimensioni di convivenza alternative.

⁴ Per ognuna di queste "sottoscuole" è presente un solo articolo nel campione qui preso in considerazione.

La metodologia si avvale di strumenti di intervento e di ricerca (questionari, focus groups) con l'ipotesi di disporre di un setting facilitante la discussione insieme ai partecipanti, inerente tematiche sociali proprie della comunità. I professionisti si propongono con una funzione consulenziale.

- *Intervento Educativo/Formazione*: l'intervento muove le sue azioni a partire dalle 'raccomandazioni' presenti nella letteratura concernente la ricerca evidence based, o piuttosto da una specifica teoria. L'obiettivo del lavoro è arrivare a risultati misurabili, come abilità e conoscenze, che l'appartenenza scientifica stessa definisce desiderabili per un certo contesto. Lo specifico dell'intervento è rintracciabile nel processo di creazione di un'appartenenza, proponente una dinamica bottom-up, preliminare al momento dell'apprendimento di specifiche abilità. L'intervento è guidato da finalità generali da raggiungere, con le quali è possibile pensare un momento formativo finale in cui contenuti ed ideali della disciplina di riferimento vengono trasmessi alla comunità. I professionisti assumono il ruolo di formatori; la metodologia usata prevede l'utilizzo di strumenti quantitativi, utili a misurare il cambiamento, inteso come acquisizione di nuove abilità.

- *Intervento di gruppo/orientamento*: l'intervento si caratterizza per essere un'attività di consulenza/orientamento a fronte di un problema emerso in una struttura organizzativa. La comunità viene implicata nella ricerca di competenze, per le quali si presume vi sia un alto potenziale di adattamento all'ambiente e di successo, presenti ma non evidenti al momento iniziale dell'intervento. Questo si propone di far emergere/suggerire/consigliare potenzialità non espresse perché considerate non adeguate a quel contesto.

La metodologia si avvale di un primo momento di sospensione dell'azione organizzativa, che permette la discussione su questa e sulle dinamiche consuetudinarie, ed un secondo momento in cui i professionisti si incaricano di proporre/consigliare/mostrare una nuova prassi. Il ruolo ricoperto dai professionisti è quello di tecnico entro una specifica area della realtà sociale.

- *Involved Action/Research*: l'intervento si pone l'obiettivo di promuovere strumenti di riflessione che possano portare alla programmazione di una strategia d'azione per la comunità. Il lavoro consiste nella costruzione di una motivazione all'azione, basato sul sentimento di appartenenza al gruppo e sulla rivendicazione sociale dei propri diritti. La ricerca/intervento individua il primo contesto di azione della comunità nell'intervento stesso: i partecipanti sono pensati essi stessi con il ruolo di ricercatori, mentre i professionisti chiamati ad intervenire condividono a loro volta i valori della comunità. Vengono utilizzati strumenti della ricerca qualitativa, come interviste, analisi del contenuto e analisi del discorso, sia per dare un quadro della comunità nel momento dell'intervento che come oggetto di apprendimento da proporre ai partecipanti. La distanza tra professionisti e comunità si assottiglia: i partecipanti assumono il ruolo di co-researchers, mentre i professionisti quello di militanti, difensori di una certa causa.

- *Engaging Action/Research*: il lavoro viene organizzato a partire da una domanda di intervento posta da un ente specifico, spesso di natura pubblica, a fronte di una problematica generale rilevata in un certo contesto.

L'Action/Research viene pensata come un metodo che propone un processo di consapevolezza, dal basso verso l'alto, a fronte di problematiche generali che la comunità può non sentire come proprie. La metodologia dell'intervento si pone come primo obiettivo quello di tradurre le problematiche espresse dal mandato sociale in dimensioni fruibili e comprensibili da parte della comunità. In seguito si lavorerà per sviluppare un processo di sensibilizzazione su queste tematiche, che possa portare da una parte a processi d'azione a partire dalla stessa comunità, dall'altra a permettere un intervento maggiormente mirato da parte delle politiche ufficiali. In merito a questi due obiettivi, gli strumenti di ricerca possono essere sia di tipo qualitativo che quantitativo. Il professionista (spesso una équipe) assume la posizione di ricercatore esterno e si avvale di persone interne alla comunità (key-participants, lay-researchers...) come mediatrici del rapporto.

- *Raccolta dati*: in questo tipo di metodologia viene posta maggiore importanza all'attività più propriamente di ricerca che di intervento. Il lavoro è finalizzato alla raccolta dati. Viene utilizzata la

formula "Action/Research" o "community based" per sottolineare: 1) l'implicazione del ricercatore nel processo di ricerca; 2) l'interesse dei soggetti per l'oggetto di studio.

La metodologia si avvale di strumenti di ricerca quali questionari, interviste e focus-group. I risultati vengono considerati come "atteggiamenti", "conoscenza", "comportamenti" della comunità nei confronti dell'oggetto di studio.

- *Intervento Riabilitativo*: la metodologia si riferisce ad interventi terapeutici, volti: a) alla riabilitazione dell'individuo o del gruppo in rapporto ad abilità sociali utili ad un migliore adattamento all'ambiente; b) alla normalizzazione dell'individuo in riferimento a dimensioni psicopatologiche attraverso l'implicazione in attività community-based. L'intervento ha come obiettivo la riduzione del deficit individuale; il professionista interviene in quanto psicoterapista o esperto di un protocollo riabilitativo, da calare nella situazione contestuale. L'intervento prevede una verifica con metodi quantitativi, entro i quali il metodo sperimentale è quello auspicato.

- *Soccorso Psicologico*: l'intervento si propone di fornire strumenti e modalità di aggregazione note e familiari, presso una comunità che vede le sue principali istituzioni poste in crisi in seguito ad un grave incidente o evento catastrofico o ad una situazione sociale fortemente destrutturante. Il lavoro consisterà nell'organizzare attività di aggregazione quotidiane che la comunità non è in grado di provvedere per sé stessa. I professionisti assumono una funzione di supporto esterno alla comunità.

Rappresentazioni di Comunità:

- *organizzazione/dimensioni individuali*: la comunità è intesa entro una specifica realtà organizzativa. Essa ha una sua modalità di funzionamento generale che viene influenzata/deriva dalle qualità personali dei singoli appartenenti. Le dinamiche di gruppo sono viste come un mezzo necessario per lavorare sulle qualità personali.

- *organizzazione/abilità lavorative*: la comunità è pensata entro una struttura organizzativa che si rapporta ad un'attività lavorativa. Le caratteristiche del gruppo sono salienti in quanto adatte o meno ad interfacciare la dimensione lavorativa. Tali caratteristiche corrispondono ad abilità individuali, di natura non strettamente psicologica, utili a portare avanti le attività e ad interfacciarsi verso un terzo con il quale la comunità è in relazione.

- *organizzazione/cultura organizzativa*: la comunità è intesa come un'organizzazione definita da una struttura, un obiettivo ed una cultura organizzativa. Questa ultima corrisponde ad una rappresentazione simbolica più o meno varia e stratificata della realtà, concernente una contestuale modalità di relazione tra le parti, che permette di legare le attività e le caratteristiche dell'organizzazione ad un codice di significazione degli eventi.

- *resident population needs*: la comunità è intesa come una realtà delimitata demograficamente, richiedente servizi concreti per la cittadinanza; generalmente si può parlare anche di "popolazione di un territorio", contraddistinta per i bisogni e le richieste dell'hic et nunc, che vengono poste soprattutto sul piano politico e sanitario.

- *rappresentazioni simboliche condivise*: la comunità è pensata come un insieme di rappresentazioni socialmente condivise e connotate storicamente. Questa comunità offre una dimensione di appartenenza trasversale alle organizzazioni incluse nella comunità stessa e non ha un vincolo produttivo esplicito intorno a cui organizzarsi. In questa concezione è data particolare rilevanza alla dimensione più generale che contraddistingue la comunità, espressa con concetti psicologici quali "identità" e "cultura", piuttosto che a quella individuale. Gli oggetti della comunità sono rappresentativi della cultura e ne esprimono i significati, che a loro volta possono essere molteplici e stratificati, grazie ai particolari processi storici che la comunità ha attraversato.

- *dimensioni formali/comunità svantaggiate*: la comunità è pensata come una struttura definibile secondo concetti generalizzabili e quantificabili in rapporto ai diversi contesti; essa è una entità formale piuttosto che ideale, ancorata a grandezze ripetibili e standardizzate a partire dal modello di riferimento (senso di comunità, leadership, empowerment, conoscenza, etc.).

La gran parte degli studi si riferisce ad interventi portati in seno a comunità socialmente svantaggiate, per le quali la lotta per i diritti diventa una caratteristica originaria, ad esse associate per definizione. La comunità è caratterizzata da diritti sociali, dal raggiungimento di obiettivi socialmente desiderabili, dalla capacità di sviluppare il dibattito democratico al suo interno, dalla lotta per l'ottenimento di diritti civili. Tramite il perseguimento di questi obiettivi è possibile intercettare le dimensioni formali proprie di ogni comunità.

- *dimensioni individuali/campione di ricerca*: la comunità consiste in un insieme di individui che condividono l'interesse o la più generica implicazione per un evento. Questo oggetto di condivisione è pensato come una variabile indipendente, caratterizzante gli individui; lo scambio all'interno della comunità, tra chi vi appartiene, non è necessario; esso è piuttosto attivato nei confronti del ricercatore. La comunità viene costituita convenzionalmente dal ricercatore.

- *dimensioni individuali/comunità*: la comunità è vista come una serie di individui con specifiche caratteristiche individuali. I ruoli ed i valori riscontrabili all'interno della comunità sono visti come un prodotto generato dal confronto con le singole storie e le singole appartenenze, a loro volta legate a qualità psicologiche personali (strategie di coping, fattori di resilienza, qualità del pensiero, etc.)

La ricerca-azione nella letteratura internazionale.

Breve storia delle origini.

"Ricerca-Azione" è la denominazione largamente condivisa in rapporto agli interventi psicologici rivolti alle comunità. Il termine "Intervento Psicosociale" può essere rintracciato in diverse Scuole, ma è la Psicosociologia francese che lo utilizza sistematicamente per riferirsi ad una prassi di intervento volta al cambiamento entro strutture organizzative. La Psicosociologia utilizza più spesso la dizione "Intervento Psicosociologico", mentre in Italia e all'estero sembra essere trasversale la dizione "Intervento Psicosociale". Poiché i momenti storici ed i movimenti che hanno visto la nascita delle due metodologie sembrano essere i medesimi, in questa sezione si fa riferimento soprattutto alla storia della "Ricerca-Azione" e di come le sue caratteristiche possano essere comuni all'Intervento Psicosociale.

Fondatore della metodologia della "Ricerca-Azione" viene da tutti riconosciuto Kurt Lewin (1890 – 1947) noto – nella psicologia generale – anche per *la teoria del campo, l'approccio gestaltista e la visione galileiana nella ricerca di laboratorio, lo stile di leadership, ecc...* tutte questioni che, nella stessa vita e nella formazione dell'Autore, si intrecciano, così da contribuire a connotare l'origine del nostro stesso oggetto di interesse, la Ricerca-Azione. Molte di queste dimensioni infatti hanno trovato un loro specifico sviluppo scientifico nel corso degli anni, essendo – nelle concettualizzazioni di Lewin – spesso concomitanti: egli si è infatti dedicato costantemente al progetto di un cambio epistemologico generale. A Lewin vengono affiancati altri studiosi a lui contemporanei per quanto riguarda la "paternità" della Ricerca-Azione. Tra questi molte e rilevanti sono le differenze, in rapporto agli approcci utilizzati.

Per Lewin la ricerca-azione ha avuto il significato di una strategia di azione nel campo sociale, in cui l'azione stessa è controllata nel suo svolgersi entro *le forze del campo* (Lewin, 1947). La ricerca-azione era dunque per Lewin un *intervento nelle relazioni sociali* in cui lo psicologo poteva immergersi grazie alla teoria del campo e del cambiamento sociale (Lewin, 1944).

I lavori di Lewin sui gruppi si svolsero soprattutto durante la sua permanenza negli Stati Uniti; l'autore, ricordiamo, arrivò in Usa in seguito all'ascesa del nazismo in Germania, dove egli era nato. Dalla Germania Lewin portò con sé una solida formazione psicologica di tipo sperimentale dal gruppo della Gestalt, avendo studiato con Wertheimer, Kofka, Kohler; ma anche un desiderio di incidere concretamente sui sistemi sociali, verso un clima democratico piuttosto che autoritario o lassista. Un'altra questione importante, inerente la formazione di Lewin e che lo portò

successivamente a compiere alcune scelte, era quella più specificatamente epistemologica: Lewin cercò sempre di intendere l'utilità della psicologia nel suo rapporto con i sistemi reali di persone; per portare la psicologia dentro questa dimensione (che poi prese la forma della teoria del campo), la disciplina doveva fare un'operazione rivoluzionaria in rapporto ai tradizionali metodi di ricerca scientifica in laboratorio, non adatti allo studio del mondo reale. Questo cambiamento era analogo alla rivoluzione apportata dalle scoperte galileiane in rapporto alle conoscenze aristoteliche dominanti. La psicologia era per Lewin prigioniera della propria volontà di misurare tutto con precisione e nel considerare il suo oggetto sempre ripetibile; questo era un approccio aristotelico, che poteva essere cambiato se si assumeva un punto di vista gestaltista per 'inquadrare un oggetto': non più tramite le forze che gli sono proprie (ad esempio prendendo il concetto di istinto), ma *inquadrando la figura nel rapporto con lo sfondo ed il suo ambiente*. Questa era un'ottica galileiana, che portava a pensare lo psicologo non più come un osservatore esterno e neutrale, ma come un soggetto attivo entro il campo dell'oggetto studiato.

In Usa, Lewin si occupò di numerosi interventi sui sistemi sociali grazie alla *teoria del campo*. Erano interventi su comunità e su organizzazioni. Uno dei cardini della sua teoria del cambiamento sociale consisteva nel pensare che i cambiamenti – nelle condotte individuali – fossero modificabili tramite interventi nei gruppi, proprio grazie all'appartenenza degli individui a questi. Ma anche lo stesso *clima del gruppo* è modificabile da alcuni membri chiave, che in un campo specifico possono assumere una funzione di *gate-keeper*.

Alla morte di Lewin nel 1947, i suoi contributi erano stati capaci di rendere possibile una forte domanda di mercato verso questa "nuova psicologia". I suoi allievi e successori svilupparono alcuni ambiti specifici: Bradford ha creato, pochi mesi dopo la morte del suo maestro, il *National Training Laboratory*, che si occupò di esperienze di formazione tramite lo strumento principe del T-Group. Lippitt parla nel 1958 di *planned-change* (Lippitt, Watson & Westley, 1958), portando avanti il discorso sulla ricerca-azione: un sistema-cliente che si confronta con un sistema di consulenti specializzati. Il sistema cliente può essere costituito da: una persona, un gruppo, un'organizzazione, una comunità.

Altri autori che possono essere pensati come co-fondatori della ricerca-azione sono: Moreno, Mayo, Alinsky, insieme ai lavori intrapresi dalla *Tavistock Institute* già prima della seconda guerra mondiale, per continuare nel periodo post-bellico (Dubost & Lévy, 2005).

Moreno (1889-1974) si occupò di terapia di gruppo tramite alcune idee specifiche ed innovative sulla conduzione, utilizzando tecniche come il sociodramma e lo psicodramma, rifiutando i dettami della scienza sociale convenzionale che voleva lo psicologo in una posizione esterna ai soggetti.

Mayo è stato uno psicologo che ha utilizzato il *personal counseling* come strumento di cambiamento organizzativo, nel periodo tra le due guerre. Anche se il metodo da lui utilizzato (colloqui individuali con il personale aziendale) viene visto come marginale rispetto alla vocazione comunitaria della Ricerca-Azione, il suo lavoro ha influenzato l'intero corpus teorico-metodologico inerente il cambiamento di sistemi organizzativi.

Alinsky ha operato, negli Usa, nel periodo delle due guerre: laureandosi in criminologia nel 1930 presso la scuola sociologica di Chicago, dedicò la sua vita all'azione emancipatrice delle comunità sociali; il suo modo di operare è stato molto poco incentrato sull'attività di ricerca, concentrandosi piuttosto sull'organizzazione di lotte sociali di comunità svantaggiate. Le sue strategie educative e la sua concezione del processo di collaborazione sono espresse più chiaramente nel suo ultimo libro, scritto un anno prima della sua morte: *Rules for Radicals* (1971).

La Tavistock è una clinica inglese sviluppatasi durante la prima guerra mondiale. I professionisti che vi lavoravano, a cavallo delle due guerre, erano psichiatri e psicologi dinamici, che cercarono in questi primi anni di attività di unire le loro competenze analitiche con le competenze proprie di altre discipline sociali, come la sociologia e l'antropologia, per intervenire nelle comunità. Le community inglesi erano costituite, in questi primi anni del '900, da gruppi di reduci che potevano trovare, tramite l'intervento dei clinici della Tavistock, un più facile reinserimento sociale. Esempi illustri di questi interventi nelle community sono nei lavori di Bion e Rickman, ma poi questi lavori proseguirono ed entrarono in contatto con circa 4000 associazioni civili in Inghilterra. In seguito, i lavori della Tavistock si arricchirono di altre metodologie, volte ad un cambiamento delle culture delle organizzazioni committenti, grazie ai successivi lavori di altri esponenti, come Jaques e Trist, negli anni '50 e '60. Questo gruppo ha inteso il momento della ricerca, nella Ricerca-Azione, anche

come lavoro di rielaborazione teorica riferita al mondo scientifico, non solo come lavoro da svolgere insieme ai propri clienti.

Questi, in rapido excursus, i principali filoni all'origine della metodologia detta Ricerca-Azione.

Sono molti gli spunti che ogni Scuola immette nel "campo" della metodologia; alcuni di essi sembrano anche proporre delle dicotomie, o comunque dei punti di partenza molto diversi: dimensione individuale/dimensione comunitaria, ricerca generalizzabile/ricerca contestuale, struttura chiusa/comunità aperta, bisogni/relazioni, ecc... Tutto ciò meriterebbe uno spazio di riflessione che in questa sede non è possibile proporre. Questo studio tuttavia si pone lo scopo di evidenziare come questi diversi retaggi della metodologia di intervento nelle comunità possano essere ancora oggi apprezzabili nelle esperienze degli psicologi di varie appartenenze scientifiche, resocontate e pubblicate su Riviste internazionali. Le Definizioni Operative di Intervento (IV criterio) e le Rappresentazioni di Comunità (V criterio) hanno il compito di assolvere questa funzione.

Risultati.

La variabile "Anno di Pubblicazione" non si distribuisce casualmente in ARC (valore chi-quadro: 15,647), mostrando un aumento sempre più marcato man mano che ci avviciniamo alle ultime pubblicazioni - 56,9% dal 2008 al 2011 - (tab. 4). In PIC questo sbilanciamento non c'è, le pubblicazioni sembrano distribuirsi in maniera casuale (tab. 2).

I resoconti si riferiscono ad esperienze avvenute in 18 differenti Territori (II criterio); quelli che contano maggiori esperienze sono USA (19) e Canada (17), poi Australia (7) e UK (5). A seguire vi sono Paesi che contano una o due esperienze sul proprio territorio. Abbiamo scelto di evidenziare i territori in cui i lavori sono stati organizzati da professionisti di nazionalità estera. Questi sono in tutto 8 (tab.1). Il test del chi-quadro (15,671) ci conferma la non-casualità della distribuzione "straniera" (significatività del 5%) in rapporto alla Scuola di Appartenenza (III criterio). Le Scuole associate ad un intervento "straniero" sono 3: Psicologia della Salute (f =2), Psicologia di Comunità (f =3), Psicologia dell'Emergenza (f =3).

Le Scuole di Appartenenza (III criterio) sono 9. Tra queste, Psicologia della Salute (f =26) e Psicologia di Comunità (f =19) hanno il maggior numero di studi pubblicati; seguono Psicologia ambientale (4) e Psicologia dell'Emergenza (4). Si nota che i 60 studi insieme, in rapporto alla sola terza variabile, producono un chi-quadro (102,00) che soddisfa il criterio di significatività all'1%: è possibile affermare che la distribuzione delle pubblicazioni in rapporto alla variabile Scuola di Appartenenza non sia casuale (tab. 1)

Variabili: Scuola di Appartenenza; Nazionalità.

Tabella 1

| | Scuola | | | | | | | | | | Total |
|----------------|------------------|-----------------|-----------------------|-------------|----------------|------------------|--------------|--------------------------|--------------------|----|-------|
| | Ps. della Salute | Ps. di Comunità | Sistemico-Relazionale | Costruttiv. | Ps. Ambientale | Ps. Cognitivista | Antropologia | Ps. delle Organizzazioni | Ps. dell'Emergenza | | |
| Auto nazionali | 24 | 16 | 1 | 2 | 4 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 52 |
| ri stranieri | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 8 | |
| Total | 26 | 19 | 1 | 2 | 4 | 2 | 1 | 1 | 4 | 60 | |

Casualità della distribuzione per le variabili Scuola e Nazionalità

Chi-quadro: 15,671

Valore critico per livello di significatività al 5%: 15,51

Casualità della distribuzione per la sola variabile Scuola

Chi-quadro: 102,00

Valore critico per livello di significatività al 1%: 20,09

Considerando ancora la sola terza variabile, separando però le due ricerche ARC e PIC, i risultati cambiano. Per ARC il chi-quadro rimane molto alto (79,980), permettendo di confermare la non-casualità della distribuzione (tab 4). Per PIC (tab. 2) invece il chi-quadro si abbassa (2,000) e non

è possibile dire che la variabile Scuola di Appartenenza discrimini il modo in cui vengono pubblicati gli articoli.

Questi dati ci dicono che il dato per cui le pubblicazioni entro PIC vengano effettuate da sole 3 Scuole di appartenenza (Emergenza, Salute e Comunità) è significativo, ma che una volta considerato il solo ambito della PIC non è possibile scartare l'ipotesi per cui l'ordine tra queste tre Scuole sia casuale.

Risultati inerenti l'ambito di ricerca PIC.

Tabella 2

Variabili: Comunità; Intervento PI

| | | Comunità | | | Total |
|------------|----------------------|---------------------|---|---------------------------------|-------|
| | | Resident pop. needs | Dimensioni individuali-campione ricerca | Dimensioni individuali-comunità | |
| Intervento | Riabilitativo | 2 | 1 | 4 | 7 |
| | Soccorso Psicologico | 1 | 0 | 1 | 2 |
| | Total | 3 | 1 | 5 | 9 |

Livello di Significatività: 0,05

Valore chi-quadro: 0,514

Valore critico: 5,99

Viene accettata l'ipotesi nulla. Le due variabili categoriali "Intervento" e "Comunità" sono indipendenti.

Variabile singola: Anno di Pubblicazione

| | | Frequenza | Percentuale |
|-----------------------|-----------|-----------|-------------|
| Anno di Pubblicazione | 2000-2003 | 1 | 11,1 |
| | 2004-2007 | 5 | 55,6 |
| | 2008-2011 | 3 | 33,3 |
| Total | | 9 | 100,0 |

Livello di Significatività: 0,05

Valore chi-quadro: 2,667

Valore critico: 5,99

Viene accettata l'ipotesi nulla. La distribuzione della variabile "Anno di Pubblicazione" è dovuta al caso.

Variabile singola: Scuola di Appartenenza

| Scuola | Frequenza |
|--------------------|-----------|
| Ps. della Salute | 4 |
| Ps. di Comunità | 1 |
| Ps. dell'Emergenza | 4 |
| Total | 9 |

Livello di Significatività: 0,05

Valore chi-quadro: 2,000

Valore critico: 5,99

Viene accettata l'ipotesi nulla. La distribuzione della variabile "Scuola di Appartenenza" è dovuta al caso.

Consideriamo le variabili IV (Intervento) e V (Comunità) nella loro co-occorrenza (tab.3)

Il test del chi quadro (134,411) ci dice che le due variabili sono dipendenti l'una dall'altra, entro un livello di significatività dell'1%. Le frequenze maggiori si registrano nella co-occorrenza tra: Involved Action Research e Dimensioni formali-comunità svantaggiate (10); Engaging Action Research e Resident population needs (8).

Tabella 3

| Comunità | Intervento | | | | | | | | Total |
|------------------------------------|-------------|-------------|----------------------|---------------|---------------|----------------------|-----------------------------|---------------------|-----------|
| | Engaging AR | Involved AR | Educativo Formazione | Raccolta dati | Riabilitativo | Soccorso psicologico | Sviluppo dimens. simboliche | Gruppo-orientamento | |
| Res. pop. needs | 8 | 1 | 0 | 4 | 3 | 1 | 0 | 0 | 17 |
| Rappr. simboliche condivise | 4 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 8 |
| Dim. formali/comunità svantaggiate | 3 | 10 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 |
| Org./abilità lavorative | 0 | 0 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 3 | 8 |
| Org./dimensioni individuali | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| Dim. Individuali/campione ricerca | 1 | 0 | 0 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| Org./cultura org. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Dim. individuali/comunità | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 1 | 0 | 0 | 5 |
| Total | 16 | 12 | 5 | 11 | 8 | 2 | 3 | 3 | 60 |

Chi-quadro: 134,411

Valore critico per significatività all'1%: 74,92

Con le frequenze di 4 e 3 troviamo molte co-occorrenze: Raccolta dati/Resident population needs (4); Intervento Riabilitativo/Resident population needs (3); Engaging AR/Rappresentazioni simboliche condivise (4); Engaging AR/Dimensioni formali-comunità svantaggiate (3); Intervento Educativo-Formazione/Organizzazione-abilità lavorative (3); Intervento di Gruppo-Orientamento/Organizzazione-abilità lavorative (3); Raccolta Dati/Dimensioni individuali-campione ricerca (3); Intervento Riabilitativo/Dimensioni Individuali-Comunità (4).

Anche in questa occasione osserviamo un cambiamento quando applichiamo il test del chi-quadro per l'indipendenza delle due variabili su PIC e ARC separatamente. Il chi-quadro in ARC (tab.4) rimane significativo (92,048), mentre in PIC (tab.2) si abbassa (0,514) e non è possibile confermare la dipendenza tra i valori delle variabili Intervento e Comunità.

Come in precedenza, questi dati ci dicono che è possibile pensare significativa la distribuzione delle pubblicazioni totali, in rapporto alle due variabili Intervento e Comunità in comune tra PIC e ARC⁵, ma che delimitando la ricerca all'ambito del PIC non è più possibile confermare questa ipotesi.

Evidentemente, aggiungendo una terza variabile di co-occorrenza, i dati nell'ambito di PIC rimarranno non significativi. Delimitando invece il campo di ricerca ad ARC ed aggiungendo la terza variabile "Scuola di Appartenenza" alla co-occorrenza tra Intervento e Comunità (tab.5), alcuni dati sono significativi.

La Scuola Psicologica maggiormente influente sulla distribuzione degli articoli co-occorrenti in rapporto ai valori delle variabili Intervento e Comunità è "Psicologia di Comunità". Il suo valore di chi-quadro (36,186) soddisfa la significatività al 5%. Al suo interno è predominante la co-occorrenza "Involved AR/dimensioni formali-comunità svantaggiate" (f =9). A seguire "Psicologia della Salute" presenta un chi-quadro (19,873) appena al di sotto del livello di significatività del 5%; il valore del chi quadro diventa significativo se alziamo il livello di probabilità al 7%. In questo caso la dominanza dell'Intervento è per la sottocategoria "Engaging AR" (f =10), che a sua volta si distribuisce in larga parte nella co-occorrenza con due sottocategorie di Comunità: "Resident

⁵ In ARC sono presenti 7 sottocategorie di Intervento e 7 di comunità; di queste 14, 3 sono in PIC. D'altra parte in PIC appaiono due nuove categorie, assenti in ARC: Soccorso Psicologico; Dimensioni individuali/comunità.

Population Needs" (5) e "Rappresentazioni Simboliche Condivise" (4). Notiamo anche altre due co-occorrenze: Intervento Educativo-Formazione/Organizzazione-Abilità lavorative (3) e Raccolta Dati/Resident Population Needs (3).

E inoltre: le altre due Scuole per le quali è possibile calcolare il chi-quadro sono Psicologia Ambientale (8,000) e Costruttivismo (2,000). Per entrambe il chi-quadro non è significativo con un livello di probabilità del 5%, seppure nel primo caso questo sia più alto.

Tabella 4
Risultati inerenti l'ambito di ricerca ARC.

| | Variabili: Intervento; Comunità A/R | | | | | | | | | | Total | |
|-------------------------------|-------------------------------------|------------------------|--------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|--------------------------------|----------------------------|-----------------|------------------------|--------------------------------------|-------------------------|---|
| | Comunità | | | | | Intervento | | | | | | |
| | Res. pop. needs | Rappr. Simb. Condivise | Dimensioni formali-com. svantaggiate | Org.-Abilità lavorative | Org.-Dimensioni individuali | Dim. Individuali-campione ric. | Org.-cultura organizzativa | Res. pop. needs | Rappr. Simb. Condivise | Dimensioni formali-com. svantaggiate | Org.-Abilità lavorative | |
| Intervento | 8 | 4 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 16 | 4 | 3 | 0 | 0 |
| Engaging A/R | 1 | 1 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Involved A/R | 0 | 0 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Educativo-Formazione | 4 | 2 | 0 | 2 | 0 | 3 | 0 | 11 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Raccolta dati | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Riabilitativo | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 1 | 0 |
| Dimensioni Simboliche Gruppo- | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Orientamento | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 14 | 8 | 14 | 8 | 2 | 4 | 1 | 51 | 8 | 2 | 4 | 1 |

Livello di Significatività: 0,01

Valore chi-quadro: 92,048

Valore critico: 58,62

Le due variabili categoriali "Intervento" e "Comunità" sono dipendenti.

Variabile singola: Scuola di Appartenenza A/R

| Scuola | Frequenza | Percentuale |
|--------------------------|-----------|-------------|
| Ps. della Salute | 22 | 43,1 |
| Ps. di Comunità | 18 | 35,3 |
| Sistemico Relazionale | 1 | 2,0 |
| Costruttivismo | 2 | 3,9 |
| Ps. Ambientale | 4 | 7,8 |
| Psicologia Cognitivista | 2 | 3,9 |
| Antropologia | 1 | 2,0 |
| Ps. delle Organizzazioni | 1 | 2,0 |
| Total | 51 | 100,0 |

Livello di Significatività: 0,01

Valore chi-quadro: 79,980

Valore critico: 18,48

La distribuzione della variabile "Scuola di Appartenenza" non è casuale.

Variabile singola: Anni di Pubblicazione A/R

| Anni di pubblicazione | Frequenza | Percentuale |
|-----------------------|-----------|-------------|
| 2000-2003 | 6 | 11,8 |
| 2004-2007 | 16 | 31,4 |
| 2008-2011 | 29 | 56,9 |
| Total | 51 | 100,0 |

Livello di Significatività: 0,01

Valore chi-quadro: 15,647

Valore critico: 9,21

La distribuzione della variabile "Anni di Pubblicazione" non è casuale.

Tabella 5
Risultati inerenti l'ambito di ricerca ARC.

Variabili: Intervento; Comunità; Scuola di appartenenza A/R

| Scuola di appartenenza | Intervento | Comunità | | | | | | Org./cultura organizzativa | Total |
|--------------------------|--------------------------------|-----------------|------------------------|--------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|--------------------------------|----------------------------|-------|
| | | Res. pop. needs | Rapor. Simb. condivise | Dimensioni formali-com. svantaggiate | Org./Abilità lavorative | Org. dimensioni individuali | Dim. Individuali-campione ric. | | |
| Ps. della salute | Engaging A/R | 5 | 4 | 0 | 0 | 1 | 10 | | |
| | Educativo-Formazione | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 | | |
| | Raccolta dati | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | | |
| Ps. di comunità | Riabilitativo | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | | |
| | Gruppo-Orientamento | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | | |
| | Total | 9 | 5 | 6 | 2 | 1 | 22 | | |
| Sistemo-relazionale | Engaging A/R | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | | |
| | Involved A/R | 1 | 1 | 9 | 0 | 0 | 11 | | |
| | Educativo-Formazione | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | | |
| Costruttivismo | Raccolta dati | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | | |
| | Sviluppo dimensioni simboliche | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | | |
| | Total | 2 | 3 | 11 | 1 | 1 | 18 | | |
| Ps. ambientale | Educativo-Formazione | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 4 | | |
| | Engaging A/R | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | | |
| | Total | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 5 | | |
| Ps. cognitivista | Engaging A/R | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | | |
| | Involved A/R | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 3 | | |
| | Raccolta dati | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | | |
| Antropologia | Total | 4 | 0 | 1 | 1 | 1 | 7 | | |
| | Engaging A/R | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | | |
| | Total | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | | |
| Ps. delle organizzazioni | Gruppo-Orientamento | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | | |
| | Engaging A/R | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | | |
| | Total | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 | | |

Psicologia di Comunità
Livello di Significatività: 0,05
Valore chi-quadro: 36,186
Valore critico: 26,30
Le variabili categoriali "Ps. di comunità", "Intervento" e "Comunità" sono interdipendenti.

