

## Editoriale

di Renzo Carli\*

Definire obiettivi e metodi della psicologia clinica è davvero difficile. Proviamoci.

Pensare emozioni; pensare emozioni in modo emozionato.

Questa è, a mio parere, la funzione che organizza e sostanzia l'intervento psicologico clinico come anche la psicoterapia a orientamento psicoanalitico.

Le emozioni sono l'espressione del modo d'essere inconscio della mente, nel suo incontro con gli "oggetti" della realtà. Le emozioni sono il tramite con il quale la nostra mente costruisce gli "oggetti" della realtà. Con le emozioni, collusivamente partecipate entro i sistemi sociali d'appartenenza, si apre la partita dell'integrazione tra persone e contesto.

Il destino delle emozioni: essere agite nel rapporto con la realtà; essere pensate emozionalmente, al fine di pianificare l'azione volta a costruire e trasformare gli oggetti della realtà.

Quando l'emozione è agita, ciò avviene entro una relazione "a due", dove l'agito è conseguenza della simbolizzazione emozionale dell'"altro"; ad esempio la simbolizzazione "nemica" dell'altro.

Quando l'emozione è pensata, è possibile colludere con l'"altro" nell'individuare una "cosa terza", da simbolizzare emozionalmente in una prospettiva di sviluppo e di condivisione.

Pensare emozioni significa emanciparsi dai vincoli cogenti che derivano dal simbolizzare l'altro entro categorie emozionali che costringono, appunto, all'agito entro la relazione duale: là dove tutto sembra esaurirsi nel fronteggiare la costruzione emozionale dell'"altro", una costruzione emozionale che vincola al possesso o allo scambio obbligato.

Pensare emozioni, significa riconoscere gli esiti dell'interazione tra il proprio modo d'essere inconscio della mente e la realtà, così come viene elaborata dal sistema percettivo. Ricordando che le emozioni non sono la conseguenza o l'esito della percezione; le emozioni, di contro, orientano e guidano la percezione, determinandone l'esito. Se così non fosse, sarebbe senza senso pensare emozioni.

Pensare emozioni; pensare emozioni, lo ripetiamo, in modo emozionato.

Che significa?

L'unica strada per riconoscere le proprie emozioni è l'ironia. Pensare emozioni in modo emozionato, quindi, vuol dire pensare alle proprie e alle altrui emozioni in modo ironico.

Il pensiero sulle emozioni non può essere che un pensiero ironico. Forse, lo stesso evento del pensare è ironico. L'essere ironici equivale, in questa proposta, all'assumere una posizione "meta" nei confronti delle emozioni. In altri termini, equivale al fare delle emozioni un potente strumento di conoscenza e di orientamento all'azione.

L'ironia è uno sguardo leggero sulle cose, una salvaguardia nei confronti del coinvolgimento agito, che troppo spesso consegue all'emozione, non pensata, d'impotenza. Ancora una generalizzazione: l'emozione non pensata, in origine, è emozione d'impotenza. Quando l'emozione non si coniuga con il pensare emozioni, ne consegue impotenza. La rabbia, ad esempio, se non è pensata emozionalmente, se non è guardata con ironia, assume connotazioni insopportabili; entro la rabbia agita, ogni atto - per quanto violento - è insufficiente a esaurire l'aspettativa emozionale e comporta, necessariamente, un disperato sentimento d'impotenza.

L'ironia è l'unico strumento che la nostra mente possiede per contrastare l'impotenza.

Eugenio Scalfari scrive su *La Repubblica*, (2012, 9 dicembre, p.1): "Una parte importante di cittadini ragiona con la propria testa e tiene a bada quella parte emozionale che c'è in ciascuno di noi e che si regola sull'immediato presente. Ma un'altra parte vive di emozioni e dà retta a false promesse e ad illusioni prive di qualunque riscontro con la realtà."

---

\* 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.

Ecco come il senso comune considera le nostre emozioni: *tenere a bada* la parte emozionale che si regola sull'immediato o *vivere di* emozioni e farsi irretire da falsità prive di ogni riscontro con la realtà.

Le cose, a nostro parere, stanno diversamente.

Solo grazie alle emozioni pensate, possiamo "ragionare con la nostra testa". Con l'ironia si può guardare alle falsità, alle illusioni, alle sirene tentatrici senza farsi irretire, senza farsi coinvolgere entro militarizzazioni emozionali agite.