Psicologia della Salute
Livello di Significatività: 0,05
Valore chi-quadro: 19,873
Valore critico: 21,03
Le variabili categoriali "Ps. della salute", "Intervento" e "Comunità" sono interdipendenti.

Psicologia Ambientale
Livello di Significatività: 0,05
Valore chi-quadro: 8,000
Valore critico: 9,49
Le variabili categoriali "Psicologia Ambientale", "Intervento" e "Comunità" sono interdipendenti.

Costruttivismo
Livello di Significatività: 0,05
Valore chi-quadro: 2,000
Valore critico: 3,84
Le variabili categoriali "Costruttivismo", "Intervento" e "Comunità" sono interdipendenti.

Discussione

I dati raccolti mettono in luce un campo di ricerca-intervento piuttosto vario. Due categorie di intervento e due rappresentazioni di comunità, per come presentate in questo articolo, conferiscono maggior significato a ciò che nelle Riviste internazionali viene nominato come "Action Research" e "Community" ; le co-occorrenze più importanti sono: a) Engaging Action Research e Resident population needs; b) Involved Action Research e Dimensioni formali/comunità svantaggiate. L'ambito del Psychosocial Intervention non è "dominato" da singole prassi di intervento o rappresentazioni di comunità, ma riveste comunque interesse lo spostamento verso interventi "curativi" e rappresentazioni "individualistiche" del contesto che è possibile cogliere dalle categorie implicate.

I dati nell'ambito di indagine ARC.

Le due co-occorrenze più frequenti in ARC presentano caratteristiche per certi versi opposte.

La prima (a) esprime un intervento che parte dalle politiche ufficiali, che assumendo le istanze del mandato sociale (spesso gli articoli si riferiscono al contesto sanitario) si dirige verso le popolazioni di un certo territorio, verso cui *comunque* sembra essere destinato un intervento.

La Psicologia della Salute è la Scuola maggiormente implicata in questa co-occorrenza; a sua volta essa ne propone altre, evidenziando le diverse tendenze presenti entro la Scuola stessa: da una parte si notano approcci di intervento più direttivi, in cui i professionisti si presentano con funzioni ed obiettivi chiari in rapporto al loro agire, verso una comunità vista nelle sue dimensioni 'individuali' e misurabili; dall'altra si nota una co-occorrenza interessante, quella tra Engaging AR e Rappresentazioni simboliche condivise ($f = 4$), che ci informa su una prospettiva culturale, storica, che gli psicologi hanno del contesto in cui intervengono. Abbiamo quindi una tendenza di intervento alternativa che sembra appoggiarsi a retaggi individualistici e informativi, un'altra ad una prospettiva che ritiene non più sufficiente l'interpretazione *ad litteram* dei bisogni di una popolazione e che rivolge il suo lavoro ad oggetti culturali simbolici. In questa nuova prospettiva ciò che viene espresso dalla comunità è considerato come l'indizio di un sistema più ampio, di un codice culturale. Gli articoli che presentano questa visione sono spesso resoconti di esperienze complesse: essi propongono problemi riscontrati sul campo.

Le diverse prospettive presenti entro la Psicologia della Salute riflettono l'attuale cambiamento metodologico concernente l'ambito medico-sanitario di intervento nella comunità. Una prospettiva tradizionale di cura della comunità sta man mano venendo sostituita da una prospettiva sociale e partecipativa. L'idea di fondo è che qualsiasi servizio sanitario territoriale sarà meglio fruito dalla comunità se sentito come proprio, come parte del contesto. L'intervento della Psicologia della Salute in questo campo è inerente a ciò che tradizionalmente viene pensato come attività di prevenzione e che generalmente si avvale di strategie informative/formative/di orientamento verso una popolazione target, in rapporto ad una problematica generale. Queste strategie - le stesse evidenziate, con frequenza minore, dalla stessa Psicologia della Salute in questa ricerca - propongono comunque una differenza tra chi svolge un compito educativo in rapporto a certi comportamenti (in questa ricerca: l'uso di preservativi, il consumo di alcool, adottare misure di sicurezza sul lavoro) e chi costituisce una potenziale popolazione a rischio di insorgenza. L'intervento qui definito "engaging action research" tende invece a mettere in discussione questa 'distanza', nell'ipotesi che la condivisione del processo decisionale con la comunità in rapporto all'adozione di nuove iniziative possa costituire il fulcro dell'intervento sanitario in rapporto ad una maggiore efficacia dello stesso. Si pone d'altro canto il problema di adottare una nuova prassi, che ponga le sue basi non più su una conoscenza eziopatogenetica di un disturbo, quanto su nuovi codici diagnostici utili ad indirizzare gli operatori verso la progettazione di un intervento. Tra i testi di riferimento incontrati, uno dei più interessanti è stato: "The social determinants of health. The solid facts" (Marmot & Wilkinson, 2003). Si tratta del resoconto di una ricerca commissionata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità all'Ufficio Regionale per l'Europa. Marmot e Wilkinson hanno studiato alcuni tassi di morbilità e di mortalità in rapporto non solo alle classiche dimensioni della povertà, intesa come dimensione materiale di deprivazione di beni di primo impiego, ma come dimensione socio-economica più generale. Un esempio utilizzato nel testo è quello degli Aborigeni e degli isolani dello Stretto di Torres. Queste popolazioni hanno un tasso di mortalità per i bambini sotto i 5 anni basso: 12,5/1000, ma al contempo un'aspettativa di vita 20 anni più bassa

dei vicini Australiani. Questa differenza non può essere attribuita a malattie infettive dovute a condizioni igieniche precarie. Gli Autori suggeriscono che il *fattore "emarginazione"* spieghi, ragionevolmente, la differenza. La povertà quindi non basta a spiegare tassi di morbilità e di mortalità; tra l'altro è noto come nei Paesi ricchi non vi sia correlazione tra reddito pro-capite e aspettativa di vita.

L'emarginazione sociale quindi trova senso se studiata in rapporto a comunità specifiche, poiché va alla ricerca di bisogni specifici della popolazione.

Entro questa prospettiva si colloca l'utilizzo della metodologia della Action-Research, intesa come intervento che ricerca la condivisione del problema entro specifici contesti, a partire da un mandato sociale proprio della comunità scientifica e della politica sanitaria. Il fattore "emarginazione sociale" è l'espressione di questo mandato, e costituisce la variabile socio-economica della povertà. È a sua volta un fattore che acquista senso operativo se calato entro la specificità del contesto e riempito di quei "solid facts" (fatti concreti) che la comunità locale può suggerire. Questa tendenza permette anche di capire il perché si identifica una comunità con i suoi bisogni, necessità, mancanze.

La seconda co-occorrenza significativa nell'ambito di ricerca ARC è b) Involved Action Research e Dimensioni formali/comunità svantaggiate; essa è associata alla Psicologia di Comunità. Se nel modello discusso in precedenza viene indicata una prospettiva di intervento avanzata da un ente politico forte, in questo il punto di partenza è costituito dalla specifica comunità e dalla rivendicazione di diritti sociali; le politiche ufficiali vengono in questo caso utilizzate come il riferimento per una *identificazione per contrapposizione*. Anche in questa prospettiva viene considerato il fattore emarginazione, ma questo sembra essere l'esito di una incapacità della società ad implicare i gruppi maggiormente sfavoriti, *per natura*, nella vita sociale ordinaria. In questa prospettiva l'emarginazione sociale corrisponde alla non condivisione della relazione con gruppi di potere, alla esclusione dalla dimensione decisionale. L'emarginazione sembra quindi proporre una evidenza, uno stato di fatto concernente una rappresentazione persecutoria del contesto ed allo stesso tempo originaria del gruppo. La motivazione alla lotta sociale, alla contrapposizione, alle rivendicazioni, diventa una derivazione scontata di questi gruppi di appartenenza.

L'evidenza di certe appartenenze, diversamente che nella prima prospettiva presa in esame, sembra essere funzionale allo schieramento degli psicologi con i valori della comunità. La comunanza di valori di lotta sociale sembra essere prevaricante e trasversale a varie nazioni: dalla Cina alla Norvegia, fino agli Stati Uniti ed il Giappone. In rapporto a questa diversa posizione di intervento assunta dai professionisti, la metodologia si è interrogata su strumenti di intervento utili. La proposta sembra essere quella di lavorare, attraverso un programma applicativo, su dimensioni comuni ai gruppi di appartenenza - quali: produzione di conoscenza; leadership; azione sociale - situati nei vari angoli del mondo, così da rendere possibile il confronto e la replicabilità dell'intervento.

Ciò che questo tipo di prospettiva si prefigura è l'arrivare ad un'azione sociale che ponga le basi sui principi universali dell'uomo. Ciò che questa prospettiva non permette di fare è di lavorare con la complessità di un sistema sociale specifico. I "community organizers" hanno in mente l'applicazione di un modello, la sua adattabilità al contesto sociale, ma i problemi posti da questo vengono utilizzati come un pretesto per organizzare attività inerenti dimensioni formali più generali. In questo senso, le stesse attività proposte dall'équipe di lavoro sembrano presentarsi come un nuovo oggetto di scambio per l'intera comunità, un evento capace di riorganizzare le dinamiche di appartenenza proprio a partire dal programma applicativo proposto.

In questo modello non vengono presentati resoconti critici, problemi con i quali confrontarsi insieme al resto della comunità scientifica, come accadeva nella prima co-occorrenza presa in esame. La condivisione valoriale degli psicologi in primo luogo ed il tipo di metodologia applicativa che ne consegue permettono di guidare la partecipazione della comunità verso attività operative. Nel campione qui utilizzato è presente un solo resoconto che discute un caso di intervento fallito, nel quale gli psicologi hanno tentato fino all'ultimo istante di ricostruire un programma di applicazione di una Action Research su una comunità di donne maltrattate, inseguendo i continui ripensamenti della committenza, in Canada (Langan & Morton, 2009)

Questa co-occorrenza non pone dunque una domanda di cambiamento ma anzi sembra situarsi all'interno di una ondata crescente di pubblicazioni che negli ultimi 8 anni ha fatto aumentare enormemente gli articoli sull'Action-Research. Questi studi hanno la loro principale sede nel nord America, regione in cui è nata e si è sviluppata maggiormente la Psicologia di Comunità.

Rimanendo nell'ambito della ricerca ARC, è possibile notare altri tipi di intervento e di comunità interessanti, pur presentando minori frequenze: Intervento di gruppo-orientamento, Raccolta dati; comunità come Organizzazione.

È possibile notare che sin dalle origini della Ricerca-Azione c'è stata una sovrapposizione di modelli più strettamente legati ad altri ambiti: il clinico, la ricerca sperimentale, la psicologia sociale la ricerca di fattori individuali, l'intervento nelle organizzazioni, etc., ciò che sembrava accomunare le varie culture psicologiche entro il nome di Action-Research sembrava allora essere non una specifica metodologia di intervento o un particolare fenomeno della realtà, quanto piuttosto la tendenza ad un cambio epistemologico generale, la "nuova psicologia" Lewiniana. Lo stesso Lewin sembrava dare, a nostro parere, più importanza alla teoria del campo che alla ricerca-azione: il modello teorico avrebbe permesso l'intervento nelle relazioni sociali, senza delimitare queste ad un fenomeno specifico della realtà tramite una definizione mutuata dal senso comune. Tuttavia la parola "azione" sembra aver attirato miticamente l'interesse della comunità scientifica interessata ad un cambiamento di prospettiva, cambiamento inerente quelle dimensioni di ricerca e di intervento che Lewin si è fatto carico di sintetizzare.

Ci riferiamo al processo di mitizzazione di un oggetto per come ne parla Roland Barthes (1957), ossia come un sistema semiologico di secondo livello, tale da evidenziare metonimicamente solo alcune parti reali dell'oggetto in rapporto al senso socialmente condiviso che si vuole esprimere. In rapporto alla Action-Research, è possibile ancora oggi pensare che all'interno di questa categoria vi possano afferire metodologie legate tradizionalmente ad altri ambiti, proprio grazie alla mitizzazione del concetto di *cambiamento*, di *posizione attiva* del ricercatore, di *influenza sulla realtà*, di interesse e *partecipazione della comunità* in rapporto all'oggetto di ricerca. Sono queste ultime le categorie di senso espresse dai modelli di intervento "gruppo-orientamento" e "raccolta dati", incluse nell'ambito dell' Action-Research.

A partire dai dati emersi, la discussione dei risultati ha cercato di offrire una visione ampia di ciò che può afferire nell'ambito della Action Research. Le due istanze generali che abbiamo evidenziato tramite le due co-occorrenze su citate ci parlano di a) un intervento che mira al coinvolgimento della comunità nella programmazione di misure politiche e sanitarie specifiche entro il territorio di appartenenza; b) un intervento che si prefigura il cambiamento inteso come militanza, lotta sociale, attraverso l'applicazione di un modello che tende ad essere generalizzabile. La differenza tra le due è dunque ipotizzabile anche lungo l'asse della specificità/generalità. Questo fattore permette di evidenziare le differenze tra prospettive che, al punto di partenza, possono essere pensate entro un comune punto di vista: la realtà equivale a fatti concreti - solid facts. Nella seconda co-occorrenza questi assumono la forma di diritti della cittadinanza, sembrerebbe pre-ordinati dallo stesso modello; nella prima i fatti concreti sono le richieste specifiche del contesto nei confronti delle politiche sanitarie e sociali ufficiali. Ciò che non sembra essere presente nelle pubblicazioni è un modello psicologico che si propone di intervenire sugli aspetti simbolici della realtà; come già discusso, se il modello Engaging AR sembra porsi questa prospettiva come l'esito di un rapporto problematico con le richieste fattuali, tuttavia le proposte operative stentano a trovare la strada di una nuova prassi.

Negli articoli di questa ricerca abbiamo trovato due sole esperienze che si confrontavano con il cambiamento inteso nella sua dimensione culturale e simbolica: una entro una scuola nel Maryland (USA) che si rivolgeva allo psicologo per un problema diffuso di bullismo (Lorion, 2004); un'altra in una comunità rurale, Pingzhai, di un distretto della Cina sud-occidentale, con problemi di povertà, disoccupazione, emarginazione (Hok-Bun Ku, 2011).

Nel primo caso siamo entro l'intervento organizzativo, in una struttura definita: la scuola. Qui lo psicologo si sofferma sull'importanza di non prendere alla lettera le richieste applicative della committenza - genitori in primo luogo e poi insegnanti - poiché farlo vorrebbe dire agire un "come se" quanto chiesto fosse chiaro e condiviso, e potesse costituire la premessa ad un'azione

coerente verso la tematica del bullismo presso gli studenti. Lo psicologo al contrario organizza incontri con i genitori per parlare insieme delle prospettive sul bullismo, ed in seguito anche con i docenti. La sospensione della tensione a "risolvere" i problemi che vengono portati dalla committenza costituisce per l'Autore la prima "azione" professionale.

Nella seconda esperienza una équipe di universitari progetta un intervento nello Yunnan, in Cina, presso il paesino Pingzhai. Questa comunità era stata di recente sconvolta da una politica di riqualificazione sociale ad opera delle politiche centrali, che avevano portato tecnologie agricole e stili di vita moderni e consumistici con l'intenzione di sostituire gli usi e costumi del piccolo villaggio, legati a metodi tradizionali di coltura che non permettevano un livello di vita adeguato; il distretto era infatti uno dei più poveri della Cina. In seguito a questo intervento, Pingzhai è diventato ancora più povero. L'Autore racconta di una comunità depressa al suo interno ed idealizzante l'esterno, esterno che a sua volta si mostrava arrogante e approfittatore nei confronti dei contadini sempliciotti che uscivano forse per la prima volta dal villaggio in cerca di lavoro. Erano d'altronde costretti a ritornarvi, con un senso di frustrazione per quanto accaduto e l'idea di essere costretti a ripartire, poiché il villaggio sembrava ormai inadeguato anche a loro, nella sua incapacità di offrire punti di riferimento della Cina moderna e globale. Questo fenomeno ne faceva sorgere un altro, quello dell'esodo della manodopera femminile: le donne erano costrette a loro volta ad uscire dal villaggio e lasciare i propri figli, perché i capi-famiglia non erano più in grado di sostenere economicamente i propri parenti più stretti.

Gli psicologi entrano in questo contesto sociale. Decidono di intervistare gli abitanti, spesso diffidenti. Scoprono che, tre generazioni precedenti (i padri degli intervistati), la comunità aveva ancora una florida attività tessile, sviluppata grazie a strumenti artigianali molto complessi, creati attraverso tre secoli. La tessitura costituiva il momento di comunanza, dello stare insieme, dell'educazione dei bambini che si confrontavano con gli anziani e la meraviglia della creazione di oggetti. Vi era una competenza incredibile, raccontano gli anziani, nel riconoscere il tipo di terreno ed i fiori che potevano crescervi; i fiori servivano infatti a dare il colore ai tessuti. Tutto era in rapporto diretto con la natura, ma la stessa natura non era intesa con un senso "naturalizzato" o concreto, i suoi frutti costituivano il senso simbolico profondo della comunità, la sua anima, e la delicatezza delle competenze artigiane costruite nei secoli riportavano la mente alla *magia* come veicolo di conoscenza nella relazione tra uomo e natura. Inoltre, la tessitura era da sempre stata un'attività legata alla popolazione femminile, anche in questo villaggio.

Gli psicologi capirono tutto questo. Proposero una restaurazione degli antichi strumenti, grazie al sapere che i più anziani avevano conservato. Si crearono giornate di formazione ed educazione sugli antichi mestieri, in cui i più giovani potevano assistere a ciò che gli anziani avevano da dire. Si creò un gruppo di donne, poche, che si proponeva di rimettere in moto la produzione tessile di piccoli oggetti. La cosa funzionò, il gruppo si espanse e si creò una vera e propria organizzazione che voleva investire sui propri prodotti. Finalmente la comunità poteva uscire fuori dal villaggio, non più alla mercè di nuovi padroni senza scrupoli, quanto alla ricerca di nuovi mercati interessati alle loro competenze. Commovente l'incontro tra le artigiane di Pingzhai e i partecipanti ad una conferenza internazionale sul Rural Social Work, in cui il gruppo era stato invitato: le donne del villaggio sono timide, nascoste in un angolo, finché non sono proprio i presenti ad incuriosirsi dei prodotti esposti, a chiederne il significato e quale fosse la loro storia. Da qui, il percorso di crescita del gruppo sembra non potersi arrestare: l'organizzazione entra in vari mercati, ha un proprio bilancio, crea un sito, produce oggetti in vista di eventi specifici, si espande e accoglie nuovo personale.

Il resoconto termina con quanto si stava programmando nel dicembre del 2010, in particolare si parla di un Museo del ricamo della comunità.

Ci siamo dilungati sul raccontare questa esperienza, che tuttavia esprime un cambiamento radicale con il punto di vista incentrato sui bisogni concreti di una comunità. Da notare che il cambio di prospettiva non è dovuto ad una diversa situazione oggettiva incontrata: anche qui c'è una comunità emarginata, povera, sfruttata, bisognosa, senza diritti sociali, richiedente cose concrete legate alla modernità. L'équipe, vogliamo sottolinearlo, ha inteso tutto questo nell'ottica sociale di un'identità in crisi:

"In the course of working with the villagers in Pingzhai for approximately seven years, we found that the primary reason for rural poverty is not low levels of education, poor quality of land, remoteness of villages,

lack of technological expertise, or unfamiliarity with the market economy. Instead, it is the villagers' sense of losing control – their passivity in the entire development process. While development has brought new ideas, resources, and technologies to local communities, it has also created unrealistic expectations, inequalities, social exclusion, and a crisis in cultural identity" (p. 24, Hok-Bun Ku, 2011)

Riteniamo significativa questa ricerca, poiché consente di mettere in discussione le prospettive dominanti che si riferiscono ad una realtà oggettiva razionale ed a-simbolica.

I dati nell'ambito di indagine PIC.

Tre Scuole psicologiche afferiscono a questo campo di indagine: Psicologia di Comunità, Psicologia della Salute e Psicologia dell'Emergenza. Sembra esserci qui uno spostamento netto verso l'intervento sul deficit e sulla prospettiva individualistica: la comunità è intesa come un fattore antropologico o psicosociale da tenere in conto per proporre misure di cura e prevenzione che possano avere una maggiore efficacia sui singoli. Uno dei fattori che contraddistingue questo modello e che pone una differenza sostanziale con l'Action Research è la *distanza emotiva* giocata nel rapporto tra professionista e comunità, la differenza di ruoli, laddove l'Action Research propone con insistenza uno 'scambio' tra partecipanti e ricercatori che in molti casi può diventare persino confondente.

La Psicologia dell'Emergenza propone un *approccio tecnico e distante* nei confronti di una situazione ad alto impatto emotivo che gli psicologi si trovano ad affrontare; in questi lavori il contagio emotivo diventa uno dei rischi connaturati alla situazione (Hobfoll et al. 2007). D'altra parte, anche a prescindere da una situazione di pronto soccorso, questi tipi di interventi propongono una competenza tecnica riabilitativa, con l'obiettivo di aumentare la qualità della vita dei singoli e della comunità.

In un certo senso questo secondo ambito di ricerca propone i modelli di intervento che l'Action Research tende a criticare: tecnici, distanti, rigidi nella delimitazione dei differenti ruoli. I modelli afferenti al PIC sembrano essere ancorati ad un sapere medico eziopatogenetico, che da una diagnosi porta ad una terapia coerente. Oltre la Psicologia dell'Emergenza sembra quindi importante prendere in considerazione la Psicologia della Salute. Nell'ambito della ARC, facendo riferimento ai dati, abbiamo fatto l'ipotesi che questa si trovi ad affrontare un momento di cambiamento del mandato sociale e che da un modello medico tradizionale stia passando a modelli partecipativi. Per le pubblicazioni in PIC, non è possibile fare la stessa ipotesi per la medesima Scuola. Se in ARC viene comunicata, tramite i resoconti, una dinamica di cambiamento e di ricerca di nuovi parametri di intervento per affrontare le specificità contestuali, i resoconti in PIC sembrano proiettarsi in una dinamica di staticità e di generalizzazione dei dati; il riferimento alla dimensione psicosociale in questi studi sembra allora porre l'attenzione su fattori ritenuti comunque appannaggio del singolo individuo – quali: stress, disabilità percepita, pensiero catastrofico, etc. - in un'ottica confermativa dei risultati previsti dalla stessa prassi riabilitativa, lontana sembrerebbe dal proporre una riflessione sulle proprie prerogative di intervento.

La dimensione di staticità sembra inoltre riflettersi nella non-significatività del valore del chi-quadro nella variabile "anno di pubblicazione", come a voler sottolineare la tendenza a-storica ed a-contestuale di una scienza sociale che si propone di intervenire sul deficit tramite una metodologia di verifica sperimentale.

Conclusioni.

Gli articoli pubblicati in ARC e in PIC offrono una base interessante per indagare come vengono pensati gli interventi psicologici nelle comunità. Le categorie individuate in questa ricerca e l'analisi dei dati ci ha permesso la formulazione di ipotesi circa le tipologie di intervento, le rappresentazioni di comunità ed il contesto epistemologico concernente questo ambito.

Nell'articolo sono state evidenziate le differenze tra i due ambiti di ricerca, ARC e PIC, e le articolazioni presenti all'interno di ognuno di essi. I resoconti presenti in PIC sembrano ancorati

alla psicologia che ricerca deficit ed invarianze nella popolazione, sulle quali poter intervenire a partire da un sapere eziopatogenetico. Le pubblicazioni presenti in ARC criticano trasversalmente questo approccio, da differenti angolazioni. In questo secondo ambito di ricerca sono presenti due approcci principali, che in diverso modo cercano di 'intervenire insieme' alla popolazione di un territorio, od agli appartenenti ad una organizzazione. È stato ipotizzato per queste due prospettive, proponenti prassi ed epistemologie anche molto diverse tra di loro, uno stesso punto di partenza iniziale, quello di una visione della realtà come 'fatti concreti'. In seguito questo punto di vista si sviluppa in diverse direzioni, proponendo da una parte la ricerca di bisogni tangibili entro la popolazione, dall'altra l'applicazione di una prassi che tramite la bonifica di conflitti interni prefigura un lavoro di crescita della comunità, in rapporto a dimensioni formali e generali. Ciò che sembra ancora accomunare i due approcci, e che deriva da una visione concreta della realtà, è il prefigurarsi di un cambiamento conformistico, proponente modalità di convivenza prestabilite e normalizzate. Altri approcci più tradizionali evidenziati sembrano definirsi entro la ARC grazie alla ricercata tendenza alla novità ed al cambiamento in rapporto alla normale prassi. Viene infine sottolineata la presenza, seppure ancora in misura minoritaria, di una metodologia volta al cambiamento sociale inteso nelle sue dimensioni simboliche e culturali; tramite questo approccio sembra possibile per la psicologia poter intervenire favorendo progetti di sviluppo.

Questo articolo si pone l'obiettivo di promuovere la discussione sulle prospettive degli attuali interventi nelle comunità, in ambito scientifico internazionale, evidenziando i contributi e gli ampi margini di sviluppo di una psicologia volta all'intervento sulle dimensioni simboliche condivise, superando una lettura 'concreta' ed ingenua dei contesti sociali.

Bibliografia.

Alinsky, S. (1971), *Rules for Radicals*. New York: Random House.

Barthes, R. (1957), *Mythologies*. Paris. Seuil.

Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2003), *Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

Carli, R. & Paniccchia, R.M. (2005), *Casi Clinici. Il resoconto in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

Circolo del Cedro (1992). La competenza psicologico-clinica: Riflessioni e proposte del circolo del Cedro. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 6-38.

Dubost, J., & Lévy, A. (2005), Ricerca-azione e intervento, in Barus-Michel, J., Enriquez, E., & Lévy, A. (eds), *Dizionario di Psicosociologia*. Milano: Raffaello Cortina Editore pp. 377-402.

Hobfoll, S.E., Watson, P., Bell, C.C., Bryant, R.A., Brymer, M.J., Friedman, M.J., et al. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence, *Psychiatry*, 70, 4, 283-316.

Hok-Bun Ku, B. (2011). 'Happiness being like a blooming flower': An action research of rural social work in an ethnic minority community of Yunnan Province, PRC, *Action Research*, 9, 4, 344-369.

Langan, D., & Morton, M. (2009). Reflecting on Community/academic 'collaboration'. The challenge of 'doing' feminist participatory action research, *Action Research*, 7, 2, 165-184.

Lewin, K. (1944), Problems of research in social psychology, in Cartwright, D. (ed), *Fields theory and social science*. New York: Harper.

Lewin, K. (1947), Frontiers in groups dynamics, *Human relations*, 1-2.

Lippitt, A., Watson, J., & Westley, B. (1958). *The dynamics of planned change*. New York: HartcourtBrace. New York.

Lorion, R.P. (2004). The Evolution of Community-School Bully Prevention Programs: Enabling Participatory Action Research, *Psyche*, 13, 2, 72-83.

Marmot, M., & Wilkinson, W. (2003), *Social determinants of health. The solid facts. Second Edition*, World Health Organization.

Sesto, C. (1993), Categorie di lettura del resoconto clinico: un'analisi dei resoconti psicoanalitici e sistemico relazionali, *Rivista di Psicologia Clinica*, 1. 110 -125.

Conoscere prima il paziente per seguire dopo i familiari. La presa in carico precoce e l'elaborazione del lutto a lungo termine

di Iacopo Lanini*

Abstract

Entro una lettura della malattia, non tanto come un evento isolato dal resto dell'esistenza, quanto un vissuto originale e personale di ogni specifico contesto, si sostiene l'obiettivo del "prendersi cura" del paziente oncologico per il quale non è possibile la guarigione, non solo della persona malata, ma anche della famiglia e delle reti sociali. In tal senso sono intese le Cure Palliative. Si presenta l'esperienza di funzione psicologica attivata presso l'Unità di Cure Palliative - Leniterapia (UCP-L) dell'Azienda Sanitaria Firenze, nel servizio no-profit, sul territorio toscano, della Fondazione Italiana di Leniterapia (FILE).

Parole chiave: Cure Palliative; Presa in carico psicologica precoce; Leniterapia; Hospice.

Lo scenario

Le Cure Palliative costituiscono una disciplina che sempre più tende ad interagire con i percorsi intrapresi dai pazienti affetti da patologie oncologiche e non, per le quali non è più possibile né la guarigione né il controllo a breve, medio o lungo termine.

Gli indici utilizzati per determinare il "giusto tempo" di presa in carico in Cure Palliative (C.P.) sono particolarmente centrati sulla necessità di controllare sintomi fisici che condizionano la qualità di vita di questi malati.

Il paziente, d'altra parte, prima ancora di essere un "ammalato" è una persona che vive la propria esperienza di malattia come un unicum esistenziale, come un'entità ignorata fino all'insorgenza della malattia stessa, adesso ben conosciuta nei minimi particolari soprattutto come prossimo viraggio dei giorni futuri.

Come Banana Yoshimoto ricorda nel titolo del suo testo "Il corpo sa tutto" (2000/2004), talvolta le persone affette da malattie importanti, o perfino inguaribili, possono esternare forme di consapevolezza apparentemente confuse, pur custodendo dentro di sé un senso orientato di tutela della persona e dei propri bisogni.

Le C.P. rispetto ad altre branche della medicina nascono con l'obiettivo di "prendersi cura" non solo della persona malata, ma anche della sua famiglia e delle reti sociali sottostanti, considerando la malattia, non tanto come un evento isolato dal resto dell'esistenza, quanto come un vissuto originale e personale di ogni specifico contesto.

La necessità di sentire e vedere accolti i propri vissuti psicologici, emozionali ed esistenziali relativi al comparire della malattia sembra, quindi, in un largo numero di casi la vera urgente priorità di chiunque debba sopportare e supportare una condizione di fragilità imposta dal male, in prima persona o verso chi si ama.

Accade spesso che le persone avvertano tali necessità ancor prima dell'effettiva presa in carico da parte del servizio di C.P., momento in cui l'utilità dei trattamenti attivi di cura (chemioterapia, radioterapia, chirurgia) comincia ad essere incerta e si considera, timidamente, l'inizio di un percorso palliativo.

Perché una presa in carico precoce

* Psicologo, Unità di Cure Palliative – Leniterapia (UCP-L) Azienda Sanitaria Firenze. Corrispondenza: iacopolan@yahoo.it

Queste riflessioni apparentemente personalistiche su “chi” vive “cosa” in occasione di una malattia a prognosi infausta, possono almeno in parte trovare confronto e riscontro nella mia esperienza professionale di psicologo presso l’Unità di Cure Palliative - Leniterapia (UCP-L) dell’Azienda Sanitaria Firenze, dove presto servizio per un ente no-profit attivo sul territorio toscano, la Fondazione Italiana di Leniterapia (FILE).

Nel corso della mia attività ho avuto modo di sperimentare la tangibile pressante esistenza di un bisogno precoce di assistenza psicologica, che mi ha indotto a strutturare e proporre uno sportello di ascolto che potesse offrire accoglienza a tutti quei pazienti non ancora in carico al servizio di C.P., ma ormai in dimissione dalla realtà ospedaliera per l’esaurirsi delle prospettive terapeutiche.

L’idea di istituire la possibilità di effettuare un primo colloquio psicologico a partire dal momento in cui le cure sembrano non avere più effetto sulla malattia, avendo purtroppo effetti sgradevoli sulla qualità di vita, si è rivelato un primo punto di incontro possibile tra la “cura” ed il “prendersi cura”.

Nel corso dei primi tre anni di attività dello sportello (2008 - 2011) si è registrato l’accesso al servizio di c.a 100 persone, delle quali il 64% entro i 6 mesi successivi è stato poi preso in carico in C.P.