Il nostro paese sta vivendo un momento di difficoltà e di crisi. La psicologia clinica sembra profondamente coinvolta in questa crisi che è culturale, prima e più che economica.

Un po' d'ironia, il sorriso che accompagna il pensare emozionalmente le emozioni può essere d'aiuto. Lo sguardo ironico può accompagnare e caratterizzare il lavoro psicologico clinico, l'intervento entro le organizzazioni sociali come la psicoterapia.

E' l'augurio che la direzione della Rivista di Psicologia Clinica rivolge ai colleghi per il 2013, un futuro che, nella sua qualità, dipenderà anche da noi.

### *Bibliografia*

Scalfari, E. (2012, December 9). Editoriale: Un gesto che mette a nudo i ricatti di Berlusconi. *La Repubblica*, p.1.

## **Questioni intorno allo sviluppo della professione psicologica. Una base di discussione per (ri)pensare lo sviluppo della professione psicologica**

**di Sergio Salvatore\***

La professione psicologica versa in condizioni critiche:

- dimensionalità dell'offerta sproporzionata rispetto alla domanda – 1 psicologo europeo su 3 è italiano; su ogni 10 psicologi nel mondo 1 è italiano.
- basso tasso di attività – gli psicologi impegnati sistematicamente in attività professionale costituiscono una percentuale limitata rispetto agli iscritti all'Ordine (alcune stime pongono tale percentuale intorno al 50%).
- limitato valore economico – lo psicologo è una delle figure professionali con il reddito più basso
- deterioramento del valore socio-istituzionale della professione – ad es. progressivo indebolimento del ruolo psicologico nel SSN.
- focalizzazione del ruolo psicoterapeutico, parallela ad una limitata capacità di innovazione di prodotto
- indebolimento progressivo delle sfere di competenza, sotto la pressione di offerte avanzate da attori concorrenti (in alcuni casi di dubbio profilo deontologico).
- sostanziale latitanza sui temi strategici di interesse nazionale.

### *Spunti di analisi*

La condizione attuale della professione è la risultante di una serie di fattori, tra loro interagenti. Si richiamano 4 fattori, che rimandano ad una pluralità di piani di analisi e che possono essere considerati al contempo causa e conseguenza dei processi in atto entro il sistema professionale psicologico:

- La contiguità tra scienza psicologica e senso comune;
- L'elefantiasi del sistema professionale;
- La mancanza di un modello strategico e teorico-metodologico della professione;
- Il deterioramento delle qualità delle prassi professionali;

I 4 fattori agiscono l'uno sull'altro.

La contiguità con il senso comune rende plausibile la debolezza modellistica (Jervis qualche anno fa sostenne che la competenza professionale psicologica è un repertorio di tecniche da utilizzare in ragione di criteri di buon senso). In modo complementare, la contiguità con il senso comune rende strutturalmente debole il mandato sociale – la professione psicologica è investita di aspettative diffuse, alimentate da una infinità di violazioni dei canoni (disagio, conflitti, eventi traumatici, malfunzionamento, ecc.); tuttavia, in ragione del loro fondamento nel senso comune, tali aspettative non si coagulano in modelli strategici di committenza, vale a dire in obiettivi circoscritti utilizzabili come standard di parametrizzazione del valore delle prestazioni professionali. Conseguentemente, l'azione professionale si ritrova ad operare senza vincoli rilevanti (se non quelli definiti dalle risorse e dal comune sentire), ma proprio per questo con scarsa possibilità di apprendere dall'esperienza.

A sua volta, la debolezza modellistica impedisce che i modelli di intervento si rendano autonomi rispetto al senso comune; ciò è evidente nella tendenza a definire gli obiettivi degli interventi in termini di senso comune (vedi sotto).

La contiguità con il senso comune, inoltre, contribuisce a rendere appetibile l'offerta formativa psicologica e dunque la crescita quantitativa del sistema professionale. Il senso comune alimenta l'idea di ubiquitarità dei processi psicologici; tale idea alimenta una visione idealizzata della figura professionale, in possesso di competenze in grado di governare i campi esistenziali e i processi di

---

\* Professore ordinario di Psicologia Dinamica, Università del Salento.

adattamento propri ed altrui. In modo speculare, ma complementare, la contiguità tra senso comune e psicologia, unitamente alla debolezza metodologica della psicologia (si pensi a quanto limitata sia la capacità dei modelli psi di esprimere visioni controintuitive della realtà), alimenta l'idea di una sostanziale accessibilità degli studi psicologica – come se formarsi alla professione psicologica fosse un'operazione semplice, dunque una scelta meno impegnativa e rischiosa rispetto alle altre disponibili (ingegneria, medicina, fisica...).

A sua volta, l'elefantiasi del sistema professionale favorisce dinamiche di dumping, di rincorsa al ribasso del mandato sociale, dunque il deterioramento complessivo della qualità delle pratiche di intervento - il mondo professionale psicologico si presenta come un arcipelago di atolli di buone pratiche immersi in un mare di prassi a debole, quando non debolissimo, fondamento teorico-metodologico, scarsamente trasparenti, ostensibili, verificate e rendicontate. Prassi generalmente orientate più alla legittimazione in termini di ancoraggio a finalità idealizzate (la salute, il benessere...), che in termini di specifici obiettivi perseguiti e risultati raggiunti.

Il deterioramento dei livelli complessivi della qualità riduce il valore sociale della professione, la sua capacità di incidere in modo strategico sui temi rilevanti della contemporaneità, a livello delle persone, delle istituzioni, delle agenzie e dei sistemi sociali. Ciò disincentiva gli investimenti sull'aggiornamento delle competenze e sull'innovazione di processo e di prodotto, favorendo al contrario modelli culturali corporativi basati sull'appartenenza – modelli culturali a loro volta alimentati ed alimentanti circuiti formativi organizzati in chiave adempitiva e spesso praticati come sistemi ritualizzati a funzione identitaria - gli unici percepiti in grado di alimentare il valore del ruolo e l'accesso alla committenza.

Lo stato della elaborazione teorico-metodologica non pone vincoli alla bassa qualità degli interventi: la frammentazione del quadro paradigmatico, la sostanziale mancanza di una base epistemologica, teoretica e metodologica per la professione rendono possibile che in ambito psicologico possano coesistere opzioni ed affermazioni, dunque criteri di valore e di validazione, anche opposti tra loro. In conseguenza di ciò, il sapere pratico prodotto entro i contesti di intervento risulta sostanzialmente inutilizzabile per lo sviluppo scientifico della disciplina (o meglio, rimane utilizzabile solo entro le enclave linguistiche e socio-professionali entro cui è prodotto, operando così come un volano di riproduzione delle appartenenze, piuttosto che un vettore dello sviluppo sistemico).

In questo quadro, la professione psicologica sopravvive a se stessa malgrado tutto, in quanto si mantiene legata ad un mandato sociale tanto diffuso quanto poco orientato in chiave strategica. Un mandato di tal tipo lascia spazio a forme marginali di attività professionale (si pensi ad ambiti come la scuola) – residuali soprattutto dal punto di vista qualitativo – senza tuttavia attendersi specifiche utilità, la cui realizzazione possa funzionare da veicolo di valorizzazione dell'offerta. Lo psicologo sembra in molti casi investito da un ruolo mitico, funzionale a dinamiche retoriche di regolazione simbolica dei contesti, piuttosto che in ragione di specifiche esigenze/obiettivi funzionali. Entro tali dinamiche, la bassa qualità degli interventi non solo non costituisce una criticità, ma viene per certi versi incentivata. D'altra parte, prassi professionali prive di respiro strategico, non sostanziate da capacità avanzate di analisi e di governo dei setting di intervento, difficilmente possono entrare in rapporto dialettico con simili dinamiche. Il che equivale a dire che la bassa qualità degli interventi finisce per alimentare le forme di mandato sociale – i modelli di senso comune che le fondano ed alimentano – che in ultima istanza determinano le condizioni del progressivo deterioramento della qualità dell'offerta professionale.

### *Nodi dello sviluppo*

Di seguito si individuano 3 linee di azione volte a contrastare la criticità della attuale condizione attuale della professione psicologica.

La discussione intorno agli obiettivi della professione psicologica.

E' necessario sviluppare una riflessione critica sul modo con cui la psicologia organizza la rappresentazione della propria funzione entro il sistema sociale.