Nel 75% c.a dei casi si sono tenuti colloqui congiunti tra paziente, familiari e psicologo, quasi a confermare l’esigenza di affrontare un problema relazionale comune, la cui risoluzione può unicamente risiedere nella promozione di una rete di aiuto plastica e circolare centrata sulla considerazione dei più urgenti bisogni, siano essi organici o psicologici.

Il servizio di “Presenza in carico Psicologica Precoce” ha permesso al paziente ed alla sua famiglia di entrare in contatto con la realtà delle C.P. in un tempo ancora lontano da una presa in carico effettiva, potendosi così informare sulle attività domiciliari/residenziali della UCP-L, conoscendo le rispettive figure professionali (medici, infermieri, fisioterapisti, psicoterapeuti) e talvolta già ricorrendo ai servizi di day-hospice (ricovero giornaliero) e di attività ambulatoriale per il monitoraggio e per il controllo dei sintomi.

Nello svolgimento di tale attività ho potuto, quindi, constatare come le persone manifestino tutta una serie di bisogni psicologici che potrebbero assimilarsi al più ampio principio di “continuità assistenziale”, nel loro dover abbandonare le cure centrate sulla malattia e dovendo reperire qualcuno che si occupi del loro “peggioramento”.

Ancora troppo spesso, infatti, le Cure Palliative sembrano “entrare in scena” in una fase troppo avanzata; ricordiamo a tal proposito che gli score ricorrentemente utilizzati per determinare il tempo di presa in carico di un paziente, sono: la valutazione dello status fisico attraverso il “Karnofsky Performance Status Scale” (KPS), nel quale si valuta la performance del paziente rispetto alla capacità di prendersi cura di sé; un’aspettativa di vita minore/uguale a 3 mesi di vita; la sospensione dei trattamenti attivi sulla malattia.

D’altra parte, i dilemmi emozionali di chi vive una malattia neoplastica (guaribilità, inguaribilità, dolore, sofferenza, identità, perdita di sé e degli altri, morte e lutto) sembrano trovare una buona sponda in innumerevoli servizi di supporto, così come riportato dalla Federazione Cure Palliative Onlus, Struttura ed organizzazione di una unità di cure palliative e definizione dei criteri di eleggibilità per la presa in carico dei malati (26 Centri Hospice su 28 garantiscono supporto e sostegno ai famigliari dopo il decesso del malato).

D’altra parte, il Sistema Sanitario Nazionale sembra ancor oggi privilegiare l’intervento dello psicologo solo in caso di necessità, mentre le Organizzazioni No Profit garantiscono un maggior numero la presenza di personale dedicato, soprattutto per le attività di auto mutuo aiuto (Federazione Cure Palliative Onlus, 2010).

Tali interventi, pur essendo erogati in misura incrementale attraverso una diffusione sempre più capillare sul territorio nazionale, sono ancora oggi troppo spesso lasciati ad un coinvolgimento personalistico degli operatori e parallelamente ad una programmazione estemporanea delle attività.

Ma quali sono i reali bisogni di queste persone che attraversano un così pressante e gravoso ponte tra la cura e l’inguaribilità, tra la vita e l’ipotetico approssimarsi della fine?

Nel corso dello svolgimento dell’attività di “Presenza in carico Psicologica Precoce”, è stata intrapresa la raccolta di alcuni dati che potessero esplicitare le dinamiche psicologiche di questa ampia ma silente popolazione. E’ stata, quindi, predisposta una griglia di osservazione suddivisa in macro aree tematiche costituite dai riferiti dei pazienti circa i propri vissuti di malattia; vogliamo pensare

che esse rappresentino in qualche modo i bisogni primari delle persone che si sono rivolte al Servizio di “Presenza in carico Psicologica Precoce”:

- informazione/consapevolezza del paziente e della famiglia sullo stato attuale della malattia (28%),
- senso di abbandono delle figure professionali (medici, infermieri, ...) che si sono occupate di loro ormai da anni (24%),
- senso di impotenza rispetto all'avanzamento della malattia (74%),
- percezione di non guaribilità/conclusione del percorso di trattamento attivo sulla malattia (88%),
- attivazione delle reti sociali e genitoriali (65%),
- prospettive di trattamento e necessità di controllo dei sintomi (55%),
- avvicinamento alla fine della vita (70%).

Abbiamo, per di più, pensato di monitorare la provenienza dei pazienti, al fine di valutare i percorsi assistenziali esistenti tra le attività oncologiche, ospedaliere, territoriali e di Cure Palliative:

- oncologia (30%)
- radioterapia (15%)
- degenze ospedaliere (35%)
- altre UCP-L (20%)

Prima per Dopo

Il contatto precoce con i pazienti e le loro famiglie ha permesso la realizzazione di un ulteriore spazio di assistenza al lutto per i familiari, nato “spontaneamente” e dedicato all’ascolto di tutte le proiezioni e manifestazioni del lutto, in alcuni casi anche come forma anticipatoria della perdita laddove ancora il paziente era in vita.

Le persone che dal 2009 si sono rivolte a questa attività di sostegno al lutto sono state c.a 200, delle quali il 45% avevano precedentemente usufruito del servizio di “Presenza in carico Psicologica Precoce”.

Tutto ciò è servito in certi casi ai familiari come supporto nel loro dover informare altri membri della famiglia dell’esistenza della malattia e del suo evolversi, così come sponda nel quotidiano rapportarsi tra familiari ed all’esterno (ambiente lavorativo, parenti, figure amicali).

La richiesta di assistenza al lutto è stata avanzata allo psicologo anche a distanza di molti mesi dal decesso, fino a casi di richieste pervenute ad oltre un anno di tempo dalla scomparsa.

Il fattore che indubbiamente ha maggiormente favorito la fruibilità del servizio è stata l’opportunità di potersi rivolgere allo stesso professionista psicologo che fin da subito ha conosciuto la famiglia assieme alle sue realtà e problematicità, proprie della malattia e non solo.

La gratuità del servizio lungo l’intera sua durata ha permesso a molte persone di avvalersi di una attività che altrimenti risulterebbe molto onerosa e, quindi, per molti non percorribile.

I colloqui si sono tenuti presso l’Hospice al piano degli ambulatori (in un luogo adiacente al reparto di degenza ma in un setting dedicato e distinto) ed anche il solo gesto di ritornare negli stessi luoghi dove si è vissuto il tempo dell’assistenza al paziente è stato individuato da molti familiari come un elemento di non interruzione della propria storia personale; quasi un primo passo di cura.

Ciò che nella scomparsa e nella perdita viene solitamente vissuto come uno stravolgimento del tempo e del senso di presenza, sembra chiedere all’improvviso di essere compensato e miscelato con il resto della vita, passata, presente e futura.

Coloro che vivono una perdita dovuta ad una malattia ad insorgenza acuta ma a lenta progressione come il cancro, sembrano ricercare una chiave di lettura secondo cui la malattia non è una parte “estranea” della propria vita, bensì parte del loro un cammino, che anche dopo la perdita prosegue e continua, comunque.

Se ciò può apparire come uno stravolgimento del concetto stesso di “elaborazione del lutto”, può essere interessante testimoniare come per la maggior parte delle persone assistite non sia stato riscontrato alcun tratto psicopatologico correlato all’insorgenza del lutto (se non in casi specifici, circa il 3% delle persone seguite), quanto il riconoscimento dell’evento “morte” come un evento naturale che dovrà essere, dapprima favorito nell’accettazione, per poi essere fisiologicamente assorbito ed integrato alle altre vicissitudini della vita.

Circa il 48% delle persone seguite per l'elaborazione del lutto, hanno manifestato l'esistenza di *altre perdite pregresse o tutt'ora in atto*, che inevitabilmente amplificavano il dolore della recente scomparsa del proprio caro.

Interessante anche osservare come il lutto costituisca un elemento trasversale e non assimilabile alla mera morte fisica di una persona: circa una persona su tre ha manifestato forte disagio ed importante preoccupazione per le conseguenze economiche legate alla scomparsa di un membro della famiglia, nel mantenimento di sé e dei propri figli. Le variegate responsabilità che adesso pesano su chi rimane sembrano talvolta gravare più dei "cattivi ricordi" legati alla malattia ed ai suoi esiti; se nel breve periodo le vicissitudini familiari (rapporti parentali, problematiche testamentarie e burocratiche) possono divenire degli utili distrattori dal dolore e dall'acre sensazione di una vuota assenza, esse possono a lungo termine diventare dei veri e propri boomerang capaci di ostacolare una sana accettazione degli eventi.

Tutto ciò ha indotto ad interrogarmi su quanto in quei casi in cui la vita sembra coincidere con la malattia (eterogenei in termini di patologia, ma dalle grandi somiglianze umane), la morte sia davvero la preoccupazione più grande, o quanto il sopravvivere alla scomparsa possa essere talvolta perfino peggiore della morte stessa.

Ed allora, quanto il lutto è da intendersi come una velata forma di depressione e quanto piuttosto incarna un triste ed attuale grigiore di un "nuovo vivere" da ricercare ed accomodare nella propria vita? Quanto in un simile setting di cura lo psicologo è da intendersi come un dottore di un "qualcosa da risolvere" e quanto esso stesso deve divenire un alleato ed una guida oggettiva alle vicende di questo momento storico?

Davvero, forse, in molti casi l'onere e l'onore di essere e rappresentare la figura psicologica di riferimento di una persona o di un nucleo familiare che vive ciò che tutti temono, che molti vivono, che ciascuno di noi rifugge (la paura della malattia, il terrore della morte), dovrebbe coincidere con una spiccata accessibilità nel rendersi disponibile al colloquio; il 50% dei Centri di Cure Palliative, pur erogando forme di assistenza al lutto, la garantiscono per meno di 5 ore la settimana (Federazione Cure Palliative Onlus, *op cit*).

Una simile prospettiva di cura potrebbe coincidere con un'ottica terapeutica secondo la quale i "dottori" non sono più i protagonisti della "cura" e del curare i mali che affliggono i propri pazienti, quanto di un cauto ma presente partecipare a quelli che sono i "dolori e le inimmaginabili carenze" di chi vive un'esperienza di perdita.

Il lutto, sembra indurre in molti casi un senso di dis-orientamento, una condizione di confusione generalizzata, un timor panico verso l'ignoto, condizioni e stati d'animo che difficilmente possono essere comprese e sostenute da chi non ha partecipato all'esperienza di malattia e di perdita della persona. L'essere a conoscenza di quanto accaduto in occasione della malattia, l'aver aperto preventivamente dei canali comunicativi privilegiati con il paziente ed i suoi familiari in "tempi non sospetti" (quando ancora non si parlava di lutto) si è rivelato e può divenire un utile elemento di alleanza terapeutica, nell'assistere il paziente, nel seguire dopo i suoi familiari.

Bibliografia

Banana, Y. (2000). *Karada Wa Zembu Shitte Iru*. Tokyo: Bungeishunju (trad. it. *Il corpo sa tutto*, Feltrinelli, Milano, 2004).

Federazione Cure Palliative Onlus (2010). *Struttura ed organizzazione di una unità di cure palliative e definizione dei criteri di eleggibilità per la presa in carico dei malati*. Retrieved from http://www.fedcp.org/pubblicazioni/PeV_4.pdf

Formare giovani adulti: un'esperienza di lezioni-intervento con gli studenti di Psicologia dell'Università "Sapienza" di Roma.

di Emilio Masina*, Paola Grasso**, Maria Rosaria Russo**, Sonia Russo**

Caminante, son tus huellas el camino y nada más; caminante, no hay camino, se hace camino al andar. Al andar se hace camino y al volver la vista atrás se ve la senda que nunca se ha de volver a pisar. Caminante, no hay camino sino estelas en el mar... (Antonio Machado)

Abstract

Viene presentata un'esperienza di formazione di studenti giovani adulti iscritti al terzo anno della Facoltà di Psicologia, il Laboratorio sul disagio dell'adolescenza, che si è proposta di superare il modello della lezione frontale per tentare di integrare teoria, pratica e implicazione personale dell'allievo. L'"aula", cioè la relazione fra docente, collaboratori e studenti, nelle loro rispettive funzioni, è stata impostata e trattata dai conduttori del Laboratorio come se fosse "un caso clinico", cioè un cliente da sviluppare. Due i principali obiettivi: 1) Facilitare l'individuazione di una funzione psicologica negli interventi rivolti agli adolescenti e ai loro ecosistemi di riferimento che potesse declinarsi in diversi contesti di lavoro e integrare aspetti teorici ed emozionali; 2) Promuovere la soggettivazione dei giovani partecipanti favorendo la loro transizione dalla tarda adolescenza all'età adulta. Attraverso l'uso di strumenti quali il resoconto e il role playing si è lavorato sul qui e ora della relazione del gruppo in aula per rintracciare ed elaborare nella relazione formativa dell'oggi quelle dimensioni del "passato formativo" degli studenti basate su uno stereotipo individualista; cioè sull'individuo quale entità stereotipale, avulsa dal proprio contesto culturale e relazionale. Questo lavoro di elaborazione ha consentito di facilitare l'integrazione da parte degli studenti di aspetti che venivano scissi: su un versante l'adolescenza come modo di stare in un contesto e l'adolescenza come fase attraversata da cambiamenti corporei e psicologici; sull'altro versante il modello dell'analisi della domanda, appreso nel Corso di laurea, mitizzato e quindi inapplicabile, con specifici contesti organizzativi in cui lo stesso modello può essere usato.

Parole chiave: Disagio universitario; giovane adulto; formazione in Psicologia; lezioni emozionate.

Come impostare la formazione professionale degli studenti di psicologia? Come utilizzare le lezioni per promuovere la soggettivazione degli allievi? Come facilitare il loro trasferimento da un sistema motivazionale ancora prevalentemente orientato dalla cultura familistica verso lo sviluppo di una motivazione alla riuscita professionale e all'individuazione di risorse entro il contesto di relazione universitario? Quali le difficoltà da affrontare?

Sono queste le domande a cui questo contributo cercherà di rispondere sulla base dell'esperienza condivisa fra chi scrive e gli studenti afferenti al modulo "Laboratorio sul disagio adolescenziale", inserito nel Corso di laurea "Scienze e tecniche psicologiche per l'intervento clinico per la persona, il gruppo e le istituzioni", della Facoltà di Psicologia 1 dell'Università di

* Emilio Masina, psicoanalista AIPsi e IPA, docente Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica - Intervento psicologico clinico e analisi della domanda, socio fondatore cooperativa sociale "Rifornimento in volo", Roma.

** Psicologhe, Roma.

Roma "Sapienza", negli anni accademici che vanno dal 2003/04 al 2010/011. Esperienza che è stata orientata al perseguimento di due obiettivi: 1) Facilitare l'individuazione di una funzione psicologica negli interventi rivolti agli adolescenti e ai loro ecosistemi di riferimento che potesse declinarsi in diversi contesti di lavoro e integrare aspetti teorici ed emozionali; 2) Promuovere la soggettivazione dei giovani partecipanti esplorando e discutendo le strategie da loro adottate per evitare o dilazionare il passaggio dalla tarda adolescenza all'età adulta. Questi obiettivi sono in stretto collegamento: lo sviluppo di una propensione al lavoro e l'acquisizione di abilità necessarie a raggiungere le proprie mete in campo professionale rappresenta infatti uno stimolo potente alla crescita e allo sviluppo di un'identità più matura.

Quando, come e perché si diventa adulti?

Tutti gli studi sulla condizione giovanile nelle società occidentali riconoscono che oggi si assiste a processi sempre più prolungati di transizione all'età adulta, dato che risulta ancora più evidente in Italia dove solo il 27% dei soggetti tra i 25 e i 29 anni è considerabile, da un punto di vista sociologico, adulto (Bignamini & Comazzi 2004). Va inoltre ricordato, come segnala Fountain (1961) che i cambiamenti che segnalano il passaggio dalla tarda adolescenza alla prima età adulta prendono forma lentamente e spesso sono impercettibili. Blos (1979) rileva che è molto più difficile distinguere quando l'adolescenza finisce rispetto a quando comincia. Infatti, mentre in termini di sviluppo fisico è abbastanza facile discriminare quando i cambiamenti cosiddetti puberali giungono a compimento, molto più arduo è identificare con chiarezza le componenti psicologiche proprie della fine dell'adolescenza. E Carbone (2007) sottolinea che se il viaggio dell'adolescente è messo in moto dalla maturazione puberale, e quindi dalla separazione dall'infanzia, il viaggio del giovane adulto è mosso da un progetto esistenziale: la partenza non è uno strappo imposto dalla biologia ma una scelta: "Si potrebbe dire che - passando dalla prima adolescenza al giovane adulto - si passa dal programma genetico al progetto esistenziale" (pp. 21-22).

Alla domanda "Quando, come e perché si diventa adulti?" è, dunque, difficile rispondere: nella letteratura sull'argomento non sembrano emergere indicatori e criteri condivisi ma ipotesi interpretative differenti, contributi provenienti da ambiti teorici non omogenei (in particolare, psicologia e psicoanalisi, da una parte, e sociologia, dall'altra) che talvolta, come rileva Novelletto (2009a), invece di integrarsi, "dimostrano la difficoltà di evitare una profonda scissione tra le due visioni e i due metodi di pensiero. Con il rischio che vengano negate o la realtà psichica interna o la realtà oggettiva esterna" (p. 320). L'assenza di un modello comune è testimoniata dalla molteplicità di termini e definizioni attribuite ai soggetti che stanno affrontando la transizione: alcuni parlano di "tardo adolescenti", altri di "post-adolescenti", altri ancora di "giovani adulti", in modi spesso sovrapponibili e/o incoerenti¹.

Tuttavia, Novelletto ricorda che vi è un generale accordo sul fatto che la maturità psichica non può essere considerata il risultato di un'età ma piuttosto il raggiungimento di uno stato: lo stato adulto. La gran parte degli autori riconosce come arco di anni in cui situare la tarda adolescenza e la prima età adulta quello compreso tra i 18 e i 25-30 anni; un lungo periodo della vita in cui lo sviluppo fisico, rispetto all'adolescenza propriamente detta, subisce un rallentamento, mentre aumenta l'influenza che la società esercita sullo sviluppo della personalità, ancora in formazione. Nella letteratura psicoanalitica la maggioranza degli autori, ponendosi sul versante soggettivo dell'oggetto da indagare, si sforzano di definire alcune caratteristiche del passaggio allo stato adulto che riguardano in particolare l'integrazione, l'armonizzazione e il consolidamento dei

¹ Novelletto (2009b) ha coniato il termine "preadulti", che contrappone a quello, oggi più diffuso, di "giovani adulti". Scrive l'autore: "Nella prima dizione (giovani adulti) c'è l'idea di un soggetto che, pur potendo aspirare per età ad essere riconosciuto come maturo non può accedere a quella consacrazione pubblica perché coloro che l'hanno già conseguita lo considerano giovane, ma per motivi diversi dall'età e cioè per l'insufficienza dei requisiti fisici, psichici o sessuali che attestano lo stato di maturità. Nella definizione di preadulti, invece, "il 'pre' esprime entrambi i suoi significati, sia quello di precedenza (nel percorso evolutivo) che quello di premessa (in fatto di requisiti necessari) di ulteriori trasformazioni" (p. 300).

processi e delle strutture psichiche². Altri mettono l'accento piuttosto che sull'organizzazione del mondo intrapsichico sull'incidenza del mondo esterno e dei fenomeni culturali³.

Alcuni autori si concentrano sulle scelte e i comportamenti dei giovani relativi all'assunzione di ruoli fortemente marcati dal punto di vista sociale⁴. Essi mettono in evidenza il disinvestimento di vecchi ruoli e l'acquisizione di nuovi e rilevano che tutta una serie di relazioni e di istituzioni che prima contribuivano a mantenere uno stato di coerenza e stabilità non adempiono più a questa funzione. Questi autori, inoltre, individuano alcuni specifici compiti evolutivi che, una volta assolti, sanciscono il conseguimento di uno stato adulto⁵: un'evoluzione del processo di separazione-individuazione del tardo adolescente dalla famiglia di origine, e in particolare, dai genitori; il

² La stabilizzazione necessaria al raggiungimento della personalità adulta viene conseguita attraverso una serie di cambiamenti e movimenti intrapsichici (modificazione di Io, Super-Io e Ideale dell'Io, organizzazione di un'identità sessuale definitiva, cambiamento delle relazioni oggettuali). Lo sviluppo dell'Io è rivelato dalla maggiore coerenza dell'individuo, sia nella motivazione che nel comportamento (White, 1952; Fountain, 1961; Blos, 1979; Staples & Smarr, 1977), oltre che dalla sua maggiore autonomia. Mentre il Super-Io e l'Ideale dell'Io sono coinvolti nel cambiamento delle immagini primitive (onnipotenti, controllanti, o seduttive) con conseguente acquisizione del senso di libertà. Le modificazioni delle relazioni oggettuali consistono nel passare dalla preoccupazione del distacco (dove la volubilità delle relazioni) alla ricerca di una maggiore durata del rapporto d'amore. Al raggiungimento della prima età adulta gli impulsi sessuali rivolti ai genitori si scompongono e relazioni di più recente formazione, offrendo una gratificazione pulsionale, contribuiscono allo stesso tempo a stabilizzare psicologicamente l'individuo e a consolidare l'organizzazione sessuale definitiva (Katan, 1937). La dimensione adulta può dirsi raggiunta quando l'intensità dell'investimento sulle figure edipiche diminuisce (Fountain, 1968). Per Gutton (1995) la fine dell'adolescenza si annuncia quando il Super-Io è ben definito nelle sue caratteristiche di autonomia anonima, di contenuto ideologico culturale assimilato e di costanza quasi di immobilità. Pertanto, secondo l'autore la maturità potrebbe essere definita come la fine del transfert su di un oggetto parentale (reale o fantasmatico), e come l'incapacità di fare qualsiasi transfert nella vita (fine della capacità amorosa, in particolare) e nella cura. Ritvo (1971) considera come aspetto del funzionamento psichico che indica l'ingresso nella vita di adulto sia il prevalente rivolgimento verso l'ambiente esterno degli investimenti, sia il riconoscimento della dipendenza dal corpo dell'altro, condizione non più presente dopo la primissima infanzia. Il fatto che la soddisfazione dipenda dall'oggetto esterno implica una modificazione della relazione, o dell'equilibrio, fra il principio di realtà e il principio del piacere.

³ Erikson, ad esempio, già nel 1968, sottolineava che quei soggetti che pur avendo oltrepassato l'età in cui l'adolescenza dovrebbe dirsi conclusa non mostrano ancora i tratti psicologici dell'individuo adulto non rientrano nella patologia e pertanto deve loro essere riconosciuto il bisogno di quella che egli definì, secondo un termine giuridico di antica data, una moratoria, cioè una sospensione della scadenza delle obbligazioni (per esempio tributi) disposta dalla legge per eventi straordinari (catastrofi, carestie ecc.) tali da turbare il normale svolgimento dei rapporti economici e sociali. Lebovici (1985) ha messo in evidenza che il comportamento di una quota più o meno grande di adolescenti che rifiuta di far propri i valori dei genitori autorizza a parlare addirittura di una controcoltura in atto nella civiltà postindustriale dell'Occidente. Più recentemente, Guillaumin (2001), inglobando nel concetto di postadolescenza quello di adolescenza prolungata, lo considera un fenomeno comune che nella nostra cultura interessa quasi un'intera generazione. Per l'autore la postadolescenza non deve essere confusa né con uno stato identitario patologico cronico, né con uno strascico adolescenziale interminabile, né con un ritorno tardivo alla latenza infantile. Ciò che serve per Guillaumin è una riflessione approfondita sulle risposte che la società fornisce ai fenomeni intrapsichici e comportamentali prodotti nella nostra cultura dalle leggi dell'individuazione e dell'introyezione strutturante. L'autore sottolinea che i meccanismi della postadolescenza svolgono la funzione di calmierare il livello di angoscia mediante una strategia di immobilizzazione della relazione con l'oggetto nuovo, mantenendolo in riserva, ma a distanza. L'atteggiamento di fondo del postadolescente è improntato generalmente all'evasività o persino alla lieve estraneità di fronte alle occasioni di contatto, ostacolando e in certo qual modo sabotando le richieste e le attese della società e della vita corrente. Fra i meccanismi citati da Guillaumin vi è la strumentalizzazione, rivolta a persone di livello e di età superiore, che ricordano i genitori e la sospensione indefinita delle scelte professionali. Lo scopo è mettersi in una posizione provvisoria, anche come pretesto per poter rifiutare offerte magari allettanti ma proprio per questo troppo mobilitanti. Quanto al ruolo degli eventi l'autore ritiene che affinché la postadolescenza possa concludersi è necessario che l'ingresso delle nuove introiezioni sia facilitato dalla possibilità di affrontare le cariche aggressive che chiedono elaborazione.

⁴ E' il caso, ad esempio, di Hauser e Greene (1997) che, commentando una lunga serie di ricerche, definiscono il passaggio dalla postadolescenza all'età adulta una transizione psicosociale.

⁵ Il primo a parlare di compiti di sviluppo è stato Havighurst (1953) che li definisce a metà strada tra un bisogno individuale e una richiesta sociale.

consolidamento di un senso di identità; la costruzione di relazioni interpersonali a carattere intimo e la costruzione di una coppia stabile e generativa; l'avvio della carriera lavorativa. A proposito di quest'ultimo compito evolutivo viene sottolineato il ruolo cruciale svolto dal lavoro nella prima parte della vita adulta sia nel processo di autovalutazione e sul concetto di Sé, sia sul sistema dei valori, sullo sviluppo intellettuale e sullo sviluppo sociale e si rileva che chiari e coerenti messaggi culturali, che trasmettano un'idea di quello che in questa fase ci si aspetta da un individuo, possono eliminare dalla transizione fra l'adolescenza e l'età adulta una parte della confusione e del mistero che la caratterizzano.

Anche altri autori sottolineano l'importanza delle istituzioni sociali che, trascendendo dalle motivazioni individuali, possono contribuire alla definizione di standard comportamentali e morali e mettono in evidenza l'importanza rivestita dal lavoro come segnale del passaggio dall'adolescenza all'età adulta e alla formazione di un'identità più definita⁶. E' da rilevare che dal punto di vista sociologico l'ingresso nella vita adulta avviene attraverso passaggi che vengono definiti "soglia" perché segnano la transizione da un ciclo di vita all'altro, e riguardano essenzialmente due assi principali: l'asse scolastico-professionale (scuola e lavoro) e l'asse familiare-matrimoniale (vita con i genitori e vita di coppia). Nel modello tradizionale le soglie di passaggio collocate lungo questi due assi coincidevano. Di conseguenza, il passaggio dall'adolescenza allo stato adulto era relativamente rapido e non c'era motivo di separare l'adolescenza dalla giovinezza. Da una ventina d'anni a questa parte la ricerca sociologica dimostra che la combinazione delle diverse soglie di ingresso è radicalmente cambiata. Il loro sincronismo è assai più raro: l'uscita dall'adolescenza non sfocia più in modo automatico e repentino in uno status adulto. Sia sull'asse professionale sia su quello familiare del ciclo di vita appare una vasta gamma di situazioni intermedie, ambigue o 'di frontiera', che possono prolungarsi per parecchi anni e che sfuggono a una definizione precisa di ruolo. Fra l'altro, come sottolinea Augé (2006), indebolendosi o venendo a mancare nella nostra società i riti di iniziazione che permettono di contrassegnare il passaggio tra adolescenza ed età adulta, le frontiere si sono spostate, oppure si sono diluite, divenendo meno marcate⁷. Questa situazione

⁶ Per Khon (1980), ad esempio, l'ingresso nel mondo del lavoro, che rappresenta spesso per il giovane il primo incontro diretto con i valori e le istituzioni sociali, esercita una profonda influenza sul concetto di sé, sul sistema di valori, sullo sviluppo intellettuale e sull'orientamento nella società. Mentre Keniston (1970) mette in evidenza la necessità che il giovane adulto integri i propri bisogni e valori con quelli della società, affinché entrambi vengano riconosciuti, superando le inevitabili situazioni di tensione sia sul versante interno che esterno. Secondo l'autore il fatto di essere sottoposti alle norme sociali può indurre nell'individuo una situazione di conflitto sia interna che esterna; tuttavia, le opportunità che vengono a crearsi attraverso l'impegno di socializzazione e l'assunzione di responsabilità sono dimensioni cruciali per la transizione all'età adulta. E Piaget (1977) descrivendo quel processo di decentramento che permette agli adolescenti di integrare i loro sogni con la realtà sociale e di iniziare l'età adulta, scrive che il punto cruciale è l'ingresso nel mondo del lavoro o l'inizio di un serio percorso di formazione professionale. Blos (1962) sottolinea l'importanza di un periodo di processi integrativi che segue la conclusione dell'adolescenza. Periodo in cui, attraverso quella che si potrebbe chiamare una sperimentazione adolescente, si assestano i conflitti intrasistemici e si risolvono certe disarmonie dell'io. Secondo l'autore tale integrazione, che si raggiunge solo gradualmente, di solito precede la scelta occupazionale o coincide con le circostanze esterne, purché consentano all'individuo una qualche possibilità di scelta. L'integrazione procede di pari passo con l'esplicazione del ruolo sociale, con il corteggiamento, il matrimonio, la maternità o paternità. Per Blos ciò che contraddistingue la post adolescenza è lo sforzo incessante del soggetto di venire a patti con gli interessi e con gli atteggiamenti dei genitori. Tuttavia, l'aspetto o il ruolo manifesto del giovane adulto (il fatto di avere un lavoro, di prepararsi per una carriera, di sposarsi o di avere un bambino) nascondono facilmente l'incompleta formazione della personalità. Blos conclude spiegando che si può considerare la psicologia dell'adolescenza come un sistema energetico che tende a raggiungere livelli sempre più alti di differenziazione, fino ad assumere una configurazione stabile. Per Copley (1993): "Lavorare con altri e agire come membro collaborante di un gruppo di lavoro può aumentare la sensazione di essere adulti e può applicarsi a tutti i livelli in cui è richiesta qualche forma di autentica attività di équipe" (p.116).

⁷ Augé (2006) rileva che non accade più che i giovani lascino i propri genitori a un'età precisa, il servizio militare è scomparso o è stato sostituito da un servizio più breve e a carattere volontario; mentre si è attenuato lo spartiacque fra vita studentesca e vita lavorativa che, non di rado, vengono intraprese in contemporanea.

intermedia fra dipendenza adolescente e autonomia adulta caratterizza nel modo più evidente la gioventù europea di oggi.

Quando, come e perché non si diventa adulti?

Ma quali sono, in presenza di un'adolescenza sempre più prolungata, le difficoltà circa l'accesso allo stato adulto? Per molti autori le difficoltà sono sostanzialmente riferibili a modalità classiche di disturbo psichico, quali l'organizzazione nevrotica basata sull'agire trasgressivo o, al contrario, sull'inibizione, se non addirittura la 'depressione bianca' o la psicosi. Altri la pensano diversamente. Novelletto (2009a), ad esempio, sostiene che è riduttivo legare la conclusione dell'adolescenza, ancora scientificamente indefinita, ai problemi psichici insoluti che si traducono nell'esasperazione dell'agire o nelle inibizioni di molti giovani: "E' sicuro che il problema che sembra accomunare, sia pure in forme diverse, tante persone comprese in una fascia di età di almeno dodici anni, dai 18 ai 30 anni, ma anche oltre, dipenda dalla difficoltà di abbandonare una fase dello sviluppo psichico? E' sicuro che questa difficoltà sia di ordine patologico e quindi di competenza psichiatrica e psicoanalitica? E' sicuro che essa dipenda dalla serietà dell'impegno da affrontare per salire al livello di una tappa successiva dello sviluppo? Sicuro che essa non nasconda il bisogno legittimo di una maturazione critica più approfondita della vigente concezione di stato adulto? Non si può pensare che lo stato adulto sia una condizione altrettanto complessa e difficile da realizzare pienamente in se stessi rispetto all'adolescenza, e che tante persone non più giovani possano aver trovato, rispetto ai tardo adolescenti, molte più 'ragioni' per affermarsi adulti? E poi, pur ammettendo che i rimedi non possano essere che di ordine psicoterapeutico, non è auspicabile una più attenta differenziazione della trattabilità di ciascun caso e delle specifiche modalità tecniche da adottare?" (pp. 299-300).

Alcuni autori sembrano interessati più agli aspetti positivi del processo di crescita che a quelli negativi, indipendentemente dal modello che ciascun soggetto sembra seguire o dal risultato che finisce per ottenere (cfr, ad esempio, Morvan e Alléon 1995).