Un punto di partenza è la distinzione – ampiamente utilizzata nell’ambito della letteratura sui servizi - tra output ed outcome. L’output è l’esito immediato dell’azione competente – ciò che il professionista realizza in quanto risultato dell’impiego del proprio armamentario tecnico, delle metodologie che regolano tale impiego e delle teorie che ne concettualizzano l’oggetto. L’outcome è l’impatto/valore dell’output entro il sistema cliente (e più in generale entro il sistema sociale).

L’output è definito con lo stesso linguaggio scientifico che organizza l’apparato scientifico-tecnico del professionista. Tale apparato descrive il funzionamento del fenomeno target e dunque lo stato del fenomeno atteso come conseguenza di una determinata azione esercitata sullo stesso. Ad esempio, la fisica descrive la caduta dei gravi nei termini di una specifica equazione (l’accelerazione gravitazionale); se si lascia cadere un corpo da una torre, l’output di tale azione è descritto nei termini di tale equazione, vale a dire nei termini dell’accelerazione che il corpo subisce nel corso della caduta. Il fatto che l’output sia descritto nello stesso linguaggio dell’azione tecnica e della teoria che la fonda è una condizione essenziale per permettere al professionista di mantenere il controllo competente della propria azione, dunque il nesso tra essa e i suoi esiti attesi.

L’outcome parla invece il linguaggio del cliente. Esso è rappresentato in termini di senso comune, vale a dire nei termini delle categorie che il cliente utilizza per descrivere l’impatto dell’azione professionale (vale a dire l’output) nel proprio contesto. Attraverso tali categorie, il sistema cliente interpreta dal proprio punto di vista l’output, in ultima istanza definendone il valore (economico, sociale, politico, etico). Ad esempio, lo stesso output – un certo livello di accelerazione gravitazionale – instanzierà outcome molto diversi, a seconda se esso concerne un prezioso vaso Ming o un pezzo di carta straccia. Dal punto di vista del fisico la distinzione è irrilevante, in quanto non pertinente al proprio modello. Diversa, evidentemente, la prospettiva del proprietario del vaso...

Quanto sopra detto dà ragione della reciproca irriducibilità di output e outcome. Essi si collocano su domini linguistici differenti, reciprocamente autonomi. Ogni professione definisce la propria funzione in ragione di come articola il rapporto tra questi due termini.

La psicologia non ha analizzato in modo sistematico tale rapporto; lo ha piuttosto dato per scontato. La ragione di ciò è probabilmente da ricercarsi nella continuità tra linguaggio disciplinare e senso comune. Tale contiguità ha favorito (o comunque non ha permesso di evitare) un modello professionale basato sul bypass dell’output – vale a dire sulla tendenza a definire lo scopo dell’azione professionale direttamente in termini di outcome. Con altre parole, l’esito dell’azione professionale psicologica è generalmente rappresentato nei termini dei fenomeni di senso comune costituenti il contenuto del mandato sociale, vale a dire come uno stato desiderabile di fenomeni quali: il bullismo, il conflitto organizzativo, il disagio, il comportamento tossicomano, ecc.

Ovviamente, di per sé la connessione tra azione professionale e scopi della committenza non è un dato critico; al contrario, è la condizione di felicità di qualsiasi sistema professionale. Ciò che nel caso della psicologia richiede di essere analizzato è l’immediatezza di tale connessione - come se l’azione esercitasse il proprio effetto direttamente in termini di outcome.

Questo modello di relazione immediata azione-outcome è evidente nel modo con cui la dimensione dell’output rimane sullo sfondo nel campo della ricerca psicologica – la maggior parte degli studi si focalizza sulla individuazione empirica di invarianze nella relazione tra elementi considerati vettori (e/o mediatori-moderatori) dell’intervento e i suoi risultati sul piano dell’outcome. Tale modo di operare permette di stabilire un nesso tra tecnica e scopi del cliente; tuttavia non offre molti elementi per la comprensione dei meccanismi e dei processi psicologici (dunque dell’output) che veicolano l’outcome. Ad esempio, la ricerca in psicoterapia ha evidenziato come la qualità della alleanza terapeutica sia sistematicamente associata con il cambiamento terapeutico; ma quali microprocessi psicologici mediano tale relazione non è chiaro – su questo aspetto si rimane nel campo delle congetture.

A prima vista anche altri sistemi professionali sembrerebbero definire in modo immediato il nesso tra azione ed outcome. Ad esempio, il risultato della cura medica è definito con il linguaggio del paziente – ad es. come guarigione. Allo stesso modo, un ingegnere può descrivere il proprio obiettivo negli stessi termini del cliente – ad esempio: come insonorizzazione di un ambiente. Tuttavia, in casi del genere non vi è immediatezza, quanto piuttosto un nesso univoco ed

invariante tra output ed outcome, in conseguenza del quale l'uno può essere usato al posto dell'altro. Il medico e l'ingegnere definiscono il proprio scopo finale in termini di outcome, ma hanno ben chiaro come il perseguimento di tale scopo riflette un output immediato, definito nei termini del linguaggio tecnico-disciplinare. Il medico non è guidato nella propria azione dallo scopo della guarigione, ma, per dire, dall'obiettivo tecnico di eliminare un batterio dall'organismo del paziente; l'ingegnere non "vede" l'insonorizzazione, ma il cambiamento della lunghezza d'onda dei suoni presenti nell'ambiente. D'altra parte, nella maggior parte delle professioni vi è un nesso stretto tra l'output tecnico (l'eliminazione del batterio, la modificazione della lunghezza d'onda) e il suo significato per il cliente (l'outcome: la guarigione, l'insonorizzazione), tale da rendere univoca l'interpretazione transitiva del risultato tecnico in termini di senso comune. Conseguentemente, l'outcome può funzionare come traduzione immediata e univoca dell'output.

Le conseguenze del bypass dell'output in campo psicologico andrebbero esaminate in modo sistematico. Di seguito ci limitiamo a richiamare due aspetti critici generali.

Da un lato, la debolezza metodologica della professione. Il fatto che l'esito dell'intervento psicologico sia definito in un linguaggio altro da quello disciplinare rende debole, quando non vago, il nesso tra azione e risultato; ciò riduce la possibilità di regolazione dell'azione. Un'azione tecnica è tanto più regolabile, e dunque efficace, quanto più è chiaro ed immediato il nesso tra le operazioni da compiere e il loro esito. Tale condizione richiede che l'esito sia descritto negli stessi termini delle operazioni. Ad esempio, se il medico dispone di mezzi e criteri basati su modelli biologici (ad esempio, mezzi, operazioni volte a mobilitare il sistema immunitario), allora tali mezzi potranno essere efficacemente regolati nel loro uso a condizione che il loro esito sia descritto negli stessi termini – come distruzione dell'agente batterico, ad esempio. Lo scopo finale perseguito (la guarigione) dà senso e valore sociale all'azione; ma di per sé da esso non discendono vincoli e criteri utili per regolarla sul piano funzionale ed operativo. Conseguentemente, nella misura in cui il professionista psicologo assume l'outcome come riferimento immediato, si ritrova ad operare in un regime scarsamente vincolato, con ridotta possibilità di apprendere dall'esperienza, di generalizzare le conoscenze sviluppate entro i singoli interventi. Il senso comune finisce inevitabilmente per essere la competenza cui lo psicologo dovrà rivolgersi per surrogare la debolezza del proprio apparato tecnico-metodologico.

Dall'altro lato, l'ancoraggio all'outcome ha comportato una progressiva frammentazione in settori della professione, definiti indipendentemente dalle articolazioni concettuali e metodologiche dei saperi disciplinari. La psicologia risulta oggi una sorta di confederazione di domini autonomi, ognuno qualificato da una circoscritta sfera di competenza, definita in ragione di un determinato segmento di mandato sociale (psicologia dello sport, psicologia scolastica, counseling, psicologia del lavoro...). Va precisato che la settorializzazione non riguarda l'articolazione della funzione psicologica nei diversi ambiti di intervento. Essa, piuttosto, è uno dei possibili modi con cui tale articolazione può essere realizzata: la settorializzazione è una modalità di differenziazione del sapere teorico-pratico guidata dalla domanda sociale, piuttosto che dalla struttura interna della disciplina. Essa esita nella costituzione di sfere di competenza autonome, definitorie non solo di specifiche tecniche, ma anche dei loro fondamenti teorico-metodologici. In questo senso, essa è l'opposto della specializzazione – vale a dire di quella forma di articolazione della funzione professionale che mantiene la sostanziale unitarietà teorico-metodologica, per differenziarla a livello dei contenuti tecnici, resi contingenti agli ambiti di intervento. La settorializzazione vincola lo sviluppo professionale sotto una serie di aspetti: alimenta la disarticolazione del tessuto professionale; rende difficile il trasferimento delle esperienze tra i domini di intervento; indebolisce i confini del sistema professionale, riducendo conseguentemente la capacità di governarne le dinamiche.