Alcune considerazioni critiche

I contributi che abbiamo raccolto dalla letteratura anche se utili per mettere a fuoco una fase di sviluppo, cioè la transizione dalla tarda adolescenza all'età adulta, rischiano, tuttavia, di ingessarla in anni che, come scrive Monniello (2007) è alquanto opinabile delimitare⁸.

Come abbiamo precedentemente ricordato, se la pubertà e il conseguente sviluppo psicologico e affettivo segnano una forte discontinuità nella crescita dell'individuo, non altrettanto avviene nelle fasi successive, in cui il processo di sviluppo è più lento e avviene attraverso passaggi più discreti. In secondo luogo, i criteri utilizzati in questi contributi per definire il passaggio sono prevalentemente intrapsichici: si riferiscono, cioè, al giovane adulto come individuo, anche se inserito in una classe di età. Detto in altri termini: i contributi citati sono prevalentemente ispirati da teorie centrate sull'individuo, accomunate dal presupposto secondo il quale la mente (intesa in senso lato) è contenuta nella testa delle persone. Tali teorie, come afferma Salvatore (2006), non negano necessariamente l'importanza delle dinamiche relazionali, il ruolo - genetico, facilitante, elicitante - del contesto. Esse tuttavia attribuiscono autonomia strutturale all'apparato intrapsichico e di conseguenza assumono come unità di osservazione l'individuo. Non a caso, la capacità o l'incapacità da parte del giovane adulto di instaurare specifiche relazioni - con un partner amoroso, con un'istituzione formativa o lavorativa, ecc. - vengono per lo più trattate dalla letteratura che abbiamo esaminato come esito terminale di uno sviluppo interiore; oppure, al contrario, come esito di un fallimento o di un blocco evolutivo. Piuttosto che come prodotto di un'interazione, più o meno feconda, fra l'individuo e il suo contesto storico-culturale. Anche i cosiddetti passaggi soglia ci sembrano essere concettualizzati come marcatori di una transizione

⁸ Non si corre il rischio di "preconstituire" un arco temporale che impegna il soggetto (in particolare il suo io) a elaborare la perdita di immagini di sé, ad integrarne di nuove, ad essere cioè esposto al conflitto, a legamenti e slegamenti psichici pericolosi per la continuità del suo essere?" (p.10).

fra stati nettamente definiti; mentre, a nostro parere, meritano di essere considerati come indicatori di processi di relazioni: relazioni che possono modificarsi, evolvere, regredire o addirittura interrompersi.

Ci pare, dunque, quanto meno opinabile immaginare uno sviluppo adolescenziale in due tempi ben distinti: ad esempio, ipotizzare come fanno Bignamini e Comazzi (*op. cit.*) che il soggetto prima concluda le profonde trasformazioni psicologiche e affettive dell'adolescenza e poi cerchi "di saturare e realizzare pienamente nell'incontro con la realtà quell'identità adulta, per il momento solo potenziale, che ha precedentemente iniziato con fatica a costruire" (p.). E' più realistico immaginare che il processo di costruzione dell'identità, che inizia ben prima dell'adolescenza e non si conclude mai una volta per tutte, trovi nelle esigenze di studiare, lavorare e stabilire rapporti affettivi degli efficaci agenti organizzatori.

Nell'esplorare il percorso dell'individuo dall'infanzia all'età adulta ci sembra utile provare a sostituire concetti come concludere, saturare, realizzare, strutturare, con altri più elastici, modificabili, reversibili e aperti alla processualità, come costruire, organizzare, sviluppare, storicizzare, soggettivare⁹. E' da rilevare che, ad eccezione di Novelletto, gli autori che abbiamo citato nel paragrafo precedente mentre definiscono con relativa chiarezza gli esiti terminali di un periodo di crescita sembrano dare scarsa attenzione allo svolgimento del processo stesso, cioè al percorso attraverso il quale l'individuo diviene capace di apprezzare i valori, le abilità, i comportamenti e le conoscenze adatte ad assumere una posizione adulta; percorso che gli permette di sviluppare capacità previsionali e ipotesi progettuali e dunque di prepararsi a partecipare come membro a pieno titolo alla vita della società. In particolare, poca attenzione viene data alle modalità con cui tardo adolescenti e giovani adulti costruiscono e perseguono gli obiettivi della loro crescita e al ruolo svolto dalle agenzie formative, come l'Università, e dagli adulti che in esse operano. Alcuni degli autori citati, peraltro, sostengono che vi è una forte interrelazione tra le forze di condizionamento sociale e lo sviluppo psichico ma non ne indagano i meccanismi di funzionamento.

Qui ci interessa sottolineare il rischio che l'orientamento individualista dei contributi citati e di molti altri che abbiamo consultato induca a definire la posizione di adulto in base a stereotipi conformisti. Il rischio, in altre parole, è quello di definire specifici esiti terminali del processo di crescita in base ad una teoria psicologica o a una norma sociale, piuttosto che valutare volta per volta la difficoltà o la progressiva capacità del giovane adulto di trattare e risolvere i problemi derivanti dalle sue relazioni con specifici contesti, strutturando specifiche funzioni inerenti le modalità di aggregazione alla comunità adulta. Tutto ciò appare di rilevante importanza anche ai fini dell'impostazione dell'intervento psicologico. L'intervento, infatti, può basare i propri obiettivi, esplicitamente o implicitamente, su modelli conformisti, trattando le dimensioni individuali deficitarie; oppure, al contrario, occuparsi dello sviluppo delle relazioni del postadolescente con specifici contesti di appartenenza, e le sue modalità di inserimento e adattamento nel gruppo degli adulti.

Il disagio dei giovani adulti all'Università: un contesto non soggettivante

⁹ Il processo della soggettivazione è stato riformulato da Cahn (2000) sulla scia dell'insegnamento winnicottiano e riguarda l'insieme di diversi settori dello sviluppo individuale: consapevolezza di Sé, identità fisica e psichica, desideri e ideali, processi di pensiero, cultura, stili di vita. Secondo l'autore, la fine dell'adolescenza implica una nuova rappresentazione del Sé del funzionamento psichico in cui la posteriorità e il rimaneggiamento delle relazioni oggettuali portano a una elaborazione conclusiva di un Io per altri versi in autocostruzione permanente; un Io caratterizzato dalla parola, che coincide con la conoscenza di se stesso, e che include una parte rimossa e un progetto su ciò che spera di diventare. Essa presuppone un'elasticità ormai adeguata delle capacità di investimento e controinvestimento e in particolare una certa deflazione narcisistica; inoltre, con la rinuncia agli oggetti edipici e alla bisessualità, la capacità di assumersi i propri desideri e conflitti relativi all'oggetto. Per Cahn, la questione essenziale a questa età è la capacità o meno di negoziare ogni conflitto, e qualunque evento interno o esterno, nel registro della posizione depressiva e dell'angoscia di castrazione.

“Si dovrà considerare come fallimento della soggettivazione tutto ciò che non è stato significato al soggetto circa il mondo dove vive, tutto ciò che non gli è stato reso decifrabile, autorizzato circa il suo stesso essere, le sue pulsioni, il suo posto nelle generazioni, la sua identità. Tutto ciò che dagli oggetti che lo circondano è reso intollerabile al soggetto tramite l'intrusione, la seduzione, la carenza o l'incoerenza, che perciò non è metabolizzabile né trasformabile, lo getta in un rapporto alienato per eccesso di eccitazione o per mancanza di senso” (Novelletto, 2009b, p. 64).

Gli adolescentologi di formazione psicoanalitica hanno individuato il percorso scolastico che precede l'arrivo del giovane all'Università come area vitale di scambio fra mondo interno e mondo esterno, conducendo ricerche significative sul gruppo classe come potenziale motore dell'apprendimento, sul benessere-malessere scolastico, sulla prevenzione del rischio giovanile e su fenomeni come il razzismo e il bullismo. Winnicott, già nel 1960, definiva la scuola come area intermedia di esperienza, a cui contribuisce sia la realtà interna che quella esterna.

La scuola può infatti essere definita come uno spazio di transizione che assolve il duplice compito di far sentire l'adolescente a suo agio, in modo che possa usare la classe come situazione in cui esprimere il suo Sé più autentico, e di facilitarlo nel progressivo riconoscimento di un mondo esterno con cui confrontarsi, vissuto come occasione di sviluppo e conoscenza. L'adolescente ha bisogno infatti di uno spazio condiviso con gli altri, che favorisca uno scambio evolutivo e non difensivo e l'instaurarsi di rapporti di reciprocità. L'insegnante rappresenta un oggetto nuovo rispetto ai genitori e, se riesce a differenziarsene, può facilitare un investimento affettivo positivo da parte del ragazzo e l'interesse di quest'ultimo verso altri oggetti, a cominciare dall'oggetto culturale e dal piacere di apprendere. Novelletto (1997) ha sottolineato come l'analisi dei sentimenti e delle risonanze emotive possa divenire la chiave di volta per comprendere la relazione educativa nel rapporto alunno-insegnante. E Pietropolli Charmet (2000) ha evidenziato con chiarezza la necessità che l'intervento psicologico nella scuola si occupi di integrare l'area del Sé scolastico, connesso al ruolo sociale di studente, con quella del Sé affettivo, che viene appagato negli spazi interstiziali della relazione sociale lasciati sguarniti dall'adulto: l'entrata e l'uscita dalla scuola, la ricreazione, ecc. La scissione fra queste due aree del Sé rappresenta, a suo parere, uno dei motivi della crisi del sistema scolastico¹⁰.

E' anche da rilevare che se l'adolescente può rinunciare ad investire la scuola come spazio di interesse e di creatività lo psicologo che interviene nella scuola può rinunciare ad esplorare il rapporto fra l'individuo e il contesto in cui si trova inserito, accogliendo i suoi clienti-studenti senza tenere conto che la domanda di intervento nasce all'interno del sistema scolastico ed è quindi fortemente influenzata dalla cultura locale e dalle dinamiche che questa attiva fra i diversi interlocutori presenti. Inoltre, di fronte alla ricchezza quantitativa e qualitativa dei contributi degli psicologi di formazione psicoanalitica sulla scuola secondaria sono scarsi in letteratura gli articoli sul rapporto fra giovani e università. E la quasi totalità degli scritti si occupa degli studenti universitari nell'ambito di Servizi di counseling a loro rivolti (cfr., ad es., Ferraro & Petrelli, 2000; Iaccarino & Cocciante, 2002; Valerio, 2009)¹¹.

Senza nulla togliere alla validità e all'interesse di questi ultimi contributi, ci siamo chiesti se anche in questi casi la tendenza a occuparsi di giovani adulti universitari più nel ruolo di “clienti-pazienti” che di “clienti-discenti” segnali il rischio di adottare un orientamento individualista, perdendo la feconda connessione fra l'individuo e il suo contesto di appartenenza e dunque rinunciando ad occuparsi di come la dimensione intrapsichica dello studente si riorganizzi attraverso la relazione con l'ambiente-università. Quando Ferraro e Petrelli, ad esempio (*op. cit.*), anche mediante la citazione di altri autori, riavvicinano i vissuti di perdita e di disorientamento spesso denunciati

¹⁰ L'autore sottolinea che l'adolescente esercita una specie di anestesia nei confronti degli stimoli provenienti dal mondo scolastico e colloca le sue motivazioni altrove.

¹¹ Sessantotto degli ottanta atenei associati alla CRUI (Conferenza dei rettori delle Università Italiane) prevedono un counseling per gli studenti, servizio a cui si dedicano 167 operatori di cui il 64% donne e il 36% uomini.

dagli studenti (specie quando l'Università richiede il distacco dall'ambiente di vita precedente) a quelli sperimentati dalle persone immigrate, sembrano utilizzare questi vissuti prevalentemente come indicatori di un disagio personale da affrontare attraverso una consulenza specialistica; e non come indicatori di un problematico adattamento ad un ambiente, quello universitario, che può sollecitare i giovani adulti ad individuare e sviluppare risorse per affrontare nuovi compiti evolutivi ma anche potenziare collusivamente le loro resistenze ad impegnarsi attivamente nel proprio sviluppo umano e professionale. L'attenzione al disagio personale piuttosto che alla relazione fra individuo e contesto risulta ancora più chiara nella presentazione del servizio universitario che fa capo a Paolo Valerio (*op. cit.*) e che offre una consultazione breve rivolta tendenzialmente a studenti che presentano problematiche fisiologiche relative alla fase del ciclo di vita che stanno attraversando e/o a problematiche specifiche inerenti agli studi¹². Contributi come questo hanno il pregio di sottolineare come l'entrata all'Università sancisca per i giovani una forte discontinuità rispetto al passato e rappresenti quindi un evento critico che sollecita un forte cambiamento di assetto psicologico e di identità; inoltre, mettono in evidenza la specificità di un ciclo vitale che propone il passaggio dalla tarda adolescenza allo stato adulto. Tuttavia il contesto universitario sembra proposto come una sorta di elemento invariante che funziona fino a che non si dimostra il contrario. L'eventuale crisi dello studente è infatti messa tutta a carico del suo apparato mentale (intrapsoichico) e dunque viene affrontata attraverso lo strumento 'individuale' del counseling; mentre viene trascurata la possibilità di intervenire sulle modalità culturali e organizzative con cui l'istituzione Università interfaccia i suoi clienti- studenti.

Non trattare la feconda relazione tra lo studente e il contesto universitario può anche portare a proporre servizi di counseling che inquadrano, e quindi contribuiscono a strutturare, il disagio del giovane adulto attraverso nosografie psicopatologiche. Il rischio di una psichiatrizzazione del disagio e di un intervento di correzione del deficit, che si presenta come sostitutivo rispetto alle competenze del contesto di accogliere il giovane studente e di sostenerne le risorse integrative, comincia fortunatamente ad essere colto anche dagli stessi operatori.

Ad esempio, Iaccarino e Cocciante (*op. cit.*), dopo aver presentato il Centro d'ascolto psicologico dell'Università Roma Tre basato su un modello di consultazione breve di tipo psicoanalitico che aiuta il ragazzo a usare le proprie risorse per cogliere il piano intrapsichico delle proprie difficoltà, illustrano il loro nuovo obiettivo: creare un sito web del Centro che rappresenti un luogo dove gli studenti possano partecipare attivamente, scambiarsi idee, critiche e proporre novità¹³. Ma perché

¹² Valerio rileva che il passaggio agli studi universitari costituisce un momento di crisi come tutte le situazioni di cambiamento e di crescita. Le difficoltà possono scaturire da: il confronto con un contesto formativo differente; la perdita del precedente gruppo di riferimento dei coetanei; la richiesta di maggiore definizione della propria identità. Ad esempio, lo studente può nutrire incertezze sulla scelta fatta, non riuscire a gestire la nuova libertà acquisita, sentirsi isolato, disperso, confuso nella massa anonima degli studenti, lamentare l'assenza di un rapporto più diretto e continuativo con i docenti e i colleghi. In seguito, fattori quali il confronto con un ritmo di studio incalzante, il superamento degli esami, in particolare di quelli fondamentali per il proprio ciclo di studi, per le implicazioni simboliche connesse ad essi, le situazioni di crisi personali e/o familiari, la lontananza da casa, l'appartenenza a culture e nazionalità diverse, possono creare ansia e difficoltà. L'autore rileva inoltre che gli studenti nel momento della conclusione degli studi si confrontano, a volte drammaticamente, con problematiche di separazione legate alla perdita di contesti ed abitudini familiari, nella prospettiva di imminenti cambiamenti. E che il momento della laurea può far affiorare insicurezze sulle competenze acquisite, sulla motivazione iniziale e sulle future possibilità lavorative. L'autore rileva infine che negli ultimi anni ha potuto osservare come il conseguimento della laurea breve possa intensificare dubbi e incertezze, anticipando la necessità di una prima definizione dell'identità (Valerio, *op. cit.*).

¹³ "Questo progetto - scrivono le autrici - ha una duplice finalità: ridurre la distanza tra l'Università, il mondo accademico, l'apparato burocratico e il mondo studentesco; ed entrare in contatto con i ragazzi su un piano depatologizzato, stimolandone fantasie, progetti e desideri. A tal proposito, si è pensato di inserire nel sito la prima parte di un racconto di un autore contemporaneo, largamente diffuso nel mondo giovanile, il cui tema riguarda l'esperienza dell'esame universitario, lasciando, agli studenti che visitano il nostro spazio in Internet, la possibilità di continuarlo al fine di stimolare la loro immaginazione. Il racconto, infatti, si presta naturalmente come sfida alla creatività, in particolare, costruire un pezzo di storia narrata appare come un mezzo molto sano per articolare la fantasia e, soprattutto, esprimersi collettivamente. Acquista, in questo

gli autori pensano di costruire un sito che raccolga idee e rappresentazioni sul contesto universitario? Non sarebbe più semplice dare spazio già nel corso della consultazione al rapporto fra studente e Università, evitando la tentazione di considerare il disagio dello studente solo sul piano intrapsichico, magari organizzato da una psico-patologia¹⁴? Le autrici, infatti, considerano che un Centro che si colloca in un ambito universitario e che non si caratterizza come terapeutico ma di consultazione, non evoca nell'immaginazione del giovane adulto la necessità di declinarsi come soggetto malato ed esposto alla dipendenza di una persona che lo aiuti e quindi gli permette di fruire di un aiuto psicologico senza impegnarlo in un transfert delle parti infantili del Sé. Però non spiegano perché, evitando di esplorare più approfonditamente le simbolizzazioni affettive dello studente nei confronti del Centro di ascolto. Viene da chiedersi se la consultazione non sia sentita più facilmente percorribile dai giovani adulti all'interno del contesto universitario perché quest'ultimo viene rappresentato come un luogo che può promuovere autonomia e sviluppo professionale. Questa rappresentazione potrebbe favorire una sorta di controbilanciamento rispetto a fantasie regressive di dipendenza attivate dalla richiesta di aiuto; fantasie che spaventano il giovane adulto impegnato nel compito di separarsi dal Sé infantile e nella individuazione e organizzazione di un nuovo Sé, più autonomo e differenziato.

Ci sembra interessante segnalare a questo punto una recente ricerca (Paniccchia et al. 2009) che si è proposta di individuare la Cultura Locale¹⁵ di uno dei Corsi di laurea in Psicologia¹⁶, così come viene vissuta dagli studenti, evidenziando che essa si articola in diversi repertori culturali espressione di gruppi diversi di giovani. La ricerca, al tempo stesso, ha misurato il livello di soddisfazione degli studenti nei confronti del Corso. Il rapporto fra i dati relativi alla soddisfazione e i differenti repertori culturali che organizzano la Cultura Locale ha evidenziato che gli studenti che non frequentano lezioni e laboratori e che non hanno successo negli studi (cluster 1) sono i più insoddisfatti dell'intero campione. Questi giovani rifiutano il contesto universitario, che vivono come sterile sia dal punto di vista della formazione professionalizzante che della professione e sembrano avere un riferimento solo nella famiglia, da cui si attendono ogni supporto. Il Corso di studi viene rappresentato come un passaggio obbligato e penoso per giungere ad una professione supposta prestigiosa e remunerativa. Inoltre, questi ragazzi hanno uno scarso interesse per la relazione con gli altri studenti. In altre parole, non individuano nessuna risorsa nella relazione di colleganza tra pari. Gli studenti di questo cluster sono caratterizzati dalla passività di chi non riflette sulle proprie idee e azioni mentre reagisce alle iniziative altrui, alle quali suppone di essere continuamente confrontato.

All'altro estremo, vi è un gruppo di studenti (cluster 5) molto soddisfatto del corso di studi, che risponde alle aspettative ed è contraddistinto da efficienza e funzionalità. La formazione non è vissuta come fine a se stessa nella sua buona qualità perché questi studenti ritengono di avere acquisito strumenti da spendere nella ricerca di un lavoro. Questa fiducia è motivata dalla partecipazione attiva degli studenti alla formazione, che è vissuta in stretta connessione con la professione di psicologo. Il fattore di soddisfazione più alto è la relazione con i compagni di studio. Se per gli studenti del cluster 1 il solo contesto di riferimento è la famiglia, gli studenti del 5 sembrano capaci di separarsi della famiglia per esplorare ambiti diversi.

La presenza della famiglia è invece mediamente auspicata dagli studenti del cluster 3, che esprimono una cultura che si preoccupa in primo luogo del mandato sociale e del mercato della

modo, particolare importanza la dimensione collettiva dove gli studenti possono avvertire di trovarsi in un luogo comune in cui possono condividere uno stesso spazio, ognuno esprimendo il proprio modo di essere attraverso la storia che racconta. Il racconto, inoltre, costituisce uno stimolo incompleto che, al pari degli altri fenomeni poco strutturati, facilita la proiezione di fantasie, desideri e paure che possono costituire un buon punto di contatto con quello che potrebbe rappresentare una sorta di "inconscio collettivo" degli studenti" (p. 7).

¹⁴ Le autrici segnalano la crescente incidenza di patologie di tipo psichiatrico tra i loro studenti.

¹⁵ Per Cultura Locale gli autori intendono una cultura collusiva, impernata cioè sull'intreccio di determinate dinamiche simboliche, specifica di un determinato contesto o sistema organizzativo. La Cultura Locale ha la funzione di regolare le relazioni e quindi il comportamento dei diversi attori sociali nel contesto e la sua rilevanza fonda le premesse per un intervento volto al cambiamento delle dinamiche collusive.

¹⁶ Si tratta del Corso di laurea all'interno del quale era inserito il nostro Laboratorio. Per la metodologia della ricerca e la disamina approfondita dei cinque cluster si veda l'articolo citato.

professione e chiede all'università di intervenire su questo. La richiesta che questi studenti rivolgono all'università non è formativa ma di politica culturale e di intervento lobbistico presso le agenzie che regolano il mandato sociale della professione. Infine, per il cluster 4, la dipendenza dalla famiglia, che deve aiutare, partecipare ed approvare lo studio, va di pari passo con una forte dipendenza dai docenti del Corso, ritenuti prestigiosi e competenti: per avere successo nel Corso si debbono soprattutto studiare approfonditamente i libri proposti dai docenti. C'è un sapere costituito e garantito cui attenersi e da apprendere in una relazione sostanzialmente a una via, dall'alto del sapere prestigioso al basso dello studente studioso.

Gli autori sottolineano la rilevante presenza, se non prevalenza, delle attese e delle fantasie sulla professione, accompagnate da cocenti delusioni che rischiano di demotivare e tradursi in abbandoni o cinismi, oppure da conferme che possono essere illusorie, rispetto ad un realistico confronto con competenze professionali specifiche e verificabili. In particolare, per i cluster che identificano la professione con guadagno, potere, prestigio, senza che tutto ciò si accompagni con un preciso apprendimento di specifiche competenze. Per sostenere gli studenti di fronte a questa difficoltà il Corso può fare molto precisando quale sia la professione psicologica alla quale pensa, lavorando tanto sul piano del mandato sociale che la fonda, perché sia identificabile, quanto sul piano dell'offerta formativa perché la si realizzi.

Gli autori concludono che la partecipazione al processo formativo promuove l'impegno a tenere conto degli altri entro la dinamica della convivenza e crea autonomia nei confronti delle culture familiari, che propongono un'adesione alle norme fine a se stessa. Allo stesso tempo, la partecipazione promuove nei giovani il passaggio da una cultura basata sulla valorizzazione dell'appartenenza a gruppi di potere come opportunismo sociale e speranza di appoggi per migliorare la propria posizione, a una cultura maggiormente basata su una progettazione che anticipa i cambiamenti come capacità di orientare strategicamente il proprio sviluppo.

La ricerca evidenzia la presenza di un "disagio" sommerso dello studente universitario: studente motivato da fantasie e repertori emozionali che contrastano con gli obiettivi di un apprendimento volto al conseguimento di una professionalizzazione che, se non vengono esplorati e analizzati, sostengono una relazione alla realtà di tipo conformistico e, quindi, l'insuccesso formativo; e ci aiuta a formulare un'ipotesi: che lo spaesamento degli studenti giovani adulti riguardi soprattutto la relazione con un ambiente, l'istituzione universitaria, che può favorire una posizione e un assetto psicologico piuttosto che un altro. L'Università, ad esempio, può facilitare il prolungamento dell'adolescenza, rappresentando una sorta di "parcheggio" che consente di rimandare e lasciare irrisolto il passaggio da un funzionamento basato sull'identificazione a un assetto di rapporti con il Sé e con gli oggetti fondato sulla differenziazione, compito fondamentale dello sviluppo; oppure, può proporre un passaggio alla fase adulta che rischia di apparire agli studenti scontato perché non tratta gli aspetti simbolici delle relazioni. In questi casi, l'Università rischia di proporsi come contesto non soggettivante, poiché rimanda al futuro la questione della collocazione dello studente nel mondo del lavoro e, quindi, la costruzione di un'identità professionale. In particolare, come notano Carli, Grasso & Paniccia (2007), la storia della formazione psicologica italiana vede l'Università sottrarsi al confronto diretto con la pratica e fondare la propria funzione formativa sulla presentazione discorsiva e astratta di teorie e modelli entro una concezione contenutista e per sommatoria del sapere psicologico. Una generazione di psicologi si è formata entro una fruizione emozionale di letteratura evocativa di un qualche esercizio professionale legato in qualche modo alla psicoanalisi e alla psicoterapia. Il luogo della pratica essendo prefigurato in un "altrove", presentato come unico traguardo professionale al quale gli studenti potevano aspirare.

Sia nel caso del disagio dell'adolescente a scuola che in quello del giovane adulto all'Università è dunque più che mai necessario mettere in campo interventi di sostegno psicologico al processo di soggettivazione in una prospettiva individualistica - Pietropolli Charmet lo chiama aiuto a tracciare un bilancio evolutivo - ma anche interventi mirati ad esplorare le simbolizzazioni emozionali con cui viene connotato il Corso degli studi e il mondo universitario nel suo complesso, al fine di sviluppare strategie formative utili allo sviluppo umano e professionale dei giovani. E' da sottolineare che il sentirsi protagonisti di una ricerca di senso in collaborazione con adulti competenti è stata segnalata come una delle caratteristiche che contribuiscono maggiormente al

processo di soggettivazione, con effetti di prevenzione rispetto a stati di disagio e ai rischi specifici dell'età (cfr. le ricerche di Paola Carbone, 1998; 2000; 2003; 2004; 2005).

Riforma universitaria professionalizzante o mito formativo?

Il Laboratorio sul disagio dell'adolescenza da noi condotto è stato inserito all'interno del Corso di laurea *Scienze e tecniche psicologiche per l'intervento clinico per la persona, il gruppo e le istituzioni*. Secondo il piano formativo il primo anno del corso era caratterizzato dalla presentazione dei modelli generali della Psicologia in relazione ai modelli che caratterizzano le scienze umane: sociologia, antropologia culturale. Nel secondo anno era previsto l'apprendimento di diversi "saper fare", mentre il terzo anno era caratterizzato dall'applicazione dei "saper fare" ai differenti contesti dell'intervento, fra cui quello del disagio adolescenziale.

I Laboratori sono stati introdotti dalla Riforma Universitaria varata nel 2000 ed entrata in vigore con l'anno accademico 2001/02 (il cosiddetto ordinamento 3+2)¹⁷. Riforma che aveva posto l'accento su una formazione universitaria professionalizzante.

Noi, insieme con gli altri docenti dei laboratori, ci siamo posti una domanda: "Come possiamo proporre una formazione professionalizzante quando nella professione dello psicologo vengono a cadere i due più importanti ancoraggi che orientano la prassi nella maggior parte delle condizioni professionali?". Ci riferiamo al mandato sociale, cioè all'utilità per la società di una specifica funzione lavorativa, e all'applicazione di una tecnica. Se non c'è mandato sociale, viene a cadere la scontatezza dei ruoli "professionista, detentore di sapere" e "cliente-profano, sprovvisto di tale sapere" e quindi la costruzione di una relazione quale erogazione di una risposta adeguata nei confronti della richiesta, risposta che implica dipendenza del cliente dal sapere del professionista. Insistere nel voler applicare tecniche "date" ridurrebbe l'operatività a un accumulo di dati fenomenici a cui non si è in grado di conferire un senso. La funzione professionale dello psicologo, infatti, non può essere orientata alla mera applicazione di una tecnica o di contenuti appresi ma è costantemente chiamata a interrogarsi sulle teorie della tecnica e sulle realtà sociali cui ancorare lo sviluppo della professione stessa. In altri termini, è necessario che la prassi psicologica, per essere efficace, istituisca un rapporto continuamente verificabile fra il referente teorico e il contesto in cui le teorie vengono calate (Carli, Grasso & Paniccia, *op. cit.*): "Il raccordo tra i due ambiti impone la delimitazione di una teoria della tecnica che sia in grado di dare senso e allo stesso tempo giustificare tale raccordo. Se in ambito formativo questo non si verifica, si proporrà non tanto un insieme di strumenti tecnici inadeguati o inefficaci, ma semplicemente dei non strumenti, tecniche non idonee a cogliere ciò che, attraverso di esse, si desidera approcciare. La situazione opposta è quella che pone l'accento sull'importanza del solo aspetto relazionale, avulso da qualsiasi dimensione di contestualità. In una formazione clinica e psicoterapeutica di tale tipo non c'è alcun riferimento alla tecnica. L'attività clinica, in questo caso, rischia di configurarsi unicamente come "arte": si prevede un processo di apprendimento che si affida prevalentemente alla risoluzione delle problematiche personali. "Tecnica" e "arte", formazione per diventare competenti a usare una tecnica o per vivere un'intensa esperienza emotiva mirata a risolvere problematiche personali, costruiscono due miti: quello della "piena padronanza della tecnica" e quello dello "psicoterapeuta perfettamente analizzato". La formazione psicologica può oscillare tra di essi e determinare un percorso formativo caratterizzato dall'appartenenza all'uno o all'altro mito" (p. 23).

Per costruire un percorso formativo in Psicologia orientato all'acquisizione e allo sviluppo di competenza è dunque necessario ridefinire la funzione professionale dello psicologo come capacità di attribuire significato alla relazione che il cliente chiede di istituire, contestualizzando il

¹⁷ La Riforma cita i Laboratori quali "dispositivi organizzativi specifici finalizzati, in integrazione e collegamento con le lezioni e i seminari, ad "assicurare la formazione culturale e professionale degli studenti" e "una adeguata padronanza di metodi e contenuti scientifici generali, nonché l'acquisizione di specifiche conoscenze professionali" (Decreto n. 509 del 3 novembre 1999).

mandato sociale nella relazione specifica e costruendo con il cliente le condizioni (setting, recupero della committenza) necessarie a rivisitare la modalità di relazione proposta, in funzione di un nuovo accomodamento al contesto. Tale percorso comporta un apprendimento che concerne teoria, pratica e capacità di utilizzare l'implicazione personale entro la relazione, quale strumento rilevante per orientare l'intervento psicologico clinico. Questa capacità può essere chiamata "pensare emozioni". Si tratta di una competenza metodologica: la capacità di riconoscere le emozioni evocate entro una specifica relazione e di utilizzare le emozioni stesse per costruire ipotesi sulla relazione, in stretta relazione con il contesto che le evoca. Questa competenza può essere costruita se la formazione è concepita come uno spazio di elaborazione dei significati che si strutturano nella specifica situazione di apprendimento, se è proposta in funzione delle problematiche presentate e vede l'accordo tra le parti (formatori, formandi) come risultato di un processo negoziale. In tale tipo di formazione è la stessa definizione del setting a essere lavoro e prodotto dell'intervento, in quanto con esso si istituisce una dimensione collusiva utile a leggere e ad argomentare la domanda formativa proposta che diventa così l'oggetto dell'intervento formativo medesimo (Carli, Grasso & Paniccia, *op. cit.*).

Secondo questa ipotesi la simbolizzazione emozionale collusiva della professione di psicologo clinico è l'elemento motivante l'apprendimento. Il modo in cui gli studenti rappresentano la relazione professionale e le modalità con le quali rappresentano e agiscono la relazione formativa sono in stretto rapporto; l'esperienza universitaria costituisce il contesto di relazioni dove le fantasie che fondano la rappresentazione della psicologia clinica vengono riprodotte e possono, se non confermate, essere modificate. Come scrivono Cordella, Latini & Pennella (2007) in quanto spazio deputato a coniugare formazione (acquisizione cioè di una specifica competenza clinica) e produzione (effettuazione di una analisi del rapporto istituito fra gli individui che richiedono una consulenza professionale allo psicologo ed il loro contesto) il lavoro degli studenti all'interno di un Laboratorio¹⁸ non può che includere e focalizzare anche la loro modalità di istituire e sviluppare una relazione con i docenti ed il gruppo classe in quello specifico contesto.

Il ruolo della formazione universitaria in psicologia: dalla lezione frontale al laboratorio

A partire dall'impostazione che abbiamo descritto nel paragrafo precedente la nostra proposta del Laboratorio si è declinata con il superamento della lezione frontale che promuove un clima individualistico e competitivo e non prevede che gli studenti svolgano un compito comune, a cui i singoli possano partecipare con contributi diversi e complementari. La lezione frontale, inoltre, è caratterizzata dalla verticalità della comunicazione e dalla conseguente passività dei destinatari. L'eccessiva dipendenza della lezione dalle competenze e dalla capacità comunicativa e carismatica del docente esplicita un modello didattico basato sull'idea dell'insegnamento come mero trasferimento della conoscenza dall'insegnante agli allievi, in una relazione asimmetrica. Infine, questo modello di lezione è espressione di una logica formativa che qualifica in termini applicativi il rapporto tra sapere scientifico e la sua utilizzazione. La logica "applicativa"

¹⁸ "Lo stesso nome del nostro ciclo di lezioni "Laboratorio", proveniente dal latino medievale *laboratorium*, derivante dal sostantivo *labor*, evoca immediatamente uno spazio preciso, un insieme di locali attrezzati per ricerche e sperimentazioni; il luogo specifico in cui si svolge una determinata attività, e in cui si trovano gli strumenti e gli apparecchi tecnici idonei a svolgerla. Sia nell'antichità classica che in epoca medievale, il termine era utilizzato per indicare una parte della bottega dove si produceva il prodotto per poi destinarlo alla vendita. Il laboratorio evocava la dimensione del fare e dell'unione fra processi produttivi e formativi, poiché sotto la guida di un maestro, allievi e garzoni si esercitavano per apprendere un mestiere. Fare e apprendere erano quindi strettamente connessi. Il termine dà anche l'idea di una successione di prove, di tentativi e sperimentazioni volti a produrre, a compiere un'impresa, un progetto; la derivazione da *labor* rafforza l'idea dell'affaccendarsi, dell'adoperarsi, con impegno e fatica, per compiere un'attività di carattere produttivo. Il verbo *laborare*, forse astratto da *labi*, cioè scivolare, cadere, indica l'atteggiamento di colui che s'incurva e vacilla sotto il peso del lavoro e che può quindi scivolare o finire a terra. Lo stesso termine richiama quindi l'esercitarsi nell'apprendere qualcosa, il mettersi alla prova per migliorarsi, anche correndo dei rischi, anche sbagliando" (Cordella, Latini & Pennella, *op. cit.*, p.161).

concepisce la costruzione scientifica delle conoscenze come processo separato e autonomo rispetto sia al loro apprendimento che alla loro utilizzazione. Ciò significa che le conoscenze scientifiche sono di per sé in grado di regolare il processo formativo e l'agire professionale. Ciò, come abbiamo più sopra sottolineato, non vale per la Psicologia. Nella formazione alla nostra professione ci pare che non sia sufficiente che i docenti segnalino agli studenti l'importanza per lo psicologo di pensare le proprie emozioni. Serve, a nostro parere, che questa competenza oltre a essere ricordata venga anche implementata entro la formazione d'aula.

Avendo presenti questi limiti della lezione frontale, la nostra proposta è stata radicalmente diversa. L'"aula", la relazione fra docente, collaboratori e studenti, nelle loro rispettive funzioni, è stata impostata e trattata come se fosse un caso clinico, cioè un cliente da sviluppare. Ciò ha voluto dire proporre agli studenti piuttosto che dei meri contenuti un metodo di lavoro: considerare l'ambiente-lezione come un setting che va costruito e gestito collettivamente, attraverso l'individuazione di un repertorio di principi interpretativi e progettuali e l'attivazione delle risorse del gruppo classe. E' in questo senso che abbiamo considerato le relazioni agite nel laboratorio come le "occasioni di lavoro" più immediate e prossime allo studente e quindi – almeno potenzialmente – più fruibili e analizzabili, in cui il passaggio gruppo/individuo/gruppo può promuovere e facilitare la circolarità della comunicazione tra i partecipanti senza cancellare le individualità. L'ipotesi da cui siamo partiti è che all'interno delle relazioni agite nel Laboratorio venissero riprodotte le simbolizzazioni collusive che organizzano la convivenza all'interno del più ampio contesto universitario ma anche alcune rappresentazioni che riguardano la convivenza fra tardo adolescenti e adulti nella famiglia e all'interno di altre realtà sociali. Agli studenti è stato esplicitato che l'adolescenza sarebbe stata proposta piuttosto che come una categoria da studiare, perché portatrice di un disagio, come un modo di stare nel contesto: quanto quelli che abbiamo proposto di chiamare aspetti adolescenziali vengono inconsapevolmente agiti dagli studenti? Quanto, invece, è possibile pensarli e integrarli con aspetti relativi all'essere psicologi in formazione?

La logica e gli assunti epistemici a cui abbiamo fatto cenno hanno orientato anche le modalità con cui abbiamo proposto e utilizzato nel Laboratorio i contenuti (spunti teorici, trascrizioni e resoconti di consulenze psicologico cliniche) messi a disposizione degli studenti. A differenza di quanto accade nella formazione tradizionale, i contenuti non sono stati considerati come "testo" da cui si parte e cui si arriva, in un percorso didattico fortemente circoscritto a essi, ma sono stati trattati come "pre-testi" per osservare, esplorare ed analizzare il processo che, a partire da ciò che si propone e dalla domanda di formazione espressa dagli studenti, si sviluppa tra le persone coinvolte nell'attività. La lezione è stata divisa in due momenti: nel primo la trattazione di alcune questioni relative al disagio adolescenziale era introdotta dai resoconti di alcuni studenti sulla/e lezione/i precedenti. Nel secondo momento il gruppo-classe organizzava e giocava un role playing¹⁹; vale a dire simulava una situazione immaginaria in cui lo psicologo si incontra con la domanda dell'adolescente, della sua famiglia o delle istituzioni in cui esso è inserito: ad esempio, la scuola. Resoconto e role-playing sono stati gli strumenti usati per rintracciare, trattare ed elaborare vissuti e riflessioni sulle diverse rappresentazioni dello psicologo, della sua funzione e dei suoi modelli d'intervento. Con il nostro lavoro nel Laboratorio, abbiamo cercato di guardare al giovane adulto non come individuo isolato ma collocato all'interno di un contesto formativo professionalizzante, dando spazio a quelle dimensioni gruppali e di colleganza che in letteratura sono carenti.

Questioni e problemi dell'aula (a. a. 2009-2010)

¹⁹ "Il role playing permette l'emergere delle fantasie degli studenti attraverso un testo analizzato e condivisibile da tutti. Esso consente di creare un testo che al tempo stesso è quello dei ruoli che vengono rappresentati e insieme è un testo del laboratorio, che parla di ciò che sta accadendo al suo interno. Un testo che parla di come i partecipanti si immaginano nella professione e di come simmetricamente si vedano nella formazione" (Dolcetti & Battisti, 2007, p. 228).

Abbiamo rintracciato alcune questioni emerse dal lavoro in aula che consentono di individuare due fasi del processo della lezione-intervento.

Prima fase: si istituisce la relazione e si conosce emozionalmente

a) Motivazioni

I lavori iniziano con la nostra proposta di esplorare le motivazioni a frequentare il Corso, proposto, nell'Ordine degli Studi, fra quelli a scelta dello studente. Vi è un lungo, imbarazzato, silenzio. Poi qualcuno spiega che sta scrivendo una tesi sull'uso delle nuove droghe in adolescenza e vorrebbe capire quel disagio giovanile che nei testi viene trattato in modo troppo superficiale; un altro studente, volontario in un'associazione che accoglie giovani extracomunitari, chiede nuove competenze; altri ancora, che lavorano come educatore in un istituto penitenziario, come compagno adulto in una coop e come insegnante nella scuola, spiegano che si interrogano quotidianamente "sul proprio operato con una categoria difficile". Ci sono anche studenti che sono mamme e papà di adolescenti e portano dubbi e difficoltà: "Mio figlio si svuota con me ... tira fuori di tutto ... faccio tanta fatica!". Ma la maggior parte dei partecipanti spiega di aver scelto il modulo, fra una serie di altre proposte, perché notoriamente ispirato dal modello dell'analisi della domanda elaborato dal prof. Carli, prestigioso presidente del Corso di laurea: "Carli, non si tocca!" esclama uno studente in risposta a un altro che avanza alcuni rilievi critici e un altro, ironicamente, aggiunge: "Noi compriamo anche l'olio Carli!".

Il professore e il modello d'intervento da lui elaborato, l'analisi della domanda, conosciuto e condiviso dalla maggior parte dei partecipanti, sono dunque evocati come dimensioni mitiche, garanzia dell'affidabilità e della buona qualità del Laboratorio che, come dice uno studente, "farà intendere il vero spirito della materia" e sono contrapposti alle lezioni di altri docenti, ritenuti inaffidabili: lezioni impregnate su materie che, come dice un'altro studente, "rimangono fini a se stesse e inutili per conseguire una professionalità". L'idea rassicurante di possedere un modello forte comporta una difficoltà a integrare le competenze apprese con la specificità delle domande portate allo psicologo dal cliente. In altre parole, l'illusione degli studenti, giunti al secondo semestre del terzo anno e dunque vicini alla laurea, di possedere già una competenza si accompagna alla pretesa di conseguire un apprendimento scisso dalla propria implicazione affettiva, e alla difficoltà di assumere una responsabilità nella costruzione della propria professionalità. Da qui una forte ambivalenza nell'utilizzare qualcosa che viene definito intoccabile, correndo il rischio di doverlo mettere in discussione. Si manifesta la difficoltà di passare dalla rappresentazione di una teoria della tecnica "posseduta" alla capacità di utilizzarla come metodo per orientarsi e leggere le relazioni, e da una fantasia di apprendimento magico alla fatica di calare le proprie competenze psicologiche, di volta in volta, in specifiche relazioni e contesti. Gli studenti sembrano alla ricerca di un cliente e di un contesto "dato". Emerge l'idea di un "dentro", noto e rassicurante, quello dell'appartenenza all'Università e a un modello condiviso, contrapposto a un "fuori" che spaventa, in quanto estraneo, e in cui si cercano di individuare "domande di intervento buone", come scrive uno studente, o addirittura, come scrive un altro, "un oggetto mansueto che può subire passivamente tutti gli attacchi da noi inferti; un cliente chiaro, consapevole, facile da trattare".

La rappresentazione di una competenza ideale da applicare in modo invariante a qualsiasi contesto si reifica, al momento di giocare i role playing, in fantasie di casi che non si possono trattare, in strutture in cui non si può lavorare, in richieste considerate impossibili: "Questo caso non è da psicologo"; "Il giovane cliente non aveva una domanda"; "Io non ci lavorerei con una famiglia così, mi stavano troppo antipatici: il ragazzo era una faccia da schiaffi, la madre un continuo lamento, il padre come se non ci fosse".

Quando il cliente è "impossibile", cioè, ad esempio, è reattivo e vitale ed entra attivamente e in modo imprevedibile nella relazione con lo psicologo, gli studenti sono sconcertati: "Nel role playing cercavo di sopravvivere in qualche modo, nella posizione scomoda in cui il cliente mi aveva messo, facendo domande, come se fossi non una psicologa ma un'intervistatrice"; "Mi sono sentito messo al muro dal cliente"; "Davo l'immagine di una psicologa scarica, un po' depressa"; "Ho percepito il cliente come nemico!"; "Mentre parlavo mi vedevo da fuori e mi criticavo da sola". In un role playing viene agito il ruolo di uno psicologo preoccupato, che ha

come obiettivo principale quello di riuscire a tenere il suo cliente. Alcuni studenti affermano di essere preoccupati perché pensano che “lo psicologo triennialista non sa fare nulla”, e per acquisire una tecnica bisogna aspettare di specializzarsi e poi diventare psicoterapeuti: “Lo psicoterapeuta va in profondità, lo psicologo rimane in superficie, può fare sostegno o compagnia a qualcuno che ha bisogno, può solo tamponare le ferite”.

Al mito di una tecnica infallibile sembra fare da contraltare una rappresentazione di totale impotenza: tuttavia, entrambe impediscono agli studenti di pensare il qui e ora della formazione, di mettere in campo le proprie competenze, spostandosi da un’ottica quantitativa - che vede aggiungersi un esame a un altro, una specializzazione a un’altra - verso un’ottica qualitativa che consenta di riflettere e ripensare alla propria domanda formativa in rapporto ad obiettivi professionalizzanti. Gli studenti spostano in avanti il problema della formazione: adesso sono qui per “prendere quel poco che dà l’università”.

Nell’aula si può così cominciare a costruire una relazione fra l’adolescente “fuori” (il cliente dello psicologo, concepito come diverso e pertanto minacciante l’assetto interno), e l’adolescente “dentro” la lezione (lo studente che vorrebbe permanere in uno stato di sicurezza emozionale, ma si incontra con i propri problemi di apprendimento). In questo modo, sarà possibile, come vedremo nella seconda fase del processo, riconoscere e reintroiettare ciò che era stato proiettato fuori.

b) Passività: dipendenza e contro dipendenza

Una seconda questione riguarda la passività dell’aula, cioè la difficoltà degli studenti ad assumere la funzione di committenti del Laboratorio. Ne sono indicatori i lunghi silenzi che, non raramente, si accompagnano a un chiacchiericcio di sottofondo fra coppie di studenti, il rifugiarsi nel prendere appunti quando parla il professore - “raccolgono briciole”, dice una studentessa - il ritardo con cui diverse persone entrano in aula e anche l’elevato turn-over: molti studenti infatti partecipano con discontinuità alle lezioni, con una modalità che sembra essere quella del “mordi e fuggi”. Addirittura, a volte, la stessa lezione viene abbandonata per partecipare ad un altro Corso, che, a differenza del nostro, prevede una frequenza obbligatoria. Notiamo anche che quando uno studente fa un intervento critico durante una lezione spesso manca a quella successiva, come se non riuscisse a gestire la tensione che si è attivata nella relazione con se stesso e con gli altri.

La sottolineatura di questi elementi da parte dei conduttori e l’ipotesi che essi sostanzino una “posizione adolescente” nei confronti della realtà suscita un interessante dibattito che si protrae per diverse lezioni. Un gruppetto di studenti sottolinea la mancanza di rispetto dei ritardatari rispetto al professore e agli altri allievi, mentre una parte più cospicua dell’aula sostiene che il ritardo non rappresenta affatto un problema: “Conosco Roma e so che il traffico e gli imprevisti continui sono cause di possibile ritardo: non occorre scendere nel profondo della coscienza e scomodare la psicologia”; “Non sono un adolescente, anzi! La sera lavoro in una pizzeria fino a tardi per mantenermi agli studi e per questo ho ritardato un po’: non mi sembra un peccato mortale!”; “Mi è sempre capitato che i professori arrivassero con forte ritardo rispetto all’orario previsto e allora mi sono adeguata per risparmiare energie!”.

Uno studente, ipotizza addirittura che l’inizio delle lezioni, previsto per le otto della mattina, rappresenti una crudeltà da parte dei conduttori, un modo per mettere gli allievi alla prova, testando la loro motivazione a partecipare al Laboratorio. Anche il silenzio, a detta di alcuni partecipanti, non rappresenta un indicatore significativo di come si sta costruendo la relazione nell’aula: “Il nostro silenzio non deve essere demonizzato. Non è passività. Non è detto che se uno sta zitto stacca i contatti con il resto del mondo. Certo, potrebbe essere una via di fuga, un rimanere nell’anonimato ma bisogna andare a vedere, non fermarsi qui”; “Ci serve trovare analogie fra noi e gli adolescenti? Ormai noi siamo fuori da quell’età!”.

Molti allievi si lamentano dell’organizzazione universitaria, del Corso degli studi, delle modalità previste per gli esami, che denotano il disinteresse della componente accademica e di quella amministrativa rispetto alle esigenze e ai problemi della componente studentesca. Qualcuno, infatti, afferma che rimane in silenzio perché cerca di capire che cosa il professore si aspetta da loro. Altri spiegano che con lo stesso spirito si recano talvolta a “visionare” i compiti degli esami scritti in cui hanno ottenuto un voto insufficiente. Emerge una tendenza a usare nei compiti le stesse parole scritte dal professore nel libro di testo consigliato perché ciò “*garantisce il*

passaggio dell'esame". Alcuni studenti spiegano che sono venuti "a vedere" come si svolge la lezione per decidere se partecipare o meno: i Corsi sono tanti e non si sa quale valga veramente la pena di essere frequentato. Un paio di studenti, con il consenso dell'aula, spiegano di sentirsi senza potere di fronte a professori che arrivano in ritardo o propongono lezioni troppo autoreferenziali: "Non possiamo fare nessuna critica perché sono loro che poi dovranno valutarci all'esame. Se li irritiamo, poi ce la faranno pagare!". Un ragazzo spiega che, parlando in aula, si corre il rischio di "sputtanarsi" di fronte a professore e collaboratrici, "professionisti competenti". Abbiamo così modo di rilevare e di condividere con gli studenti la presenza nel gruppo di fantasie persecutorie e depressive che vengono fronteggiate attraverso una cultura dell'adempimento e la strutturazione di una modalità adesiva in cui si imita il professore per comporre ogni possibile e temuto conflitto: non vi è spazio per contrattare con il gruppo e con i conduttori del Laboratorio gli obiettivi del Corso di lezioni. Sembra che gli studenti possiedano solo due categorie per leggere e controllare le relazioni in aula: da una parte quella della sottomissione ad un potere violento ("Ce la faranno pagare!"), oppure della complementare pretesa, che sostanzia una posizione controdipendente, che il professore faccia lezione senza disturbare lo studente invitandolo a svolgere una funzione attiva; dall'altra parte, viene frequentemente utilizzata la dimensione valutativa: il ritardo, ad esempio, è considerato come uno scarto rispetto ad un modello ideale di condivisione fra allievi e conduttori. La dimensione valutativa favorisce la costruzione di categorie per posizionare gli individui all'interno del gruppo: "i puntuali" e "i ritardatari"; "i rispettosi" e "gli irriverenti", "chi si espone e chi si difende", "chi scrive i resoconti e chi no". La dimensione valutativa sembra bloccare, almeno a un primo impatto, qualsiasi possibilità di confronto e scambio: l'altro non è percepito come un interlocutore in grado di proporre spunti e occasioni utili all'acquisizione di competenze ma come uno scrutatore da cui è necessario nascondersi e proteggersi. Non si pongono domande tese a chiarire il senso di quanto comunicato dal professore o dal collega studente: ci si limita a considerarlo un dato di fatto che qualifica l'altro senza tenere conto della relazione che si sta sviluppando nel e con il Laboratorio. Emerge una sostanziale difficoltà ad avviare un processo di conoscenza del rapporto individuo-contesto prendendo spunto da ciò che l'altro sembra chiedere al laboratorio.

La valutazione ci sembra svolgere un'importante funzione difensiva: consente infatti di circoscrivere ed esaurire l'altro in un giudizio preconstituito; di controllare, cioè, le potenzialità ansiogene evocate dalla sua diversità, immettendo quest'ultima in una sintetica e quanto mai superficiale etichetta. Ad esempio, nell'aula, attraverso una serie di scambi piuttosto conflittuali, emerge la contrapposizione tra il gruppetto degli studenti-adulti (genitori e insegnanti) e gli studenti-giovani adulti, che si rappresentano, reciprocamente, rispetto al potere esercitato dal sistema universitario, come portatori della protesta velleitaria oppure della conservazione compiacente. Allo stesso tempo, operando una scissione, gli studenti si riferiscono di continuo all'aspettativa che il gruppo sia unito e aconfittuale, che funzioni bene a priori e garantisca appartenenza e affiliazione. Si evoca, collusivamente, una posizione sdifferenziata, un patto tra pari. Gli studenti cercano in questo modo di uscire dalla penosa sensazione che l'"aula" sia solo la somma di tanti individui isolati e narcisisti che faticano a costruire un processo di condivisione degli obiettivi e delle strategie con cui conseguirli: ai silenzi, infatti, si alternano momenti di discussione senza fine, in cui ciascuno porta la sua opinione senza curarsi di quelle degli altri, "come se si fosse - dice uno studente - in un talk show". Ciascuno sembra impigliato in un'emozione idiosincratice a quella degli altri: è difficile sospendere l'agito e fermarsi a riflettere sulle questioni emerse per attribuirgli una funzione sociale, un senso che possa essere condiviso. Ci domandiamo se il mantenimento di queste dimensioni relazionali che sembrano derivate dalle precedenti esperienze scolastiche rappresenti un modo per aggirare la fatica di una proposta formativa che non prevede, come nella lezione ex cathedra, la presenza di un potere forte del docente-insegnante ma che è piuttosto caratterizzata da un continuo lavoro di costruzione di senso degli elementi che via via emergono nella relazione formativa stessa. Gli studenti, infatti, sembrano spiazzati - qualcuno afferma di sentirsi "come dentro un labirinto"²⁰: viene meno la

²⁰ Siamo abituati a considerare il labirinto come un luogo dove ci si perde ma, secondo i paleontologi, come ci ricorda Kern (1981), l'immagine originaria del labirinto era quella di un luogo in cui ci si perdeva e ci si ritrovava: ci si perdeva come bambini e ci si ritrovava come adulti. Il labirinto era quindi un luogo elettivo di rinascita psicologica che veniva proposto a cavallo della crisi puberale (arrivo del menarca e della capacità

possibilità di aderire e conformarsi ad un mondo adulto rassicurante, che sa cosa è giusto e cosa è sbagliato e che propone una tecnica da apprendere e utilizzare in modo invariante²¹. Si trovano confrontati, invece, con l'utilità di dare senso a ciò che accade nel qui e ora, senza avere certezze, ma riformulando e costruendo continuamente ipotesi di lettura della realtà vissuta nel contesto del Laboratorio. Si torna spesso, infatti, a parlare del ritardo e più in generale dell'uso del tempo all'università: il ritardo può solo essere giustificato e compreso, oppure etichettato come roba da maleducati? Quanto senso può avere lo stare sulle buone maniere, sulla precisione e il rispetto degli orari e quanto invece è possibile prendere un accordo, condividendo e prospettando regole del gioco utili al gruppo per poter lavorare? Dove si può ritrovare il giovane adulto passivo, o contro dipendente, che si sente controllato e vittima del sistema, e dove lo psicologo in formazione che prova a organizzare tempi e spazi per favorire il proprio percorso di apprendimento?

c) *Assenza di una dimensione "terza": narcisismo e de-contestualizzazione*

In questa prima fase del lavoro la difficoltà degli studenti di trovare un potere forte a cui conformarsi svela la presenza nel gruppo di una fragilità narcisistica: è difficile soggettivarsi, rappresentare il proprio funzionamento psichico e si ricorre frequentemente all'agito, alla realtà concreta. Allo stesso tempo, la vulnerabilità della stima di sé porta una profonda dipendenza dall'apprezzamento da parte degli altri. Gli studenti, con le loro pretese, sembrano proporre una condizione psichica di adolescenza illimitata, ove le difese narcisistiche suppliscono alle carenze di elaborazione psichica. Notiamo che il confronto che gli studenti attivano fra di loro e con noi sembra non poter fare riferimento a una dimensione "terza"²², cioè un oggetto di interesse comune che consenta di orientare e dare senso al confronto stesso. I ragazzi, infatti, agiscono le loro emozioni senza riuscire ad ancorarle all'oggetto del corso, cioè all'adolescenza e al disagio degli adolescenti. All'interno dei primi resoconti, il cui intento dichiarato è quello di rendere chiaro alle persone assenti durante le lezioni ciò che in esse avviene, compaiono parole come *fatica, sforzo, difficoltà nel riempire uno spazio bianco*: indizi rispetto all'ambivalenza che i ragazzi vivono nella relazione fra di loro e con i conduttori, nella difficoltà di individuare e perseguire obiettivi comuni. Inizialmente, i resoconti sono usati come una sorta di diario personale che serve a sfogarsi, cioè a evacuare le proprie emozioni. La difficoltà di individuare delle categorie psicologico-cliniche per dare senso a quanto è successo e di fare una scelta fra un evento e un altro, fra un'interpretazione e un'altra, motiva gli studenti a scrivere tutto quello che è successo, cioè a descrivere dei fatti; oppure a decontestualizzare, cioè a presentare contributi fantastici, che sono del tutto sganciati da ciò che è avvenuto nell'aula. Decontestualizzare ciò che emerge e generalizzare le tematiche trattate all'interno del Laboratorio ci sembrano indizi della difficoltà di integrare aspetti che vengono scissi: l'adolescenza come modo di stare in un contesto e l'adolescenza come fase attraversata da cambiamenti corporei e psicologici (processo evolutivo); ma anche il modello dell'analisi della domanda e gli specifici contesti organizzativi che vengono rappresentati come non adatti alla sua applicazione.

In questa prima fase del processo i resoconti utilizzano un linguaggio, un gergo, poco comprensibile agli assenti e sono ricchi di opinioni personali e di generalizzazioni che evocano, nostalgicamente, i miti delle teorie forti (Bion, Winnicott, Carli, etc.) e, depressivamente, i problemi della società. Gli studenti stessi paragonano i resoconti a uno *scritto poetico*, oppure a un *discorso politico che evidenzia una mission ideologica*, o anche a un *trailer con super effetti*. Inoltre, i resoconti sembrano diventare il pretesto per legittimare i tentativi di giudizio del comportamento altrui; allo stesso tempo, in modo complementare, chi ascolta esprime valutazioni

erettiva) a ragazze e ragazzi per aiutarli a ridefinirsi e a ricollocarsi nella gerarchia sociale, a ri/identificarsi come adulti.

²¹ Ci sembra non casuale che nell'ultimo, commovente, role playing gli studenti mettano in scena una ragazza che ha appena perso il padre. Il gruppo vive un'intensa emozione che ci pare connessa alla necessità di elaborare il lutto per la perdita della posizione passiva di studente e del professore idealizzato.

²² Con dimensione "terza", intendiamo una dimensione esterna ed estranea alla relazione collusiva fondata sulla condivisione di emozioni: ad esempio, l'apprendimento come obiettivo della relazione fra studenti e conduttori del Corso. Quando la "cosa terza" viene "vista" dagli attori sociali coinvolti nella relazione può essere utilizzata per verificare gli esiti, più o meno produttivi, della stessa relazione entro il contesto organizzativo.

su quanto viene scritto. Nei primi resoconti vengono messe in atto dinamiche aggressive nei confronti della situazione di passività che investe gli studenti durante la lezione, nonché dinamiche competitive nei confronti del docente e delle collaboratrici. E vengono esplicitate emozioni controllanti nei confronti del corretto svolgimento della lezione. Gli studenti provocano i conduttori, si giustificano, oppure tornano a valorizzare il potere della tecnica: “Io che mi sono sempre limitata ad ascoltare e osservare non credo di aver perso nulla, mi sono sentita ugualmente coinvolta e mi sento comunque arricchita”; “Il fatto di non parlare non è un non volersi implicare: ognuno sceglie di stare nella relazione con un resoconto, o partecipando al role playing, o con il silenzio”; “Alla fine delle lezioni è presente una verifica ed in qualsiasi forma essa si presenti verrà valutata da qualcuno come idonea o non idonea, giusta o sbagliata”; “Se il modello dell’analisi della domanda dice che non esistono pazienti “dati” come si fa a lavorare con una paziente anoressica o bulimica?”; “Chiamare il corso “Laboratorio sul disagio adolescenziale” non è in contraddizione con il modello proposto? Non si poteva semplicemente chiamarlo “Laboratorio sul disagio?”; “Ma qui facciamo lezione o psicoterapia?”; “Se noi non siamo gli studenti ideali, allora cambiate qualcosa!”.

Sono provocate anche le collaboratrici del professore chiamate a volte dottoresse, altre volte tirocinanti e, persino, vallette. Gli studenti dicono di non essere d’accordo con i loro interventi (“Voi avete in mente qualcosa e cercate ciò che conferma le vostre ipotesi!”), e portano la fantasia che siano le dottoresse, e non loro, a giocare il role playing per dimostrare come si fa a essere bravi psicologi. Gli studenti sembrano usare la giovane età delle collaboratrici per non trattare la questione delle loro funzioni. Ipotizziamo, cioè, che le collaboratrici del professore siano provocate perché rappresentano una posizione formativa intermedia fra i giovani studenti del Laboratorio, passivi e scoraggiati, e il professore, adulto idealizzato e “intoccabile”. Le dottoresse, quindi, sono minaccianti perché propongono una rappresentazione nuova ed estranea del mondo giovanile, un modo di essere giovane che non è necessariamente svuotato di ogni competenza e risorsa, né è mancante di prospettive. L’incontro con le dottoresse mette in allarme gli studenti perché prospettarsi la possibilità di essere competenti e riconoscersi risorse significa lavorare per svilupparle. E rinunciare a delegare agli adulti la funzione, magica, di farti crescere.

Tuttavia, la stesura dei resoconti introduce un fare che nella formazione universitaria dello psicologo, di solito, rimane in sospeso e facilita la costruzione di un contenitore che raccolga le proprie emozioni, pensieri e fantasie. Gli studenti, infatti, cominciano a riconoscersi come soggetti narranti/pensanti e a parlare di Sé e del proprio Sé: “Io ho provato, ho sperimentato questo e quest’altro”. Il resoconto è anche un oggetto culturale: un medium, allo stesso tempo reale e simbolico, che raccoglie investimenti comuni e che è attraversato da una tensione fra il soggettivo e l’oggettivo. Infatti, gli studenti cominciano a sviluppare la consapevolezza che le emozioni a cui stanno dando parole possono essere messe in connessione con l’esperienza che stanno facendo in aula e possono dunque essere utilizzate come organizzatori dell’esperienza stessa. Il più delle volte questo non riguarda ancora la relazione gruppale ma quella, duale, fra studente e docente, che può essere più facilmente individuata attraverso le esperienze–modello dei precedenti ordini scolastici.

In questa prima fase, in altre parole, la funzione è quella di costruire conoscenza sul funzionamento dei singoli in rapporto al gruppo. La fantasia di possedere un modello psicologico d’intervento “forte” riemergerà a più riprese nel corso delle prime lezioni come difficoltà di contestualizzare quanto va emergendo in aula, per esempio durante i role playing. La difficoltà sembra essere quella di utilizzare gli indizi che emergono nel discorso del cliente per mettersi in gioco: gli studenti intervengono troppo, senza lasciare spazio ai discorsi del cliente, oppure rimangono troppo silenziosi, come assenti. Nei commenti all’andamento delle simulate parlano di “modelli da applicare”, di “concetti masticati e non ancora digeriti”, della “paura di colludere con il cliente”, e di “farsi travolgere dalle emozioni”. Sembrano in difficoltà nell’individuare una distanza dal cliente che consenta di sperimentare uno scambio: si coinvolgono troppo, dando per scontati significati che ancora non sono stati esplicitati nella relazione, rapportandosi ad un “oggetto soggettivo”; oppure rimangono fuori dall’*hic et nunc* della relazione ancorandosi a qualcosa di esterno all’esperienza attuale (la teoria, le opinioni personali, il credo); dimensioni che vengono nuovamente evocate come mito che svolge una funzione valutativa di se stessi e dell’altro. In questo modo le emozioni vissute non possono essere utilizzate come strumenti per comprendere

quanto va accadendo. Uno studente dice di essersi sentito nel role playing “come un maestrino con la bacchetta”; un altro, “un paladino della giustizia che cercava di proteggere l’adolescente dall’intervento autoritario dei genitori e di trovare soluzioni dove nessuno può”; un terzo, come un vigile che doveva separare i contendenti, proponendo al figlio e ai genitori colloqui distinti”.

Nel role playing il ruolo dello psicologo è quello più temuto: non è un caso se c’è sempre difficoltà a individuare un volontario che lo interpreti. Tuttavia, se da un lato sembra emergere la rappresentazione di uno psicologo che elude la relazione con i propri clienti facendo riferimento a una tecnica “data”, dall’altro, parallelamente alla capacità di riflettere sulle relazioni che organizzano l’esperienza degli studenti all’interno del Laboratorio, si sviluppa la possibilità di pensare alle relazioni che “legano” lo psicologo ai contesti di intervento e ai clienti che a questi contesti afferiscono.

d) Rappresentazioni dell’adolescenza

In questa prima fase del processo gli studenti condividono l’utilità di pensare a certi aspetti contestuali (gestione del tempo, agiti durante il role playing) ma non quella di riportarli alla categoria adolescente. Sembra che l’adolescenza sia una categoria da cui è necessario difendersi. Questa fase del ciclo vitale è rappresentata, infatti, come un momento triste e negativo dell’esistenza e viene svalutata nel confronto con un mondo adulto sentito come ideale, lontano e irraggiungibile: “Gli adolescenti di oggi sono più consumisti e incapaci di quanto eravamo noi alla loro età e noi eravamo già peggio di quello che erano da adolescenti i nostri genitori!”; “Da un po’ di tempo ho cominciato a mostrare incomprensione verso alcuni atteggiamenti degli adolescenti e percepisco una grande distanza: mi sembrano superficiali e molto incoerenti”; “Sono impulsivi, portati allo scontro, depressi, non sanno dove collocarsi, la loro difficoltà è quella di passare dall’emozione al pensiero, agiscono emozioni”. Per altri, invece, l’adolescenza rappresenta: “semplicemente un adattamento dell’individuo alle regole della società, al conformismo. L’adolescente deve adattarsi al gruppo maggioritario se non vuole essere fatto fuori”. Il criterio usato per definire l’adulto sembra essere la dipendenza o l’indipendenza dai genitori. Si pensa a un’indipendenza concreta: Si vive fuori di casa? Ci si mantiene da soli? “Per i fuori sede - dice uno studente - diventare adulto è più facile!”.

I ragazzi citano le statistiche secondo cui un grande numero di giovani adulti ancora vivono con i genitori e parlano di fattori economici e politici di fronte ai quali si vivono rassegnati: “Ci sono pochi soldi, è difficile trovare lavoro, è inutile persino studiare perché oggi vanno avanti solo i figli di papà e i raccomandati”. Solo uno dei partecipanti parla di una caratteristica psicologica specifica dell’adulto: “il raggiungimento di un equilibrio”.

Sottolineiamo, ancora una volta, la difficoltà che gli studenti hanno a stare in contatto con le proprie emozioni, a implicarsi nel lavoro di gruppo. Una studentessa evoca allora vissuti più personali: “A casa mi sento sempre la più piccola, i miei genitori mi fanno venire l’ansia dicendo che adesso siamo noi giovani a dover costruire una società che è tutta da rifare, mi proiettano così in un dopo, in un futuro che mi spaventa: non si sa cosa ci aspetta”. Il gruppo inizia discorsi sull’essere attivi politicamente, sui ricordi relativi al primo voto dei 18 anni, vissuto come più o meno implicante. Una studentessa-insegnante parla del suo impegno per aiutare i suoi studenti a farcela da soli. L’indipendenza, sembra dire, è un processo da costruire, non uno status da acquisire.

Il resoconto di uno studente che propone l’obiettivo comune di “imparare a vedere gli aspetti adolescenziali che attraversano il gruppo” viene vissuto dai partecipanti al Laboratorio come un importante passo avanti. Un altro studente parla della loro pretesa che qualunque cosa facciano vada bene e la definisce “un retaggio del periodo adolescenziale in cui le cose non hanno un gran senso per se stessi e si fanno perché si devono fare, o magari non si fanno; non c’è la considerazione dei costi delle proprie azioni e la motivazione personale è ancora piuttosto confusa. Un periodo in cui la domanda di realtà è come lasciata in secondo piano. Ed allora non si vede oltre l’esame da sostenere”. Un terzo si chiede: “Il mio essere ancora adolescente è solo un fardello o è una risorsa per trattare clienti adolescenti come psicologo?”.

Si discute della funzione del linguaggio (il gergo degli adolescenti ma anche la terminologia usata dai medici, dagli infermieri e dagli psicologi) che permette di creare appartenenza e riconoscersi in un gruppo accorciando i tempi di un’esplorazione dell’estraneità. Al linguaggio dei medici, specialistico e poco accessibile ai profani, che conferisce potere, gli studenti contrappongono

quello, più comprensibile, degli psicologi, che però, a loro parere, contribuisce a rappresentare la professione come debole e perdente sul piano del prestigio sociale.

Seconda fase: la relazione comincia a essere analizzata attraverso il pensiero asimmetrico-logico-dividente: si ri-conoscono se stesso e gli altri.

L'analisi critica delle fantasie illusorie di possedere modelli forti e riferimenti "intoccabili" che consentono di dominare la realtà ha permesso al gruppo degli studenti di deludersi, incontrandosi con i propri limiti ma anche con le proprie risorse. Il conflitto fra vecchie e nuove immagini di Sé ha consentito di elaborare le fantasie di un'adolescenza eterna e di slegare e rilegare gli investimenti psichici. In questa seconda fase, infatti, il gruppo si muove più decisamente dagli assunti di base al gruppo di lavoro orientandosi verso l'utilizzo professionale di quello che sta accadendo nella relazione fra sé e le altre persone che partecipano al contesto. I resoconti si ancorano maggiormente ai dati di realtà e vi è una graduale emergenza del "noi" e di una posizione di ruolo: compaiono dati sul contesto gruppale, le funzioni e gli obiettivi: chi sei tu qui? e cosa vuoi? che cultura stiamo esprimendo insieme? quali sono i vissuti che emergono e cosa rappresentano? quali le funzioni? Una studentessa, ad esempio, propone un parallelo tra la classe rappresentata in un role playing e la loro: "Ci sentiamo un gruppo, un insieme di persone che con il professore e le collaboratrici costruiscono una competenza? Oppure individui disgiunti, che pretendono di avere già delle competenze ed evitano di confrontarsi con i problemi che emergono?". Un altro studente scrive che, entrando in aula, "*lascia Morfeo fuori dalla porta*". Il gruppo lo tratta come un indicatore di una loro maggiore disponibilità a esserci, a diventare committenti del processo formativo, e ad abbandonare la posizione di studente passivo che delega a chi sta in cattedra il potere di trasmettergli sapere e competenza. Infine, vi è un uso più esplicito di categorie psicologico cliniche per dare senso all'esperienza emozionale che si va facendo nell'aula: "Il ritardo è una maniera per tirarsi fuori dal gruppo classe nella speranza di arrivare quando gli altri membri sono già dentro, impegnati in una relazione"; "Forse avevo scelto di stare fuori perché dall'esterno si vede meglio, forse perché stare fuori mi dava la sensazione di stare sopra e quindi di avere un maggiore controllo della situazione"; "L'idea è che quando si sta fuori dal role playing, seduti al proprio posto, sia facile vedere; mentre quando ci si trova dentro, e cioè seduti sulla sedia che scotta, implicati, emozionati, si sia ciechi davanti ad alcune dinamiche che anche se ci vengono spiattellate dal cliente non vengono colte. Le emozioni sono vissute come ostacolo anziché come risorse o indicatori di come un cliente si pone nel rapporto con noi e con gli altri"; "L'essermi fermata a pensare al fastidio che provavo quanto entravo in ritardo mi ha dato modo di capire che non mi davo ancora la possibilità di partecipare pienamente ai lavori".

La dimensione valutativa può essere vista criticamente: "Non esiste un role playing giusto e uno sbagliato, dicotomia questa con cui sono stata abituata a confrontarmi nella mia formazione pre-universitaria e con la quale mi ritrovo a scontrarmi continuamente nella vita quotidiana". E il gruppo può contestualizzare ciò che emerge nell'aula: "Prima il resoconto era come un compito per casa, un adempimento. Da qui la difficoltà di trovargli un'utilità, una funzione; si manifestavano antipatie e ci si confrontava talvolta con la sua assenza. Ora un'evoluzione la si è sperimentata: il resoconto ha acquisito una funzione di restituzione, di ri-narrazione dell'esperienza per dargli senso"; "Ho riflettuto sul significato del resoconto e sulle sue finalità; e mentre una di queste è il mettermi in relazione con un interlocutore l'altra è quella di rendermi conto, di sviluppare un pensiero sull'esperienza emozionale vissuta, pensiero che non sarebbe stato possibile se non mi fossi implicata emozionalmente e quindi se non avessi provato un po' di confusione". Il gruppo sembra anche riconoscere che il cambiamento dallo stato adolescenziale a quello adulto non è dato, cioè raggiunto una volta per tutte, ma avviene attraverso un processo non lineare: "Non saprei specificare adesso quando si può dire che uno è adulto; mi viene da pensare che uno magari può non smettere di essere adolescente seppur crescendo". "Sentivo l'adolescenza come una fase ormai lontana ed esterna, come altro da me, e ora mi ritrovo a scrivere come l'idealizzazione, la pretesa, la confusione siano aspetti che vivono ancora in me"; "Ora penso al nostro percorso all'interno del Laboratorio in parallelo al processo di separazione-individuazione e ai vari compiti evolutivi dall'adolescenza in poi; "Mi sono trovata spiazzata di fronte al caso proposto perché non faceva parte delle rappresentazioni che avevo in mente"; "Non

posso più permettermi di giocare a fare la psicologa, di aspettare di attivare un pensiero sulla mia professionalizzazione”; “Mi ritrovo a fare i conti con una fase adolescenziale del mio pensare la formazione”; “Il Laboratorio è stato un evento critico nella mia formazione che mi ha permesso di vedere meglio il contesto in cui sono inserita”.

Ma, soprattutto, vi è una progressiva integrazione del cliente “esterno” nella formazione universitaria. L’incontro con il cliente, cioè, non è più vissuto con impotenza e frustrazione ma con interesse per i problemi che pone allo psicologo. Pensiamo che questo importante cambiamento sia dovuto al fatto che attraverso l’esperienza di resocontare e di “giocare” e analizzare il role playing gli studenti abbiano cominciato ad evocare il loro cliente (il “cliente del cliente”), cioè abbiano ridimensionato la fantasia di essere loro gli unici clienti in campo e, parallelamente, quella eccessiva concentrazione su di sé e sul proprio operato che non consentiva loro di vedere l’interlocutore. Ciò consente di muoversi da una dimensione di relazione organizzata dal possesso verso una dimensione di scambio, e dal narcisismo verso l’oggettività.

Conclusioni

Il lavoro svolto ha aiutato gli studenti a fare il lutto con le illusioni dell’adolescenza, ancora in parte informate da quelle infantili, ad apprendere la capacità di negoziare il conflitto, sia interno che esterno e a fare un deciso passo avanti verso il conseguimento di uno stato adulto. Noi li abbiamo continuamente invitati a esplorare e ridiscutere i loro assetti difensivi e abbiamo promosso e facilitato nuove rappresentazioni del Sé sul loro funzionamento psicologico; al contempo abbiamo cercato di sostenere lo sviluppo di una motivazione alla riuscita professionale e all’individuazione di risorse entro il contesto di relazione universitario. La nostra rinuncia alla posizione ex-cathedra ha consentito agli studenti di esprimere e di analizzare un transfert nei confronti di professore e collaboratrici che potremmo chiamare istituzionale, perché comprensivo di diverse fantasie relative alla relazione con l’università.

Gli studenti, come abbiamo avuto modo di descrivere, hanno agito manovre di dipendenza, attacco-fuga e accoppiamento compiacente, sottese da vissuti schizoparanoici nei confronti del contesto universitario ma anche del ruolo dello psicologo e della sua clientela, rappresentati come insidiosi e inaffidabili. Controtransferalmente abbiamo percepito la fatica di confrontarci con la tendenza degli studenti ad agire le proprie emozioni piuttosto che a pensarle: i lunghi silenzi dell’aula, libere associazioni che sembravano sconnesse le une dalle altre, oppure intrecciate in modo confuso e apparentemente illeggibile, gli sfoghi dei singoli che mettevano in piazza apertamente i loro problemi personali, cercando di convocarci sul piano dell’interpretazione individuale²³ sono stati considerati indicatori di un oggetto in stato di tensione e quindi sfuggente e imprevedibile. Abbiamo anche sostenuto la fatica di sostenere attacchi da parte degli studenti che in alcuni momenti hanno creato un’atmosfera pesante, da cui sembrava non si potesse uscire; ma anche quella di non aderire al tentativo degli studenti di proteggersi, e proteggerci, dall’irruzione di elementi aggressivi sentiti come ingestibili e distruttivi: come quando ci hanno detto, in un simbolico gesto di pacificazione, che noi non eravamo come gli altri professori perché arrivavamo in orario, eravamo disposti ad accogliere e discutere le critiche e dicevamo cose interessanti. Sul piano controtransferale abbiamo sperimentato e fatto fronte alla tendenza a colludere con gli studenti nella critica al sistema universitario della nostra Facoltà, che offriva realmente, sia a loro che a noi, condizioni ambientali caotiche e contraddittorie.

Lo sforzo di far uscire gli studenti dalla passività e dal conformismo per pensare le emozioni piuttosto che agirle è stato condiviso con i docenti degli altri laboratori del Corso di laurea. Pensiamo che la maggiore capacità dei nostri studenti di collaborare fra loro nel perseguimento dei loro obiettivi professionali sia stata acquisita anche sperimentando, per così dire in presa

²³ Una delle difficoltà delle ‘lezioni emozionate’ riguarda il ‘dosaggio’ delle interpretazioni che devono essere sempre rivolte al gruppo e all’individuo come parte di un gruppo. A nostro parere, la tendenza dei singoli a esplicitare i propri problemi personali in maniera scissa rispetto a quello che sta vivendo l’aula non va incoraggiata: non solo perché il setting è diverso da quello della psicoterapia propriamente detta ma anche perché queste irruzioni emozionali rappresentano una sorta di ritorno al narcisismo con cui lo studente evita di confrontarsi con i problemi della relazione con il contesto di riferimento e quindi con la necessità di decentrarsi e di collaborare con i conduttori e il gruppo dei pari. .

diretta, la nostra posizione di forte coerenza con un progetto promosso, sostenuto e condiviso dal presidente e dagli altri docenti del Corso di laurea. In altre parole, il nostro 'corpo a corpo' con gli studenti è stato possibile perché continuamente trapiantato da una posizione 'terza', discussa e condivisa con i nostri colleghi.

Possiamo concludere dicendo che abbiamo cercato di rendere il Laboratorio un "sito analitico allargato", che Donnet (1985) definisce come un luogo occupato da un insediamento umano, che fornisce le risorse locali necessarie alla vita quotidiana e al suo miglioramento. Un luogo in cui, come spiega Monniello (2004), che riprende e sviluppa il concetto dell'autore francese, "si creano le condizioni per un incontro fra l'adolescente in cerca di soggettivazione e la geografia di un luogo istituzionale che ha la sua storia e i suoi abitanti...il cui controtransfert, ma forse sarebbe più esatto dire transfert, può essere reso funzionale ai possibili movimenti transferali del singolo adolescente".

Bibliografia

- Alleon, A.M., Lebovici, S., & Morvan, O. (1985). *Adolescence terminée, adolescence interminable*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Augè, M. (2006). Intervista. Retrieved from www.griseldaonline.it/percorsi/auge.htm
- Bignamini, S., & Comazzi, D. (2004). La fine dell'adolescenza e il giovane adulto. In A. Maggiolini, G. Pietropolli Charmet (Eds.), *Manuale di psicologia dell'adolescenza*, 203-215. Milano: FrancoAngeli.
- Blos, P. (1962 - 1971). *L'adolescenza: Un'interpretazione psicoanalitica*. Milano: Franco Angeli.
- Blos, P. (1976). When and how does adolescence end?: Structural criteria for adolescent closure. *J. Phila. Assn. Psychoanal.*, 3.
- Blos, P. (1979- 1988). *L'adolescenza come fase di transizione*. Roma: Armando.
- Cahn, R. (1998 - 2000) *L'adolescente nella psicoanalisi: L'avventura della soggettivazione*. Roma: Borla.
- Carbone, P. (1998). L'incidente in adolescenza: Una ricerca intervento. In E. Masina, & G. Montinari, (Eds.), *Parlare con gli adolescenti*. (pp.99-104). Roma: Risco.
- Carbone, P. (2003). *Le ali di Icaro: Rischi e incidenti in adolescenza*. Torino: Boringhieri.
- Carbone, P. (2004). Giovani, adulti e rischio: Punti di vista a confronto. *Quaderni Osservatorio Nazionale sui Giovani e l'Alcool*, 16, (57-167).Tivoli: Risa.
- Carbone, P. (2005). *Adolescenze*. Roma: Magi.
- Carbone, P. (2007). Linee d'ombra: Il giovane adulto nella metafora del grande viaggio. *Adolescenza e Psicoanalisi*, 2, 17-28.
- Carbone, P., Masina, E., Petruccioli, L., & Rovai, M. (2000). Young People and Risk in Italy. In E. Tempesta (Ed.), *Monitoring Risk in Young people (Quaderni dell'Osservatorio Nazionale sui Giovani e l'Alcool*, 13, 57-211). Tivoli: Risa.
- Carli, R., Grasso, M., & Paniccia, R.M. (2007). *La formazione alla psicologia clinica: Pensare emozioni*. Milano: FrancoAngeli.
- Copley, B. (1993- 1996). *Il mondo dell'adolescenza*. Roma: Astrolabio.
- Cordella, B., Latini, C., & Pennella, A.R. (2007). Il processo formativo come prassi psicologico clinica: Il laboratorio di analisi della domanda. In R. Carli, M. Grasso, R.M. Paniccia (Eds.) *La formazione alla psicologia clinica* (pp.160-185). Milano: FrancoAngeli.

- Dolcetti, F.R., & Battisti, N. (2007). Pensare le emozioni attraverso il testo. In R. Carli, M. Grasso, & R.M. Paniccia (Eds.), *La formazione alla psicologia clinica: Pensare emozioni* (pp. 211-236). Milano: FrancoAngeli.
- Donnet, J.L. (1985). Le site analytique et la situation analysante. In *Le divan bien temperé*. Paris: Dunod.
- Erikson, E. (1968). *Gioventù e crisi di identità*. Roma: Armando.
- Ferraro, F., & Petrelli, D. (2000). *Tra desiderio e progetto: Counseling all'università in una prospettiva psicoanalitica*. Milano: FrancoAngeli.
- Fountain, G. (1961). Adolescent into adult: An inquiry. *J. Americ. Psychoanal. Assn.*, 9.
- Gutton, P. (1995). Entre pubertaire et idéologie: L'adolescent autrement. *Adolescence*, 26.
- Greenspan, S.I., & Pollock, G.H. (Eds.). (1991- 1997). *Adolescenza*. Roma: Borla.
- Guillamin, J. (2001). *Adolescence et désenchantement: L'esprit du temps*. Bordeaux: Le Bouscat.
- Hauser, S.T., & Greene, W.M. (1991- 1997). Il passaggio dalla tarda adolescenza alla prima età adulta. In, S. I. Greenspan & G. H. Pollock (Eds.), *Adolescenza* (pp. 419-453). Roma: Borla.
- Havighurst, R.J. (1953). *Human Development and Education*. London: Longmans, Green.
- Iaccarino, B., & Cocciante, S. (2002, 7-8 giugno). Alcuni nodi critici nel lavoro di Counselling Universitario: L'esperienza del Centro di Ascolto Psicologico dell'Università 'Roma Tre'. (Presentata al convegno *Ridefinirsi nell'esperienza: lo psicologo clinico nel counseling con studenti universitari*). Retrieved from: host.uniroma3.it/uffici/ascolto/page.php?page=Archivio
- Keniston, K. (1970). *Youth ad a stage of life. Human Life Cycle*. W. Sze, New York: Aronson.
- Kern, H. (1981). *Labirinti: Forme e interpretazioni: 5000 anni di presenza di un archetipo*. Milano: Feltrinelli.
- Khon, M.L. (1980). *Job complexity and adult personality*. In Themes of love and work in Adulthood. N.J. Smelser & E.H. Erikson Cambridge: Harvard University Press.
- Maggiolini, A., & Pietropolli Charmet, G. (Eds.). (2004). *Manuale di Psicologia dell'Adolescenza: Compiti e conflitti*. Milano: Franco Angeli.
- Masina, E. (2006). *Laboratorio sul disagio dell'adolescenza: Appunti di lavoro*. Roma: Kappa.
- Monniello, G. (2007). Psicoanalisi e giovane adulto. *Adolescenza e Psicoanalisi*, 2, 9-13.
- Monniello, G. (2004). Azioni terapeutiche nella psicoterapia psicoanalitica con gli adolescenti nelle istituzioni. *Adolescenza e Psicoanalisi*, 2, Retrieved from: <http://www.psychomedia.it/aep/2004/numero-2/monniello.htm>
- Novelletto, A. (1997). *Alunni e insegnanti: Potenzialità a confronto*. Manoscritto inedito.
- Novelletto, A. (2009a). Il giovane adulto. In P. Carbone, C. Lucantoni, G. Monniello, & G. Montinari (Eds.). *L'Adolescente* (pp.293-336). Roma: Astrolabio.
- Novelletto, A. (2009b). Sé, soggetto, soggettivazione. In *L'Adolescente* (pp. 9-64). Roma: Astrolabio.
- Paniccia, R.M., Giovagnoli, F., Giuliano, S., Terenzi, V., Bonavita, V., & Bucci F., et al. (2009). Cultura locale e soddisfazione degli studenti di psicologia: Una indagine sul corso di laurea "Intervento clinico" alla Facoltà di Psicologia 1 dell'Università di Roma "La Sapienza". *Rivista di Psicologia Clinica*, supplemento al n.1, 1-49.
- Piaget, J. (1977). The growth of logical thinking from childhood to adolescence. In H. E. Gruber & J.J. Voneche, (Eds.), *The essential Piaget: An interpretative reference and Guide*. New York: Basic Books.

Pietropoli Charmet, G. (2000). *I nuovi adolescenti*. Milano: Cortina.

Ritvo, S. (1971). Late adolescence: developmental and clinical considerations. *Psychoanal. Study Child*, 26.

Salvatore, S. (2006). Modelli della conoscenza e agire psicologico. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2/3, 121-134.

Staples, H.D., & Smarr, E.R. (1991). Un ponte verso l'età adulta: Fra i diciotto e i ventitre anni. In S. I. Greenspan, & e G. H. Pollock (Eds.), *Adolescenza* (pp.454-485). Roma: Borla, 1997.

Valerio, P. (2009). *C.C.P.S.U. Centro di Consultazione Psicologica per Studenti Universitari*, Retrieved from: www.crui.it/HomePage.aspx?ref=1822#

White, R.W. (1952). *Lives in progress: A study of the natural growth of personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Winnicott, D.W. (1983). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando.

L'affascinante illusione del possedere, l'obbligo rituale dello scambiare, la difficile arte del condividere

di Renzo Carli*

Abstract

Si ripercorrono le nozioni di possesso e scambio. Caratteristica definitoria del possesso, impossibile, è la distruzione dell'oggetto posseduto. Si guarda allo scambio nell'ottica antropologica del dono, analizzando in un'ottica psicologico clinica la proposta di Marcel Mauss. Alle due nozioni si aggiunge quella di condivisione, quale convergenza della relazione sulla cosa terza che catalizza l'interesse dei protagonisti della relazione stessa.

Parole chiave: Possedere; Scambiare; Dono; Alterità

Premessa

Lucio D'Ambra, *nom de plume* di Renato Eduardo Manganella (scrittore vissuto a cavallo tra ottocento e novecento) scrisse una "trilogia della vita in due"; i titoli dei tre libri, nella mia infanzia, colpirono la mia immaginazione, mi sembravano tra i più interessanti della biblioteca di mio padre: *Il mestiere di marito; La professione di moglie; L'arte di essere amanti*. Mi colpiva la progressione di una sequenza ove mestiere, professione e arte stavano ad indicare tre modi diversi di interpretare la vita in due. Non ho mai letto quei libri; mi affascinavano quei titoli, il nome dell'autore che sapeva di finto, lontano un miglio, ma che proponeva una sua musicalità anni trenta.

In un recente passato abbiamo proposto una contrapposizione tra possedere e scambiare¹. Con questo lavoro vorrei ampliare la proposta e passare da una dimensione dicotomica ad una "trilogia": *possedere, scambiare, condividere*. Potremmo anche dire, parafrasando Lucio D'Ambra, che il possedere è un mestiere, lo scambiare una professione, il condividere un'arte. Credo, peraltro, sia ingiusto dare una connotazione giudicante a modi di essere e di comportarsi che, in momenti diversi della vita, appartengono a tutti noi. Ciò che interessa sottolineare è la rilevanza del modo d'essere inconscio della mente e del suo destino, fluttuante tra agito e pensiero, che caratterizza l'esperienza di tutti noi. In questa proposta, l'inconscio sembra caratterizzare, con la sua dinamica agita, sia il possedere che lo scambiare; il pensiero, che investe la dinamica di simbolizzazione affettiva e la confronta entro la realtà della *cosa terza*, caratterizza il processo del condividere. Questo processo di pensiero può succedere solo entro una relazione. La *cosa terza* è "terza" rispetto ad una relazione che si orienta alla realtà condivisa. La condivisione, quindi, si propone quale modalità di pensiero rivolta ad una dinamica collusiva che concerne specifici aspetti della realtà. Nel possedere e nello scambiare, la realtà viene piegata, sottomessa al potere delle simbolizzazioni affettive, seguendo quel processo che Freud chiamò: sostituzione della realtà esterna con la realtà interna. Nel condividere, di contro, le

* Già professore ordinario di Psicologia clinica presso la Facoltà di Psicologia 1 dell'Università "Sapienza" di Roma, membro della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association. Direttore della Rivista di Psicologia Clinica e della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento psicologico clinico e analisi della domanda.

¹ Si veda, tra l'altro, Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda. Teoria e intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

simbolizzazioni affettive, pensate, consentono di condividere aspetti della realtà e di operare per il loro sviluppo.

L'illusione di possedere

Per il mio cinquantesimo compleanno, un collega mi regalò un bonsai: un boschetto di ficus dai tronchi tormentati e dalla chioma uniforme che riproduce, con le sue foglie disposte in perfetta forma convessa, il concavo del vaso blu. Si tratta di una pianta molto bella, che vive sul mio terrazzo da venticinque anni. Quando mi fu regalato, il bonsai aveva circa sessant'anni. Oggi ne ha più di ottanta. Questo bonsai è "mio"? Posso dire di possederlo? O sarebbe meglio dire che mi è stato dato in "deposito", perchè lo conservi, lo tenga in vita e me ne prenda cura, per poi passare la pianta ad altri che, speriamo, se ne vorranno prendere cura a loro volta; il bonsai, se ben tenuto, certamente mi sopravviverà.

Su una parete del mio studio è appeso un piccolo quadro a olio, un bozzetto di una tela più grande, attribuito a Sebastiano Ricci (Belluno 1659 – Venezia 1734); nella disposizione delle figure e nel colore, ottenuto con sapienti velature atte a mostrare la luce intensa e soffusa della città lagunare, il bozzetto può rappresentare in miniatura (ancora un bonsai) un buon esempio della pittura veneziana del settecento. Sebastiano Ricci era pittore manierista di storie mitiche, precursore di Giambattista Tiepolo, culturalmente di formazione europea pur rimanendo veneziano nell'animo. Il bozzetto ne è valida testimonianza. Possiedo questo dipinto da una cinquantina d'anni. E' mio? Prima del mio studio, il bozzetto ha abitato certamente molte altre stanze, in varie parti d'Italia o d'Europa. La sua vita dura da più di duecento anni. E' mio, o io sono il conservatore di questo dipinto che, come il bonsai, mi sopravviverà e verrà appeso in altre stanze, abitate da altre persone?

La casa in cui abito, a Trastevere, è mia? O meglio, è nostra, di noi che l'abitiamo e giuridicamente ne possiamo rivendicare il possesso? O si tratta di una ennesima situazione di conservazione? Conservazione di un oggetto, la casa, costruita qualche centinaio d'anni fa, oggi curata e abitata dalla mia compagna e da me, che si spera proseguirà la sua vita per qualche secolo ancora, usata da persone diverse da noi.

Potrei continuare a lungo. Il possedere rappresenta una forte motivazione, nella vita di ciascuno di noi. Nel contempo, è per noi impossibile possedere qualcosa. Nel Fedone, Platone fa dire a Socrate che il mantello sopravvive a chi lo porta (Fedone, XXXVII).

L'unica modalità con la quale si può esprimere il possesso, lo racconta Bruce Chatwin in un suo noto romanzo breve², è la distruzione dell'oggetto posseduto. L'atto di distruzione, come atto opposto alla conservazione, è l'unico a dare un senso pragmatico al possesso di un oggetto. Kaspar Utz, il protagonista del lavoro di Chatwin, era l'ultimo discendente di una piccola famiglia di proprietari terrieri sassoni, con terreni e fattorie nei Sudeti. Di origini ebraiche per via di madre, Utz "possedeva una spettacolare collezione di porcellane di Meissen che, grazie alle sue abili manovre, era sopravvissuta alla seconda guerra mondiale e agli anni dello stalinismo in Cecoslovacchia. Nel 1967 contava più di mille pezzi, tutti stipati nel minuscolo appartamento di due stanze in via Sirokà." (1988/1989, p. 14-15). Una via che dava sul vecchio cimitero ebraico di Praga.

La ricca nonna, quando Utz era preadolescente, accontentò un suo desiderio, espresso quattro anni prima, e gli regalò la statuetta di un Arlecchino, creata da J.J. Kaendler, grande modellatore di Meissen. Così ebbe inizio la sua passione di collezionista: "Kaspar fece ruotare la statuetta alla tremula luce delle candele e passò amorevolmente le dita tozze sulla vernice vetrosa e sugli smalti brillanti. Aveva scoperto la sua vocazione: avrebbe dedicato tutta la vita a collezionare – a 'salvare' come diceva poi – le porcellane della fabbrica di Meissen" (p. 17).

Interessante come il possesso di un oggetto si manifesti con il toccare, il passare le dita sulla superficie dell'oggetto stesso, con il prenderlo in mano, come spesso tentano di fare i bambini. In molti

² Chatwin, B. (1988). *Utz*. London: Jonathan Cape (trad. it. Utz, Adelphi, Milano, 1989).

negozi, specie quando gli oggetti sono preziosi o attraenti, compare accanto a loro la scritta: “si prega di non toccare”.

Precoce scrittore di cose concernenti la porcellana, nella sua seconda pubblicazione (*Il collezionista privato*) Utz scriveva: “Un oggetto, chiuso nella teca di un museo, deve patire l’innaturale esistenza di un animale in uno zoo. In ogni museo l’oggetto muore – di soffocamento e degli sguardi del pubblico – mentre il *possesso privato*³ conferisce al proprietario il diritto e il bisogno di toccare. Come il bambino allunga la mano per toccare ciò di cui pronuncia il nome, così il collezionista appassionato restituisce all’oggetto, gli occhi in armonia con la mano, il tocco vivificante del suo artefice. Il nemico del collezionista è il conservatore del museo. In teoria, i musei dovrebbero essere saccheggianti ogni cinquant’anni e le loro collezioni dovrebbero tornare in circolazione...” (p. 18).

Utz riuscì a conservare intatta la sua collezione durante l’occupazione tedesca dei Sudeti, nella sua casa di Dresda, per gran parte della seconda guerra mondiale. Dopo i bombardamenti che distrussero gran parte della città tedesca, si trasferì a Praga. Qui ebbe a che fare con il regime comunista che governava la Cecoslovacchia. Il suo modello era Rodolfo II (Vienna 1552 - Praga 1612), imperatore del Sacro Romano Impero e Re di Boemia e d’Ungheria; l’imperatore mercuriale, come ebbe a dire Peter Marchall (2007); personaggio mitico nella sua follia alchemica, grande raccoglitore di opere d’arte e di strani e preziosi oggetti che arricchivano la sua immensa *wunderkammer*, come ricorda Angelo Maria Ripellino nella sua magistrale opera su Praga (2002).

Nel 1973 Utz “acconsentì a firmare un documento nel quale confermava che, alla sua morte, la collezione sarebbe andata allo Stato” (p. 105).

Il 7 marzo 1974, un’ora prima dell’alba, Utz morì. Le porcellane di Meissen erano scomparse dalla sua abitazione a via Sirokà, e non furono mai più ritrovate. Si sospettava che, con la collaborazione della fida serva Marta (che Utz aveva segretamente sposato, molti anni prima), Utz potesse aver distrutto la sua preziosissima collezione. “Lavorando su un indizio fornitomi da Ada Krasovà, *la quale aveva fatto parecchie velate allusioni al martello che proveniva abitualmente dall’appartamento di Utz*⁴, fra l’una e le due di una piovviginosa notte di domenica mi appostai all’angolo tra via Sirokà e via Maislova, per aspettare che venissero svuotati i bidoni della spazzatura” (p. 120).

Perché questa distruzione? L’autore si avventura in alcune ipotesi: ad esempio, un atto di ripicca: la distruzione poteva essere volta ad evitare che la collezione finisse in uno dei musei così odiati da Utz? Lo si esclude, perché Utz non era affatto una persona vendicativa. Oppure, la distruzione era la messa in atto di qualcosa che esprimeva un forte senso del ridicolo? Fragili oggetti rococò, finiti in un mucchio di spazzatura del ventesimo secolo? O si trattava, piuttosto, di un caso di iconoclastia: la propensione a fare a pezzi quelle immagini che una propensione analoga, ma di segno contrario, aveva portato ad idolatrare per tutta la vita?

Chatwin esclude tutte queste ipotesi e propone un’interessante interpretazione di questa enigmatica distruzione delle preziosissime porcellane di Meissen: “No, ho l’impressione che nulla di tutto ciò sia plausibile. Credo che in quegli ultimi mesi, dando uno sguardo retrospettivo alla sua vita, Utz rimpiangesse di aver sempre fatto la parte del furbastro. Rimpiangeva di essere sempre riuscito a trarre d’impaccio se stesso e la collezione, usando blandizie ed espedienti. Aveva cercato di preservare in microcosmo l’eleganza della vita di corte europea, ma il prezzo era troppo alto: lui detestava la piaggeria e i compromessi, e alla fine le porcellane lo avevano disgustato.

Marta non aveva mai ceduto. Non era mai venuta meno ai suoi principi, neppure una volta; non aveva mai perduto il suo anelito alla legittimità. Non si era mai data per vinta; era la sua eterna Colombina.

La mia versione riveduta della storia è che, la sera del loro matrimonio in chiesa, lei sia emersa dalla stanza da bagno con la vestaglia di seta rosa e, slacciandosi la cintura, l’abbia lasciata cadere sul pavimento per abbracciarlo come una vera moglie. E che, da quel momento in poi, abbiano trascorso i loro giorni in appassionata adorazione l’uno dell’altra, non permettendo a niente e a nessuno di dividerli. Le porcellane erano pezzi di vecchio vasellame di cui dovevano disfarsi: tutto qui.” (p. 126).

³ Il corsivo è mio.

⁴ Il corsivo è mio.

Blandizie, espedienti, piaggeria, compromessi sono il costo, per il protagonista troppo alto, che si deve pagare al possesso. E il racconto di Chatwin lascia tracce continue di questa problematica che accompagna ineluttabilmente il possesso. I Sudeti, ad esempio, dove la famiglia di Utz possedeva terre e fattorie: dopo la prima guerra mondiale la Boemia e la Moravia vennero assegnate alla Cecoslovacchia, pur vivendo in quei territori una popolazione in maggioranza tedesca. La “questione dei Sudeti” fu una delle ragioni che portarono alla seconda guerra mondiale.

Un secondo esempio: Utz andava in vacanza a Vichy; il governo collaborazionista francese di Vichy, presieduto dal maresciallo Philippe Pétain (1856 – 1951), scese a pesanti compromessi con l’invasore tedesco tra il 1939 e il 1944.

Si dice che Utz potesse essere una spia comunista, in azione nelle sue annuali frequentazioni della Francia e della Svizzera.

Utz era nobile? Era davvero un barone? Forse. Ma anche: “Nel dizionario etimologico di Grimm, ‘utz’ ha ogni sorta di connotazioni negative: ‘ubriaco’, ‘scemo’, ‘baro’, ‘venditore di ronzini’” (p. 15).

Presentato come un asceta del collezionismo, alla fine del romanzo Utz viene descritto come un personaggio dalla doppia vita, noto donnaiolo che prediligeva le cantanti d’operetta; una delle sue amanti, Ada Krasovà, era appunto una cantante d’operetta, si era stabilita nell’appartamento sotto il suo e lo perseguitava con i suoi lamenti e le sue scenate chiosose, venate dalla speranza di riprendere il legame amoroso mai dimenticato.

Si dice che il romanzo Utz sia un’opera autobiografica di Bruce Chatwin (1940 – 1989), inglese dello Yorkshire, esperto d’arte e brillante consulente della casa d’aste Sotheby’s in gioventù, poi viaggiatore e scrittore, morto a 49 anni di aids nel sud della Francia. Utz è stata la sua ultima opera, scritta nel 1988, un anno prima della morte. Interessante ricordare che Chatwin fonda la figura di Utz sulla conoscenza, reale, di un collezionista che ebbe modo di incontrare a Praga: il dottor Rudolph Just. Pare che il romanzo di Chatwin abbia consentito agli esperti di Sotheby’s, qualche anno dopo la pubblicazione del romanzo, di ricostruire la vicenda della collezione di Just e di ritrovarla, perché mai distrutta; si trattava di una collezione di porcellane, ma anche di altri oggetti d’antiquariato, e venne battuta all’asta londinese, dopo il suo ritrovamento, a nome degli eredi del collezionista praghese, residenti a Bratislava.

Interessante rilevare come Chatwin si sia riconciliato con la moglie, poco tempo prima di morire, proprio nel periodo in cui scriveva le vicende di Utz. Non può sfuggire il legame tra la storia personale dello scrittore e l’ipotesi che sostiene la distruzione della collezione: la fine del sentimento di “possesso” di preziose porcellane divenute, sprezzantemente, vecchi pezzi di vasellame, coincide con il momento in cui l’affetto coniugale, fondato sulla reciprocità, prende il sopravvento. Ma su tutto questo torneremo.

Il possedere e l’invidia

Conservare o distruggere: sono le due declinazioni del possedere, quando l’oggetto viene visto come valore in sè, indipendentemente dalla relazione con l’altro. Il possedere, d’altro canto, esclude la relazione con l’altro. Chi persegue il possesso, nel possesso è solo, irrimediabilmente solo. L’altro viene percepito soltanto come possibile predone; un predone desideroso di appropriarsi di ciò che non possiede e da cui si sente escluso. Utz si propone, per tutta la vita, di passare inosservato e si adopera a tal fine. “La sua faccia era di quelle che si dimenticano subito” (p. 24). Questa sorta di mimetismo nella banalità, è volta a neutralizzare il desiderio predatorio di nazisti e comunisti; alla loro violenza Utz cerca, in tutti i modi, di far sopravvivere la propria collezione.

Ma anche chi possiede è, a suo modo, un predone. Il possedere, infatti, è vissuto più come sottrazione di qualcosa agli altri, che come valorizzazione dell’oggetto posseduto, in sè. Si pensi, ad esempio, ai furti d’arte su commissione. Ricordo una bellissima Madonna col Bambino, di Giambellino (Venezia 1427 – 1516), visibile sull’altare lombardesco della rinascimentale Cappella Valier, la prima delle quattro cappelle funerarie costruite a lato della navata sinistra, nella chiesa di

Madonna dell'Orto a Venezia. Venne trafugata nella notte del 1° marzo 1993, e da allora non se ne è più avuta notizia. Finita, forse, nel caveau di qualche collezionista malato di possesso, che pensa di poter "godere" del dipinto in quanto illusoriamente "suo"; possesso fondato sulla predatorietà di ciò che apparteneva alla comunità della Chiesa, ma più in generale alla comunità di chi ama le cose belle. La nostra casa veneziana è a pochi passi dalla chiesa, e proprio in quell'anno la stavamo restaurando; il lutto per la perdita del dipinto fu, anche per noi, molto profondo: ad ogni uscita di casa si faceva, immancabilmente, una capatina a Madonna dell'Orto per godere della sua tenera bellezza.



Giovanni Bellini, Madonna col Bambino, opera firmata c.1478

La predatorietà del possesso, d'altro canto, non è fondata solo sul possesso furtivo, delinquenziale. E' la mancanza di una utilizzazione sociale delle cose possedute che fa, del possesso, un'esperienza predatoria. Il possesso può essere condiviso; il possesso, più spesso e ne vedremo le ragioni, può essere goduto in quanto motivo di invidia da parte di altri. E' la finalità volta a evocare invidia che fa del possesso un'esperienza predatoria.

L'invidia, si dice, è un'emozione che deriva dal sentimento di esclusione nei confronti di un oggetto desiderato, idealizzato; un oggetto che non si possiede, che appartiene ad altri.

L'invidia, quindi, ha a che fare con il possesso; o meglio con l'assenza di un possesso che altri, di contro, vivono. Perché questo sentimento di esclusione? Perché, con l'invidia, si sancisce che l'oggetto invidiato non potrà mai essere nostro, non lo potremo mai possedere?

Un primo elemento sembra essere la mancata valorizzazione di quello che si ha. L'invidia sancisce che quanto possediamo non è abbastanza, non soddisfa le nostre aspettative, le nostre esigenze.

"L'erba del vicino è sempre più verde", significa che la nostra erba non è mai abbastanza verde. Significa, anche, che impera in noi la sfiducia nella possibilità di coltivare un'erba che sia, per noi, sufficientemente verde. In altri termini, significa che noi non guardiamo nemmeno al verde della nostra erba, perché siamo incantati, presi emozionalmente dal verde dell'erba del vicino. Perché questa idealizzazione di ciò che non ci appartiene, e la contemporanea svalorizzazione di quanto ci appartiene? In altri termini, perché l'invidia?

Restiamo per un attimo nell'esempio dell'erba del vicino: l'immagine evoca villette con giardini separati da alte siepi, con la persona invidiosa che sbircia, attraverso la siepe, nel giardino dell'altro. Qui, il possesso è sancito dalla rigida divisione delle proprietà che circondano le singole case, dall'impenetrabilità delle siepi che difendono i singoli giardini. L'erba del vicino è più verde della mia: questo confronto implica che, tra me e il vicino, siano rigorosamente separate le proprietà.

Ecco un primo dato concernente l'invidia: la separazione delle proprietà è la condizione necessaria perché la persona che invidia si senta esclusa dal bene dell'altro, oggetto di invidia.

Si è detto che l'oggetto invidiato assume, per chi lo invidia, connotazioni idealizzate. Nell'idealizzazione, d'altro canto, si ha una identificazione dell'oggetto invidiato con chi possiede l'oggetto stesso. Nel nostro esempio vengono idealizzati sia il verde dell'erba del vicino, quanto il vicino stesso; ad esempio, attribuendogli un "pollice verde". Dove il pollice verde del vicino è simile al sangue blu dei nobili, al bernoccolo per la matematica di un compagno di scuola, alla fortuna che caratterizza il "cugino" Gastone nelle avventure di Paperino, ai piedi buoni di un calciatore: l'idealizzazione non è fondata su dati culturali, ma su caratteristiche *stabili* della persona, su connotazioni *invarianti* che affondano le loro radici nella struttura "biologica", geneticamente determinata, delle persone stesse.

L'identificazione tra l'oggetto idealizzato e chi lo possiede, fa dell'oggetto stesso un "mito": di qui l'ineluttabile sentirsi esclusi che connota l'invidia; non si può condividere, parteggiare un mito.

E' quindi la mitizzazione dell'"oggetto" – "possessore dell'oggetto" che organizza il sentimento di invidia, il sentirsi esclusi, la svalorizzazione di ciò che si ha, il sentimento di emarginazione irreparabile.

Chi invidia si nutre delle componenti mitiche attribuite all'altro; un altro, mitizzato per quanto "possiede". L'invidia consente di andare oltre i limiti del possesso, di ipotizzare che esista (sempre) qualcosa di più bello, importante, ricco, famoso, prezioso, di più grande di noi. L'invidioso anela a qualcosa che gli sfugge perchè troppo grande, non alla sua portata; anela a qualcosa della quale non è degno, ma che altri, idealizzati, posseggono, quindi sono. In quanto mitizzato, l'oggetto invidiato assurge a connotazioni infinite, perchè dotato per definizione di quelle caratteristiche che la persona invidiosa non ha, ma che presume possano esistere in altri.

Il possesso e l'invidia sono le due facce della stessa medaglia. Non si capirebbe l'infinita propensione a cercare altri oggetti, ad esempio nel collezionista mai contento dell'estensione del suo possesso, se non esistesse il confronto, gratificante e persecutorio allo stesso tempo, del mito circa i confini illimitati con i quali il possesso confronta.

C'è chi si identifica con il mito della grandezza infinita e irraggiungibile. Lo fa per evocare invidia e idealizzazione. Si tratta di persone che si vivono come facitrici di grandi imprese, che sollecitano in chi dipende da loro l'elogio continuo per le grandi cose compiute. Sappiamo che si tratta di persone insicure, timorose di non esistere, di non disporre di un'identità solida, perchè consapevole dei propri limiti.

Anche l'invidioso e l'invidiato sono le due facce della stessa medaglia. C'è chi nega il limite del proprio possesso e chi si adopera, all'infinito, di estendere il proprio possesso per arrivare a un limite che si sa irraggiungibile.

Il possesso senza limiti confronta con la modestia, dal latino *modus* che vale misura, limite. Interessante notare come il misurare comporti il limite che è dato dalla stessa misura, e come tutto questo assurga a valore: la modestia indica il contenersi nei propri limiti, non dare alle proprie emozioni l'espressione dell'eccesso.

Il possesso ha a che fare con la dinamica che Fornari chiamava di reciprocità asimmetrica: *mors tua, vita mea*. Ciò significa che, in questa prospettiva di analisi del rapporto tra la persona e il contesto, la propria vita dipende dalla capacità di far morire l'altro, per trarne la forza che consente la sopravvivenza. L'invidia è una componente fondamentale di questa modalità di sopravvivere. Se riesco a suscitare invidia, allora trarrò dalla morte invidiante dell'altro le energie per rafforzare la mia identità. Il possesso, in definitiva, serve prevalentemente, se non esclusivamente, al fine di evocare invidia nell'altro. La propria identità, quando si imbecca la strada identitaria fondata sul possesso, si fonda sulla capacità di evocare invidia tramite il possesso stesso.

Si tratta di una modalità primitiva di socialità, che aiuta a comprendere le origini del potere senza competenza. Un potere sterile, annichilente, privo di finalità sociali, tutto chiuso in se stesso, mobilitante l'invidia quale motore delle relazioni: chi invidia tende ad assumere modelli e valori della persona invidiata, quindi a mettere in atto una sorta di identificazione imitativa. Chi agisce per evocare invidia, vive in una sorta di trionfo perenne, sperimenta l'esaltazione di chi trae sicurezza dalla

negazione di ogni limite nella propria esistenza, grazie al mito idealizzante che riesce ad evocare collusivamente. L'invidiante e l'invidiato hanno bisogno uno dell'altro: il primo per avere un mito da idealizzare nella propria vita, altrimenti sentita come povera e inutile; il secondo per poter colmare il vuoto che si teme di vivere nella nullità, grazie all'esaltazione di sé e di ciò che si possiede. L'invidiato deve rimanere a distanza, deve mantenere una conoscenza approssimativa e imprecisa, sfumata, del proprio possesso invidiato: non serve la conoscenza di ciò che si invidia, serve il mito, entità astratta ed evocativa di proiezioni infinite. Ciò che si racconta sull'oggetto invidiato è molto più rilevante di ciò che si vede, di ciò che si conosce. Colui che invidia, fonda la propria idealizzazione dell'oggetto invidiato sul sentirsi escluso dal possesso di un oggetto irraggiungibile e mitizzato.

La dinamica del possesso è fondata sulla continua verifica di una presenza esaustiva dell'oggetto posseduto. Quindi sull'oggetto non simbolizzato, in quanto il vissuto simbolico dell'oggetto è possibile solo grazie all'elaborazione simbolica dell'oggetto assente. Il collezionista di porcellane di Meissen non tollera l'assenza di una specifica statuina che lui non possiede, ma sa essere posseduta da un altro. Quell'assenza può rendere inutile la presenza delle statuine già possedute; è della massima importanza, per dare un valore al possesso già ottenuto, incrementarlo di tutto ciò che, esistendo al di fuori del proprio possesso, si proporrebbe quale assenza insopportabile, vanificante ciò che già si possiede. A ben vedere, l'invidia è una difesa dal modo d'essere fondato sul possedere quale meta angosciante e senza fine. Con l'invidia, fondata come s'è visto sull'emozione di esclusione, ci si esime dal concorrere al possesso quale gara senza fine.

I dieci comandamenti: guardiamo agli ultimi due

Non desiderare la donna d'altri
Non desiderare la roba d'altri

Si tratta di comandamenti a mio modo di vedere "strani": sono molto diversi dagli altri otto e, per certi versi, ripetitivi.

Diamo un'occhiata all'insieme dei comandamenti, così come sono elencati nei testi della religione cattolica:

Io sono il Signore Dio tuo:

1. Non avrai altro Dio all'infuori di me.
2. Non nominare il nome di Dio invano.
3. Ricordati di santificare le feste.
4. Onora il padre e la madre.
5. Non uccidere.
6. Non commettere atti impuri.
7. Non rubare.
8. Non dire falsa testimonianza.
9. Non desiderare la donna d'altri.
10. Non desiderare la roba d'altri

Se si considerano i primi otto comandamenti, il "comando" concerne *atti concreti*: azioni specifiche che si debbono seguire (santificare, onorare, avere un solo Dio) o che non si debbono seguire (nominare, uccidere, commettere, rubare, dire).

Negli ultimi due comandamenti, di contro, *si proibisce il desiderio*.

Per quanto concerne il possesso delle cose e il possesso della donna, in sintesi, non basta il comando volto a regolare l'azione, volto quindi a proibire di rubare e di commettere atti impuri. Qui si proibisce anche il desiderio della roba d'altri e della donna d'altri. Questo non avviene, ad esempio, per l'uccidere: non si proibisce il desiderio di ammazzare una persona sgradita. Il desiderio sembra permesso. L'importante è non passare all'atto.

La roba e la donna, a ben vedere, sono oggetti del possedere. La roba, lo si coglie subito, è quanto ciascuno di noi possiede legittimamente, entro le convenzioni stabilite dalla Costituzione e dal codice civile.

L'art. 42 della Costituzione italiana dice, nel suo primo comma:

“La proprietà privata è riconosciuta e garantita dalla legge, che ne determina i modi di acquisto, di godimento e i limiti allo scopo di assicurarne la funzione sociale e di renderla accessibile a tutti.”

Il Codice civile, all'articolo 832, dice:

“Il proprietario ha diritto di godere e disporre delle cose in modo pieno ed esclusivo, entro i limiti e con l'osservanza degli obblighi stabiliti dall'ordinamento giuridico.”

Per la donna il discorso è diverso. Oggi, troveremmo questo comandamento connotato di maschilismo; anche la donna potrebbe rivendicare il diritto di essere regolata nel desiderare l'uomo di altre donne. Ma i Comandamenti facevano riferimento a un periodo storico ove la donna era un possesso importante per il mantenimento e lo sviluppo di gruppi sociali che avevano l'agricoltura a fondamento della loro economia di sussistenza. Ci si riferiva al tempo in cui l'uomo passò dalla raccolta di bacche e dalla caccia di animali commestibili, alla coltivazione del terreno tramite specifici strumenti, l'aratro *in primis*. La presenza dei figli era molto importante per incrementare il lavoro agricolo che, con i suoi frutti, dava ricchezza a chi praticava la coltivazione della terra. La donna, procreatrice di prole, aveva quindi una funzione importantissima nella creazione di “mezzi”, se si vuole di “braccia” per la sopravvivenza e per lo sviluppo. La donna, di fatto, rappresentava un bene il cui possesso era funzionale alla creazione di beni. Basterebbe ricordare il mito del “ratto delle Sabine”, così importante per lo sviluppo della Roma arcaica.

Perché, dunque, questa diversità riservata al “possesso” nei comandamenti? Perché si proibisce, per gli oggetti del possesso, non solo la sottrazione agita ma anche il desiderio di impossessarsi di quanto appartiene ad altri?

Una possibile risposta si può trovare volgendo in positivo i due comandamenti concernenti il desiderio: desidera le cose e la donna (o l'uomo) che possiedi. Impara a desiderare, quindi ad apprezzare e amare quello che hai. Non si tratta, se si guarda approfonditamente a queste affermazioni, di una ingiunzione ad accontentarsi di ciò che si ha. Tra il desiderio e l'accontentarsi c'è una profonda differenza.

Desiderare, se si guarda all'etimo latino della parola, vale: [togliere lo sguardo] dalle stelle (*de – sidera*); quindi guardare alle cose terrene accettandone i limiti, quei limiti non tollerabili se si guarda alle stelle, quindi alla perfezione di Dio. A ben vedere, tra Dio e l'erba del vicino non si dà alcuna differenza: si tratta di due miti fondati, entrambi, sull'idealizzazione di ciò che non si possiede, sull'irraggiungibile perfezione di ciò a cui si pensa per differenza dalla propria realtà limitata. Chi si mette sulla strada del possesso, in bocca un percorso pericoloso perché il possesso non basta mai, la bramosia di raggiungere la perfezione del possesso non ha alcun limite e non può accettare alcun limite.

L'accettazione del limite comporta depressione, malinconia. Dürer, con *Melencolia I*, ne diede una versione magistrale, se si segue l'interpretazione che dell'incisione ne dettero i discepoli di Aby Warburg⁵, in particolare Panofsky che tornerà più volte sul tema: si tratta della malinconia romantica, permeata dal sentimento dell'irraggiungibile, che toglie lo sguardo dalla stella, ben visibile sotto l'arcobaleno, rappresentante la perfezione divina.

⁵ Klibanski, R., Panofsky, E., & Sax, I. F. (1983). *Saturno e la melanconia. Studi di storia della filosofia naturale, religione e arte*. Torino: Einaudi.



Albrecht Dürer (1514), *Melencolia I*
[incisione a bulino]

Il desiderio comporta l'accettazione del limite, quindi la mediazione tra emozioni e realtà esterna. Gli ultimi due comandamenti, in sintesi, sembrano tutelare la relazione con la realtà, non tramite proibizioni concernenti leggi utili per la sopravvivenza, ma attraverso un invito a valorizzare il desiderio quale alternativa al possesso. Preludono all'utilizzazione del desiderio entro dimensioni realistiche, fondate sull'utilizzazione di ciò che si ha, piuttosto che sulla bramosia di possedere ciò che non si ha. Ma su questo torneremo tra breve. Per ora guardiamo ad un uso curioso di ciò che si ha, un uso che sembra sconfermare la propensione al possedere, se si considera non più il singolo individuo quanto il gruppo sociale e i problemi che il gruppo sociale incontra per la convivenza.

Il dono e lo scambio obbligato

Il dono, nell'ottica studiata dagli antropologi, magistralmente da Marcel Mauss⁶, propone una sorta di gara senza fine ove *dare*, *ricevere* e *ricambiare* fondano le componenti "obbligate" dello scambio, inteso quale *modalità di transizione* tra possesso e reale scambio economico delle merci. Donare, in queste società arcaiche⁷ studiate dagli antropologi, è un obbligo che fonda il legame sociale. Il donare, d'altro canto, avvia a quella serie di obblighi sociali che si organizzano nel ricevere, altrettanto obbligato del donare, e nel ricambiare quale fondamento della reciprocità.

Noi siamo culturalmente abituati a pensare all'*homo oeconomicus*, ove si ipotizza la razionalità quale competenza ad ottimizzare, sempre, i risultati delle proprie decisioni. Una razionalità che riguarda, come il possesso, il singolo individuo. La razionalità economica prevede che il comportamento economico sia guidato dal *self interest*: si ipotizza che l'*individuo*, in quanto razionale, sia sempre in grado di riconoscere e perseguire il proprio interesse, cioè sia capace di individuare i mezzi più

⁶ Mauss M. (1923-24). Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques. *Année sociologique*, 1, 30-186 (trad. It. Saggio sul dono. Forma e motivo dello scambio nelle società arcaiche, in M. Mauss (Ed.) *Teoria generale della magia e altri saggi*. Einaudi, Torino, 2002, 155-292); in seguito in: Mauss, M. (1950). *Sociologie et Antropologie*. Paris: PUF.

⁷ Mauss effettua i suoi studi in specifiche aree geografiche: la Polinesia, la Melanesia e il Nord-ovest americano.

appropriati per raggiungere il suo fine. In questo senso, la razionalità è *strumentale*. La dottrina filosofica dell'utilitarismo, propria della scuola economica inglese inaugurata da Jeremy Bentham, è sviluppata da John Stuard Mill e portata alla sua formulazione classica da Adam Smith: si fonda sul perseguimento di utilità perseguito dal singolo individuo; si tratta di una filosofia individualista che ha avuto epigoni sino ai giorni nostri. Per Smith, un sistema di libera iniziativa economica nel quale ciascun individuo sia libero di promuovere i propri interessi, è il più adatto a procurare il maggior beneficio possibile sia per l'individuo che per la società. Lo sforzo dell'individuo nel perseguire esclusivamente il proprio interesse egoistico determina, sempre secondo Smith, il massimo benessere per lui e per gli altri. L'ordine economico 'naturale' è il migliore e va salvaguardato dagli interventi esterni che rischiano di perturbarlo negativamente.

L'uomo ha un'innata tendenza alla socialità e al perseguimento dei propri bisogni attraverso lo scambio con gli altri. E' l'interesse egoistico, e non la benevolenza, ad essere produttivo di benessere. Lo scambio economico, quindi, si fonda sull'interazione tra individui ciascuno dei quali persegue il proprio interesse personale. L'interesse personale sembra contemplare un "egoismo" non conflittuale. Una sorta di *indipendenza* dagli altri, che esclude sia la *controindipendenza* che vedremo essere nell'ipotesi dell'uomo allo stato di natura di Hobbes, che l'*interdipendenza* fondante la condivisione.

Alla dottrina liberista e utilitarista della scuola inglese si contrappone quella che prevede l'intervento di organismi sovraindividuali, lo stato *in primis*, quale correttivo al liberismo assoluto: ricordiamo il contributo importante di John Maynard Keynes e la sua tesi che prevede la necessità di interventi pubblici a sostegno della domanda, al fine di evitare l'eccessiva disoccupazione provocata dall'applicazione acritica della teoria liberista, e la dinamica recessiva che questo evento porta con sé. Il confronto, anche aspro, tra liberisti "puri" da un lato, economisti keynesiani dall'altro, è tuttora attuale; l'affermarsi, negli anni ottanta, del liberismo "spinto" ha portato alla crisi economica che il mondo vive attualmente e al necessario intervento keynesiano per il salvataggio delle banche in difficoltà e per il sostegno della ripresa economica, almeno negli Stati Uniti. Si è così assistito a un intervento "keynesiano" dello stato statunitense, voluto paradossalmente e messo in pratica cinicamente da un fautore accanito del liberismo "puro", lo staff economico di George W. Bush capitanato da Alan Greenspan.

La teoria del dono si contrappone, decisamente, a quella della razionalità economica⁸.

Il tema che Mauss pone con il suo famosissimo "Saggio sul dono" è quello del motivo, nei popoli arcaici ove la pratica del dono fonda la socialità, che porta all'obbligo del donare e all'obbligo altrettanto cogente dell'accettare il dono ricevuto, ricambiandolo in quantità e qualità più rilevanti, più ostensibilmente importanti. Per Mauss, come abbiamo visto, il dono comporta le tre azioni del *donare*, del *ricevere* e del *ricambiare*: tutte e tre queste componenti del dono sono di fatto obbligate, anche se non sono normate da un sistema giuridico "terzo" rispetto a chi effettua e a chi riceve il dono. Citiamo Mauss in un passo del "Saggio sul dono" che descrive il dono nelle società arcaiche:

Nei sistemi economici e giuridici che hanno preceduto i nostri, non si constatano mai, per così dire, semplici scambi di beni, di ricchezze e di prodotti nel corso di un affare concluso tra individui. Innanzitutto, non si tratta di individui, ma di collettività che si obbligano reciprocamente, effettuano scambi e contrattano; le persone presenti al contratto sono persone morali: clan, tribù, famiglie che si fronteggiano e si contrappongono, sia per gruppi che stanno l'uno di fronte all'altro nel luogo stesso dello scambio, sia per mezzo dei loro capi, come pure nell'uno e nell'altro modo insieme. Inoltre, ciò che essi si scambiano non consiste esclusivamente in beni e in ricchezze, in mobili e in immobili, in cose utili economicamente. Si tratta, prima di tutto, di cortesie, di banchetti, di riti, di prestazioni militari, di donne, di bambini, di danze, di feste, di fiere, di cui la contrattazione è solo un momento e in cui la circolazione delle ricchezze è solo uno dei termini di un contratto molto più generale e molto più durevole. Queste prestazioni e controprestazioni si intrecciano sotto una forma, a preferenza volontaria, con doni e regali, benché esse siano, in fondo, rigorosamente obbligatorie, sotto pena di guerra privata o pubblica. Abbiamo proposto di chiamare tutto questo il *sistema delle prestazioni totali* (*op. cit.*, p. 161).

⁸ Nella rassegna delle teorie antropologiche evocate e costruite attorno al *Saggio sul dono*, ho utilizzato la lettura del lavoro di Matteo Aria: "Dono, *hau* e reciprocità. Alcune riletture antropologiche di Marcel Mauss", dal sito: www.fareantropologia.it, il portale di antropologia culturale.

Più avanti Mauss proporrà di chiamare *potlâc* l'insieme delle prestazioni descritte.

Considerata la dinamica del comportamento di chi contratta questi doni, a nome della tribù o del clan, Mauss definisce questa istituzione come un insieme di *prestazioni totali di tipo agonistico*. Si tratta di una competizione che avviene tramite il dono, ove l'obbligo di donare, di ricevere e di restituire qualcosa in più dell'equivalente, può sostituire la pace alla guerra, come afferma Lévi-Strauss (1947/1969). Questi, traendo lo spunto dal Saggio sul dono, teorizza il principio di reciprocità: una sorta di norma strutturale che organizza l'intera vita sociale tramite la proibizione dell'incesto, le regole dell'esogamia, lo scambio delle donne tra strutture sociali "altre"; regole volte a conferire, allo scambio, la capacità di sostituire l'accordo alla follia della guerra. Con Lévi-Strauss, allievo di Mauss, si inaugura una serie di critiche, di modificazioni, di interpretazioni, di alterazioni della teoria sul dono proposta da Mauss che appare "strana", come se la proposta dell'antropologo francese avesse mobilitato una serie infinita di ripensamenti nei confronti di un evento sconvolgente, quindi di difficile accettazione anche se evocatore di ammirazione. Mauss propone, sin dall'esordio del suo Saggio sul dono, la *connotazione ambigua* dell'istituzione da lui scoperta.

Egli afferma che il dono ha un carattere volontario, apparentemente libero, ma allo stesso tempo obbligato e interessato. Si tratta di un dono, di un regalo offerto generosamente – sono ancora le parole di Mauss – anche quando nel gesto che accompagna la transazione non c'è che finzione, formalismo e menzogna sociale e, al fondo, obbligo e interesse economico. Questa ambiguità, riferita alla valenza emozionale del dono, torna in tutte le descrizioni dell'antropologo francese; molti suoi critici si adoperano per ridurre a norma, a certezza razionale, a spiegazione univoca questa ambiguità originaria insita nella descrizione del dono; su questa difficoltà ad accettare l'incertezza dei confini "razionali" del dono, torneremo tra breve.

George Bataille, scrittore e antropologo, in associazione alla nozione di dono avanzata da Mauss propone "la notion de dépense" (1967/1992) in italiano si potrebbe dire la propensione dell'uomo alla dissipazione, quale modalità caratterizzante l'essere umano e descritta in contrapposizione alla conservazione.

Ecco un passo di Bataille:

L'attività umana non è interamente riducibile a processi di produzione e di conservazione e il consumo deve essere diviso in due parti distinte. La prima, riducibile, è rappresentata dall'uso del minimo necessario agli individui di una data società, per la conservazione della vita e per la continuazione dell'attività produttiva: si tratta dunque della condizione fondamentale di quest'ultima. La seconda parte è rappresentata dalle spese cosiddette improduttive. Il lusso, i lutti, le guerre, i culti, le costruzioni di monumenti sontuosi, i giochi, gli spettacoli, le arti, l'attività sessuale perversa (cioè deviata dalla finalità genitale), rappresentano altrettante attività che, almeno nelle condizioni primitive, hanno il loro fine in sé stesse.

Orbene, è necessario riservare il nome di *dépense* a queste forme improduttive, escludendo tutti i modi di consumo che servono da termine intermedio alla produzione. Pur essendo sempre possibile opporre le diverse forme enumerate le une alle altre, esse costituiscono un insieme caratterizzato dal fatto che, in ciascun caso, l'accento viene posto sulla perdita, che deve essere la più grande possibile affinché l'attività acquisti il suo vero senso.

Questo principio della perdita, cioè della *dépense* incondizionata, per quanto contrario al principio economico del pareggio dei conti (le spese regolarmente compensate dagli acquisti) il solo *razionale* nel senso stretto della parola, può essere messo in evidenza con l'aiuto di un piccolo numero di esempi presi dall'esperienza corrente. (*op. cit.* p. 44).

Bataille definisce nel modo seguente il *potlâc*, sottolineandone le componenti che mostrano la sfida e la dimostrazione di superiorità di chi dona, su chi riceve il dono; un dono finalizzato all'umiliazione di chi lo riceve, vissuto quale rivale:

Esso [il *potlâc*] esclude ogni mercanteggiamento e, in generale, è costituito da un considerevole dono di ricchezze ostensibilmente offerte con il fine di umiliare, di sfidare o di obbligare un rivale. Il valore di scambio del dono risulta dal fatto che il donatario, per cancellare l'umiliazione e raccogliere la sfida, deve soddisfare

all'obbligo, da lui contratto in occasione dell'accettazione, di rispondere ulteriormente con un dono più importante, cioè di restituire ad usura. (*op cit.* p. 48).

Il dono non è l'unica forma rituale usata per dimostrare la propria superiorità. La componente distruttiva, insita nell'istituzione del dono, si fa più esplicita attraverso forme spettacolari di distruzione di ricchezza. Ruth Benedict (1934) ne fornisce un esempio nel suo volume "Modelli di cultura", ove accosta il *potlâc* a più esplicite azioni di distruzione di ricchezza:

Tutto il sistema economico della costa nord-occidentale era al servizio di questa ossessione. Un capo aveva due modi per ottenere la vittoria a cui ambiva. L'uno consisteva nel gettare vergogna sul rivale, donandogli molto di più di quanto lui potesse restituire con l'interesse richiesto. L'altro consisteva nella distruzione di beni. In ambedue i casi il donatore reclamava una contropartita, benché nel primo caso le sue ricchezze aumentassero e nel secondo diminuissero.

[...]

La distruzione dei beni poteva avvenire in molte forme. Gare di distruzione erano grandi *potlâc* in cui si consumavano enormi quantità di olio di pesci candela. Se ne dava in abbondanza agli ospiti, e lo si gettava anche sul fuoco. Poiché gli ospiti sedevano vicini al focolare, il calore emanante dalle fiammate d'olio li metteva in gran disagio, e anche questo faceva parte della contesa, perché sarebbe stato vergogna per loro non rimanere immobili ai loro posti, per quanto alto il fuoco balzasse, sfiorando le travi del tetto. Anche l'anfitrione doveva far mostra della più assoluta indifferenza di fronte alla minacciata distruzione della sua casa.

[...]

Se la festa superava qualsiasi altra il capo invitato avesse mai offerta ai suoi ospiti, egli doveva lasciare la casa e cominciare i preparativi per una festa di restituzione, più ricca ancora di quella offerta dal rivale. Se, invece, credeva che non eguagliasse le feste che lui aveva già date, copriva d'insulti l'ospite, che procurava di ristabilire in qualche modo il suo prestigio. Poteva, a questo scopo, mandare degli uomini a rompere in pezzi quattro canoe, per alimentare il fuoco (*op. cit.* p. 195).

Se donare e ricevere sono un obbligo, anche il ricambiare – come abbiamo visto - è vincolato dallo stesso obbligo. Nella restituzione c'è l'essenza del *potlâc*. Se non si ricambia ciò che si è ricevuto o non si distrugge un valore equivalente di ricchezza, si perde la propria dignità davanti a tutta la tribù e per sempre. Si perde il proprio rango e persino la propria libertà. La pena è la schiavitù per debiti.

Normalmente, però, non basta restituire l'equivalente di quanto ricevuto. Presso queste società, l'obbligo di restituzione è *ad usura*.

Per spiegare l'obbligo del ricambiare, Mauss ricorre alla teoria dello *hau*, lo spirito delle cose donate. Ecco le sue parole:

Ma Hertz aveva anche preso nota di un testo, che ritrovo nelle sue schede, la cui importanza era sfuggita a entrambi, dato che anch'io ne ero a conoscenza.

A proposito dello *hau*, dello spirito delle cose e, in particolare, di quello della foresta e della selvaggina che essa contiene, Tamati Ranaipiri, uno dei migliori informatori maori di Elsdon Best, ci offre del tutto casualmente e senza alcuna prevenzione, la chiave del problema. "Vi parlerò dello *hau* ... Lo *hau* non è il vento che soffia. Niente affatto. Supponete di possedere un oggetto determinato (*taonga*) e di darvi questo oggetto; voi me lo date senza un prezzo già fissato. Non intendiamo contrattare al riguardo. Ora, io dò questo oggetto a una terza persona che, dopo un certo tempo, decide di dare qualcosa in cambio come pagamento (*utu*); essa mi fa dono di qualcosa (*taonga*). Ora, questo *taonga* che essa mi dà è lo spirito (*hau*) del *taonga* che ho ricevuto da voi e che ho dato a lei. I *taonga* da me ricevuti in cambio dei *taonga* (pervenutimi da voi), è necessario che ve li renda. Non sarebbe giusto (*tika*) da parte mia conservare per me questi *taonga*, siano essi graditi (*rawe*) o sgraditi (*kino*). Io sono obbligato a darveli, perché sono uno *hau* del *taonga* che voi mi avete dato. Se conservassi per me il secondo *taonga*, potrebbe venirmene male, sul serio, perfino la morte. Questo è lo *hau*, lo *hau* dei *taonga*, lo *hau* della foresta. *Kati ema* (basta su tale argomento)" (*op. cit.* p. 169 – 170).

Ciò che obbliga, nel regalo ricevuto e scambiato è che la cosa ricevuta non è inerte. Anche se abbandonata dal donatore, è ancora qualcosa di lui. [...] Lo *hau* insegue tutti i detentori (*op. cit.* p. 170).

Con queste parole Mauss spiega, rifacendosi al “giurista” maori che ha dato senso all’efficacia dello *hau*, l’obbligo alla restituzione del dono.

Perchè ci siamo soffermati su questa scoperta di Mauss e sull’interessante dibattito che il “Saggio sul dono” ha aperto sul tema?

La risposta va cercata innanzitutto sul senso sociale di una istituzione, quella del dono, che sembra contraddire esplicitamente la fantasia di possesso e la sua presa sulla mente e sull’affettività. Se il singolo individuo è portato ad agire fantasie di possesso, i gruppi sociali sono di contro portati a sfidarsi tramite il dono e la distruzione di ricchezze. L’istituzione del dono ha significati ambigui, ma di fatto costringe allo scambio.

Molti antropologi hanno criticato l’adesione di Mauss alla teoria maori circa lo scambio fondato sullo spirito del donatore, presente nelle cose donate quale persecutore che reclama la restituzione. Si è parlato dell’istituzione del principio di reciprocità (Malinowski), inteso quale intrinseca simmetria di tutte le transazioni sociali nei popoli primitivi.

Un allievo di Malinowski, Raymond Firth, insiste sul principio di reciprocità quale dimensione più scientifica, meno fantasiosa dello “spirito delle cose”, per dare una giustificazione alla restituzione. Molte sanzioni sociali presidiano la reciprocità, così come la restituzione può essere riferita al desiderio di preservare prestigio e potere da parte dei gruppi sociali, come può essere ricondotta al desiderio di sviluppare rapporti economici. Si è accennato a Lévi-Strauss e alla sua riduzione di Mauss a precursore delle teorie strutturaliste. Anche per il celebre allievo di Mauss il principio di reciprocità, struttura mentale data, presiede a tutte le relazioni di scambio.

Marshall Sahlins, un antropologo americano oggi professore emerito all’Università di Chicago, propone una classificazione della reciprocità, in funzione della distanza sociale tra i soggetti che effettuano lo scambio. Da una parte c’è la relazione solidale, tipica dei rapporti familiari, di amicizia o di vicinato, che Sahlins denomina *reciprocità generalizzata*; qui è impensabile un contratto di restituzione e i doni vengono dati liberamente e incondizionatamente. Si prevede poi la *reciprocità bilanciata*, dove la restituzione avviene in breve tempo ed è commisurata ad un principio di equivalenza. Siamo molto vicini a dinamiche che, nella nostra cultura, configurano lo scambio come commercio. Infine, al polo opposto, c’è la *reciprocità negativa* ove ognuno mira al proprio interesse e tornaconto: impera lo sfruttamento, il sospetto, e si può andare dal baratto astuto al furto vero e proprio.

Questa teoria della reciprocità, che sempre più affianca il dono al commercio in tutte le sue connotazioni altruistiche e egoiste, perde di vista la caratteristica per noi più rilevante della proposta di Mauss, vale a dire l’ambiguità di un’istituzione che comporta la perdita di beni a favore dell’“altro” e al contempo la minaccia che il dono assume per l’altro, con l’obbligo della restituzione. Si tratta di una dinamica istituzionale interessante perchè, contrariamente allo scambio commerciale, sempre più tutelato e organizzato da norme giuridiche e da regole del gioco, rappresenta un modo ambiguo di “fare guerra” tra gruppi sociali, senza arrivare allo scontro armato e cruento. Anzi, la guerra dei doni è fondata su cortesie e feste, su accoglienza e offerta, su dimensioni che acquisiscono la valenza di minaccia solo entro l’obbligo del ricambiare. La guerra dei doni, se letta tramite la teoria psicoanalitica, consente di guardare anche allo *hau* attenuandone l’aura mistica: lo *hau* si può considerare quale espressione di una delle caratteristiche del modo d’essere inconscio della mente: *la sostituzione della realtà esterna (l’oggetto donato) con la realtà interna*. Si può guardare al dono come ad una ritualità simbolica, espressione dell’ambigua simbolizzazione affettiva reciproca da parte dei due gruppi sociali che vivono, reciprocamente, l’ambiguità insita in una relazione amica (perchè è solo con l’amico che si evita la guerra), ma al contempo nemica (perchè rivale nella convivenza). Allora il dono è al contempo una cosa che si dà all’altro e della quale ci si priva, un sacrificio di sé nel separarsi dalle cose che si posseggono; ma anche una minaccia che il sacrificio di sé comporta per l’altro, costretto a sua volta a sacrificare una parte di sé. Senza questa contropartita, chi accetta il dono accetta il sacrificio dell’altro, univocamente, e così uno soltanto dei gruppi rivali sacrificerebbe se stesso; questa asimmetria può comportare, di fatto, l’inizio delle ostilità tradizionali. Si precipiterebbe nella dinamica individualista del possesso. Se il possesso è fondato sulla dinamica insita nel *vita mea*,

mors tua quale dinamica dell'invidia, lo scambio tramite il dono sembra basato sulla dinamica insita nel *mors mea, mors tua*; una morte simbolica di entrambi, che si configura tramite la rinuncia festosa; un sacrificio ove al Dio cui sacrificare si sostituisce l'altro, categorialmente confuso tra amico e nemico. Con Gregory (1982) si può anche distinguere il dono dallo scambio di merci. Quest'ultimo è un atto fatto da attori indipendenti e concerne oggetti "alienabili", che si possono valutare nel loro valore; il dono, di contro, è agito da soggetti reciprocamente dipendenti e concerne oggetti inalienabili, per i quali è facile la sostituzione dell'oggetto con la figura del donatore. Nella rassegna di Aria viene poi proposta la critica al dualismo dono – merce proposta da Arjun Appadurai (1986), un antropologo americano di origini indiane, che propone una attualizzazione del valore economico o simbolico delle cose, affermando come oggetti alienabili, nella loro storia e nelle vicende del loro possesso, possono divenire inalienabili e viceversa. Lo status di merce non è permanente per nessun oggetto, ma indica soltanto una fase della sua storia; la dinamica del dono si affianca, senza discontinuità, con quella dello scambio e della mercificazione anche al giorno d'oggi.

Lo scambio, insito nel dono, può implicare anche le donne dei due gruppi; donne che vengono scambiate quale processo che fonda l'esogamia; questo comporta, quale conseguenza del dono, lo strutturarsi di legami di parentela tra gruppi non più estranei.

Arriviamo infine ad Annette Weiner (1992) ed al suo paradosso del "conservare mentre si dona"; qui si mette in luce la relazione dialettica tra scambio e possessi inalienabili, nonché l'ambigua natura di questi ultimi: i beni inalienabili assumono valenza simbolica di continuità e di cambiamento, di condivisione fondata sull'eguaglianza e di gerarchia fondata sul loro controllo. I beni inalienabili, per la nostra autrice, rappresentano l'identità di una famiglia, di un clan di una tribù, di una dinastia o di una comunità. Tali oggetti hanno origini lontane, nella costruzione mitica di chi li conserva, e derivano da uno scambio tra gli antenati e gli dei. Essi agiscono, quindi, come una forza stabilizzatrice, come una continuità necessaria entro un mondo in continuo cambiamento. Ora, per la conservazione e la difesa di questi beni, simbolici dell'identità collettiva, è necessario cedere altri beni alienabili. Da ciò la sconfirma del principio di reciprocità, poichè la motivazione al dono non sarebbe l'aspettativa della restituzione, quanto il potere che deriva dal tutelare, escludendoli dalla circolazione dei doni, i possessi inalienabili fondanti l'identità collettiva. In questa ottica, lo scambio è possibile solo se alcuni oggetti rimangono inalienabili; questi ultimi, dal canto loro, possono rimanere inalienabili solo tramite lo scambio di altri oggetti.

Si giunge, così, a giustificare il dono come tutela del possesso; negando la scoperta di Mauss che vedeva il dono quale sconfirma della propensione individuale a possedere. Il pensiero antropologico sembra aver "dovuto" scardinare la scoperta di Mauss, cercando in tutti i modi di falsificarne le premesse. Più sopra ricordavamo che l'istituzione del dono, per Mauss, è profondamente ambigua: sembra trattarsi di un dono offerto generosamente, ma nel gesto che accompagna la transazione non c'è che finzione, formalismo e menzogna sociale e, al fondo, obbligo e interesse economico. E' questa la caratteristica centrale della scoperta propostaci dall'antropologo francese: un rito ambiguo, ove sono inestricabilmente connessi generosità e finzione. Un rito ambiguo come quello del possesso, al quale si contrappone perchè caratterizzato da dimensioni sociali che superano l'individualismo necessario nella dinamica del possesso.

Il difficile passo che porta dallo scambiare al condividere

Riandiamo, ancora per poco, alla situazione descritta da Mauss per raccontare dello scambio di doni. Lo scambio avviene tra due gruppi sociali. Due gruppi contrapposti, per interessi o per intenzioni bellicose. Due gruppi che trovano la loro coesione interna nel competere con l'altro gruppo sociale. La competitività, si tratta di un fenomeno che conosciamo molto bene, serve per bonificare le tensioni, i conflitti interni a un gruppo, istituendo l'altro, ciò che è esterno ed estraneo al gruppo stesso, quale nemico con cui competere. Di fronte all'emergenza della competizione vanno superate le beghe, vanno dimenticati i rancori, vanno messe da parte le conflittualità tra chi appartiene al gruppo, in nome della necessità di ritrovare una compattezza interna che consenta di utilizzare tutte le risorse di cui il

gruppo dispone, per mobilitarle entro la disputa competitiva. Molto tempo fa ho proposto di chiamare "coesione difensiva" questa propensione all'unità del gruppo sociale, di fronte alla necessità di competere con un gruppo estraneo.

Lo scambio presuppone individui propensi all'interesse proprio, personale o gruppi coesi entro la competitività. Lo scambio è una forma di contratto politico, in tutte le sue manifestazioni, dal dono maussiano al commercio di oggi. Lo scambio, in tutte le sue forme, presuppone che individui o gruppi sociali cerchino la convenienza reciproca. A partire da diffidenza e sospetto, declinati in copioni a volte pittoreschi, diversi da cultura a cultura.

Lo scambio parte da una premessa sulla natura dell'uomo e del suo modo di rapportarsi agli altri uomini. Interessante notare la contrapposizione, circa la natura umana, tra Hobbes e Aristotele.

Carlo Ginzburg ha scritto un saggio molto interessante su Thomas Hobbes, dal titolo: *Paura, reverenza, terrore. Rileggere Hobbes oggi* (2008).

Seguendo Ginzburg, ricordiamo come Hobbes, nel suo *Gli elementi della legge (Elements of Law)* del 1640, parla dello stato di natura dell'uomo come di uno stato in cui tutti gli esseri umani sono, di fatto, eguali, con gli stessi diritti; compreso il diritto di aggredire e di difendersi; "per questo vivono in una condizione di guerra perenne, di "diffidenza generale", di "paura reciproca" (*mutual fear*). Da questa situazione intollerabile essi escono rinunciando a una parte dei propri diritti: un patto che trasforma una moltitudine amorfa in un corpo politico. Nasce così lo Stato, quello che Hobbes chiamerà Leviatano: un nome che nel libro di Giobbe designa una balena, un gigantesco animale marino che nessuno può prendere all'amo." (*op. cit.* p. 19).

Interessante notare, riprendendo Mauss, che il dono, nelle società arcaiche, svolge la funzione di assicurare quella pace che nelle società attuali è garantita, a volte, dallo stato.

Ginzburg propone l'ipotesi che Hobbes abbia tratto questa sua lettura della natura umana, inizialmente fondata sul celebre detto *homo homini lupus*, da Tucidide di cui aveva tradotto *La storia della guerra del Peloponneso*. Riportiamo per intero il passo di Ginzburg al proposito:

Tra i passi che hanno richiamato l'attenzione degli studiosi di Hobbes c'è la famosa pagina del capitolo 53 del secondo libro, in cui Tucidide descrive le ripercussioni della peste che infierì ad Atene nel 429 avanti Cristo. Ma sul modo in cui Hobbes lesse – e tradusse – questa pagina c'è ancora qualcosa da dire.

Prima di tutto sentiamo Tucidide:

"Anche per altri aspetti la peste segnò per la città l'inizio del dilagare dell'assenza di leggi [anomia, in greco; nota dell'Autore]. Ciò che prima si faceva solo di nascosto, per proprio piacere, ora lo si osava più liberamente: si assisteva a cambiamenti repentini, vi erano ricchi che morivano all'improvviso, e gente, che prima non aveva niente, da un momento all'altro si trovava in possesso delle ricchezze appartenenti a quelli, per cui si credeva in diritto di abbandonarsi a rapidi piaceri, volti alla soddisfazione dei sensi, ritenendo un bene effimero sia il proprio corpo che il proprio denaro. Nessuno era più disposto a perseverare in quello che giudicava fosse il bene, perchè – pensava – non poteva sapere se non sarebbe morto prima di arrivarci; invece il piacere immediato e il guadagno che potesse procurarselo, quale che fosse la sua provenienza, ecco ciò che divenne bello e utile. La paura degli dèi o le leggi umane non rappresentavano più un freno, da un lato perché ai loro occhi il rispetto degli dèi o l'irriverenza erano ormai la stessa cosa, dal momento che vedevano morire tutti allo stesso modo, dall'altro perché, commesse delle mancanze, nessuno sperava di restare in vita fino al momento della celebrazione del processo e della resa dei conti. La pena sospesa sulle loro teste era molto più seria, e per essa la condanna era già stata pronunciata: era naturale, quindi, prima che si abbattesse su di loro, godersi un pò la vita" (*op. cit.* pp. 26 – 27).

[...] nell'Atene devastata dalla peste la legge non c'è più, nello stato di natura non c'è ancora. Sembra verosimile supporre che la situazione estrema descritta da Tucidide possa aver suggerito a Hobbes un esperimento mentale – la descrizione dello stato di natura – imperniato su una situazione altrettanto estrema. (p. 28).

Quale la differenza?

La peste è un fatto reale. La costruzione attribuita all'uomo, volta a vivere la paura e a definire un patto sociale, è una finzione.

Hobbes, secondo Ginzburg, si era ricordato di una straordinaria frase di Tacito: *fingebant simul credebantque* (Ann V. 10) "Immaginavano e al tempo stesso prestavano fede alle proprie immaginazioni".

Ecco ancora un passo di Ginzburg:

[...] sia nel caso dell'origine della religione, sia in quello dell'origine dello Stato, troviamo all'inizio la paura (*feare*) e alla fine, come risultato, la soggezione o reverenza (*awe*). In mezzo, la finzione, che s'impone a coloro che l'hanno creata come una realtà. (*op. cit.* p. 35).

Più tardi, Ginzburg dice che la parola *awe* può essere meglio tradotta come terrore, un misto di paura e soggezione, reverenza. E parla, a proposito di questa emozione che chiama "terrore", di ambivalenza. Potremmo dire di confusione ambigua. Penso sia questa la chiave di lettura di quanto stiamo dicendo a proposito dello scambio, della natura dell'uomo, del dono o della nascita dello stato. Si tratta di dinamiche che originano dal credere alla finzione che si crea, come fosse realtà, e dal mettere in atto la stessa finzione. Freud, a proposito delle caratteristiche del modo di essere inconscio della mente parlava di "sostituzione della realtà esterna con la realtà interna". Abbiamo, forse, lavorato troppo poco su questa proposta freudiana. Sostituire la realtà esterna con quella interna, come dice in modo mirabilmente conciso Tacito, significa immaginare, fantasticare, simbolizzare gli oggetti esterni e trasformarli entro il processo simbolico che li connota in modo nuovo, imprevisto, condiviso solo tramite la dinamica collusiva. Se guardiamo alla descrizione di Hobbes sulla nascita della società statale e sullo stato naturale dell'uomo, possiamo vedere come il possesso crei fantasmi: l'altro uomo è lupo all'uomo, grazie ad una trasformazione simbolica dell'altro in potenziale predatore di quanto si crede di possedere. La comunità nasce, come ricordava Fornari, come *cum munus* e come *cum moenia*. L'aggressività interna al gruppo si bonifica creando un *dono comune*, che può essere la cattedrale offerta al dio che incute soggezione o la festa di donazione della quale parla Mauss. Si bonifica, anche, costruendo le mura che difendono il territorio proprio, entro il quale si ripara il gruppo d'appartenenza; una difesa dal nemico esterno, vissuto quale potenziale predatore invidioso.

Ma le mura hanno porte che consentono scambi con l'esterno. Il commercio nasce proprio dalla voglia di uscire allo scoperto, di avventurarsi entro terre nuove ed entrare in contatto con popoli sconosciuti. Il possesso richiede difese possenti; lo scambio richiede competenza a vivere relazioni nuove.

In questa rapida rassegna del binomio possesso – scambio abbiamo visto come gli agiti, che caratterizzano sia l'uno che l'altro, siano fondati su processi simbolici non pensati, e come con l'agito si realizzino oggetti simbolici reificati.

Pensare le proprie fantasie significa uscire dalla dinamica paura – finzione – reverenza. Significa trovare, assieme all'altro – amico, una *cosa terza* quale interesse condiviso⁹, da sviluppare. La condivisione comporta una relazione orientata ad una cosa terza. Nella condivisione, si realizza una sintonia di desideri; sintonia costruita dall'interesse per la cosa terza, quale elemento di realtà. Avevamo lasciato la riflessione sul desiderio qualche pagina fa. Ora possiamo riprendere quella riflessione. Il desiderio è un'esperienza che si può vivere soltanto entro un rapporto di condivisione. Non si può desiderare da soli. La solitudine, intesa come lo star bene con se stessi, l'essere in pace con le proprie fantasie, è la condizione necessaria per desiderare, ma non ne è la condizione sufficiente. D'altro canto, chi sta bene con se stesso, cerca l'altro con cui condividere una cosa terza.

⁹ In molti vocabolari etimologici non si trova l'etimo della parola *condividere*. Di fatto, sembra trattarsi di un ossimoro, vale a dire di una figura retorica ove si accostano parole che esprimono significati opposti. Dividere deriva da *dis-*, una particella che vale "separare" e dalla radice *vid*, dall'etimo incerto, forse alla base del latino *video* – *vedere*, che comunque rimanda a sapere, apprendere, ma anche cercare, trovare. Il dividere, la divisione come analisi, consente il sapere. Anche Matte Blanco diceva che il pensiero è riconducibile alla funzione dividente e eterogena. Il prefisso *con*, dal latino *cum*, significa "assieme", e sta ad indicare la contemporaneità di un evento. Condividere, quindi, significa dividere qualcosa, conoscerla attraverso l'analisi e fare questo assieme a qualcun altro. Nella parola *condividere*, quindi, è indicata la "cosa terza", ciò che si divide, si analizza e si conosce; è inoltre implicata la relazione entro la quale ciò avviene. E' ciò che intendo indicare, proponendo la parola *condivisione* quale modalità alternativa al possesso e allo scambio.

Nell'amore sensuale, l'amore è orientato all'altro: ti amo. Quest'area dell'amore confonde, perchè ancora una volta si compie tramite l'azione; l'azione sessuale, ma anche l'azione del convivere. Due cose molto differenti: nella sessualità la relazione esaurisce al suo interno la ricerca del soddisfacimento. Può essere un'esperienza bellissima, ma manca la cosa terza. Nel convivere, di contro, la cosa terza può esserci o no. Se non c'è, "l'odore del soffritto"¹⁰ può diventare l'elemento di conflitti, di fantasie persecutorie, di rabbie infinite, di soprusi che mortificano quanto si cercava nell'amore. Se, di contro, la cosa terza è presente nell'interazione tra le due persone che convivono, allora la condivisione di interessi e di ricerche può motivare ad una relazione ricca e in sviluppo. Nelle relazioni sociali più ampie, la condivisione di una cosa terza con l'altro, può assumere le connotazioni più curiose e imprevedibili.

Nell'ambito della psicoterapia, ad esempio, la diagnosi, la cura e la guarigione sono obiettivi che non si pongono quale cosa terza, tra paziente e psicoterapista; si tratta di elaborazioni simboliche che, proprio perchè non condivise, assumono valori emozionali del tutto diversi per il paziente e per lo psicoterapista. Sino al paradosso del paziente che "non guarisce", perchè intende sabotare il "narcisismo taumaturgico" dello psicoterapista. Se paziente e psicoterapista condividono, di contro, un obiettivo di sviluppo della loro relazione, allora la relazione stessa può diventare la cosa terza, entro la quale condividere il desiderio.

Desiderare, come s'è detto, è una cosa difficile. Difficile, perchè comporta l'accettazione dei limiti che vengono posti dalla e nella realtà. Nel desiderio è implicita una componente di costruzione che porta alla realizzazione della "cosa" desiderata. Nel desiderare non è implicito quel rapporto di potere che, di contro, caratterizza il "volere" qualcosa. Si *vuole* una cosa e per ottenerla si possono utilizzare tutti i mezzi che il potere consente. Quando si *desidera* una cosa, si sa che la si può costruire entro una relazione di condivisione.

Un'ultima notazione su quanto stiamo dicendo.

Le dinamiche di possesso e di scambio sono tendenzialmente ripetitive, in quanto agiti di una simbolizzazione affettiva degli oggetti di realtà, non mediata dal pensiero. Si possono possedere statuine di porcellana di Meissen, si può possedere un'enorme cifra di danaro, si possono collezionare figurine Panini, si può accumulare una grande quantità di bottiglie di vino pregiato, si possono ricoprire le pareti della propria casa di quadri, stampe, litografie, all'infinito, si può possedere una grande quantità di amici su facebook, gli esempi potrebbero continuare a lungo. Il processo mentale che soggiace a tutte queste dimensioni del possesso è lo stesso. Gli oggetti sono solo il pretesto per una manifestazione dell'avidità, il possedere come testo che, in sè, ha le stesse connotazioni emozionali.

Analoghe considerazioni si potrebbero fare a proposito dello scambiare, e del dono quale specifico caso dello scambio.

La condivisione, di contro, è un evento che dipende, in modo altamente diversificato, dalla cosa terza che si condivide. Ogni condivisione è una storia a sè stante. Così come ogni esperienza adulta è una vicenda irripetibile, con connotazioni sue proprie. Parlare della condivisione, una volta indicato cosa si intende con questo costrutto, significa quindi addentrarci nelle vicende della cosa terza e nella storia del rapporto che sostiene la vicenda stessa.

Una decina di psicoterapisti si riunisce a casa nostra, a Trastevere, per confrontare le proprie esperienze di psicoterapia e per ragionare su di esse. Le esperienze di ciascuno funzionano come stimolo ed evocano, negli altri compagni di viaggio, associazioni, osservazioni, pensieri in libertà, commenti, altri racconti. Si possono individuare dinamiche comuni alle cose che ci raccontiamo, riflessioni o suggestioni che i racconti ascoltati suggeriscono: tutto questo è la "cosa terza" che sostanzia l'esperienza dell'Orto dei Semplici, come abbiamo chiamato le nostre riunioni.

¹⁰ "L'odore del soffritto" sta a indicare quella serie di esperienze, presenti nella quotidianità del convivere, alle quali sembrano sottrarsi le persone che sanno vivere la passione o l'amore solamente entro la clandestinità. La clandestinità non è solo una modalità di rapporto resa necessaria dalle circostanze. Spesso viene ricercata, quale modo di stare assieme provvisorio, reversibile, fatto di momenti piacevoli che non diventano mai routinari. Nella clandestinità manca "l'odore del soffritto". Mancano quelle dimensioni, noiose per chi subisce la convivenza senza fantasia e creatività, piacevoli e interessanti per chi sa cercare la "cosa terza" nel rapporto, quindi sa trasformare la convivenza in condivisione.

Preparo con la mia compagna un viaggio in Norvegia; cerchiamo sulla carta geografica l'ubicazione delle stavkirker¹¹, chiese medioevali particolarmente belle e evocatrici del passaggio tra paganesimo e cristianesimo, leggiamo di storia e di geologia di questo paese "estremo", degli usi e costumi degli abitanti, pochissimi per chilometro quadrato; ci informiamo della cucina norvegese, programmiamo un giro sui monti vicini al magnifico ghiacciaio dello Jostedal, cerchiamo di riandare alla "letteratura" che abbiamo costruito nei precedenti viaggi in Norvegia per poter vedere alcune cose di quel paese che amiamo molto.

Gli esempi potrebbero continuare. Aggiungerebbero ben poco alla dinamica del condividere. Direbbero piuttosto dei temi della condivisione, la psicoterapia, la Norvegia, la musica jazz, la pittura del quattrocento o del settecento e infinite altre aree dell'arte, della cultura, della politica, dell'economia, della psicologia, della storia.

Bibliografia

Appadurai A. (Ed). (1986), *The Social Life of the Things: Commodities in Cultural Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.

Bataille, G. (1967). *La part maudite. Précédé de la notion de dépense*. Paris: Les Editions de Minuit (Trad. it. *La parte maledetta, preceduto da La nozione di dépense*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992).

Benedict, R. (1934). *Patterns of Culture*. New York: Houghton Mifflin.

Carli, R., & Paniccia, R. M. (2003). *Analisi della domanda. Teoria e intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2011). La stavkirke norvegese e lo spazio anzi. Continuità e discontinuità nella rappresentazione sociale e nel mito. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 71-96.

Chatwin, B. (1988). *Utz*. London: Jonathan Cape (Trad. it. Utz, Adelphi, Milano, 1989).

Ginzburg, C. (2008). *Paura, reverenza, terrore. Rileggere Hobbes oggi*. Parma: Monte Università Parma.

Gregory, C. A. (1982). *Gifts and Commodities*. London: Academic Press.

Klibanski, R., Panofsky, E., & Sax, I F. (1983). *Saturno e la melanconia. Studi di storia della filosofia naturale, religione e arte*. Torino: Einaudi.

Lévi-Strauss, C. (1947). *Les structures élémentaires de la parenté*. Paris: PUF (Trad. it. Le strutture elementari della parentela, Feltrinelli, Milano, 1969).

Marshall, P. (2007). *The Mercurial Emperor. The Magic Circle of Rudolf II in Renaissance Prague*. London: Pimlico.

Mauss M. (1923-24). Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques. *Année sociologique*, 1, 30-186 (Trad. It. Saggio sul dono. Forma e motivo dello scambio nelle società arcaiche, in M. Mauss (Ed.) *Teoria generale della magia e altri saggi*. Einaudi, Torino, 2002, 155-292).

Mauss, M. (1950). *Sociologie et Antropologie*. Paris: PUF.

¹¹ Si veda: Carli, R., & Paniccia, R.M. (2011). La stavkirke norvegese e lo spazio anzi. Continuità e discontinuità nella rappresentazione sociale e nel mito, *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 71-96.

Ripellino, A. M. (2002). *Praga magica*. Torino: Einaudi.

Weiner, A. B. (1992). *Inalienable Possessions: The Paradox of Keeping-While-Giving*. Berkley: University of California Press.