Le osservazioni sopra proposte evidenziano la rilevanza strategica della discussione intorno agli obiettivi della professione psicologica. Entro tale discussione s'intrecciano temi di natura teorica generale con l'analisi socio-culturale del rapporto tra professione e società. Tali temi si prestano ad essere sintetizzati in alcune questioni fondamentali che delineano una agenda ideale di un dibattito che si auspica possa aprirsi entro la comunità scientifico-professionale.

Quale modello di risultato è perseguibile in ambito psicologico? È possibile ed utile per la psicologia rappresentare i propri risultati in riferimento ai fenomeni così come definiti dal senso comune (outcome) o va sviluppata una costruzione degli obiettivi in chiave modellistica (in termini

di output)? Quali sono i pro e i contro di queste opzioni? Quali i vincoli epistemologici e teorici entro i quali è possibile operare una scelta?

La professione psicologica ha una propria base teorico-metodologica unitaria o i settori in cui opera definiscono anche coerenti confini epistemologici e teorici?

Quale è il valore aggiunto generato dall'intervento professionale psicologico? Quale è il nesso tra le dimensioni/variabili psicologiche e le caratteristiche - strutturali e/o funzionali - dei fenomeni su cui gli psicologi intervengono?

#### *Governo dei livelli quali-quantitativi dell'offerta professionale*

Come già osservato, la numerosità attuale della popolazione degli psicologi abilitati all'esercizio della professione è tale da minare qualsiasi politica di sviluppo della professione. E' plausibile ipotizzare una relazione quadratica tra quantità e qualità dell'offerta – fino ad un certo punto all'aumento dell'una corrisponde un aumento dell'altra; dopo una certa soglia critica l'incremento della numerosità si traduce in dequalificazione (in quanto induce dinamiche di dumping e di anomizzazione). La questione della quantità dell'offerta professionale è dunque non eludibile e va affrontata in modo integrato alla definizione di una politica di monitoraggio e promozione della sua qualità.

Di seguito si richiamano due questioni centrali che tale politica dovrebbe affrontare.

A) Va definito un piano di medio periodo di riequilibrio dei livelli quantitativi del sistema professionale. In assenza di vincoli legislativi, tale obiettivo può oggi essere perseguito soltanto in termini bottom-up, come esito della concertazione tra gli attori istituzionali interessati. Il problema fondamentale da affrontare è la definizione della numerosità ottimale. Tale parametro non può infatti essere calcolato in riferimento al fabbisogno del sistema sanitario, in quanto la presenza della funzione psicologica in tale sistema non è rappresentativa sul piano quantitativo del sistema professionale. La numerosità va dunque calcolata in ragione di criteri ulteriori, basati sull'analisi strategica del rapporto tra professione e società. L'individuazione di tali criteri costituirebbe l'oggetto sul quale avviare la discussione in seno alla comunità professionale. Tale discussione potrebbe essere sostenuta da uno studio sistematico su base empirica della numerosità dei sistemi professionali psicologici negli altri paesi. Uno studio di tal genere dovrebbe analizzare il rapporto tra qualità e quantità dell'offerta professionale, ponderando al contempo il ruolo di una serie di variabili strutturali, istituzionali e funzionali (ad es. tassi di attività, livelli di reddito, differenziazione dell'offerta, forme di presenza dell'offerta professionale, modelli organizzativi, modelli associativi, livello di produzione scientifica, incidenza barriere tra formazione e accesso alla professione; Pil, tassi di crescita, investimenti pubblici...).

Le sedi universitarie dispongono di luoghi (ad es. la Conferenza dei Presidi delle Facoltà di Psicologia, oggi tuttavia in fase di ridefinizione a seguito della riforma Gelmini) dove concertare le forme e i criteri nei termini dei quali tradurre il parametro strategico in decisioni circa la regolazione degli accessi. A tal fine è necessario affrontare aspetti quali: a) il tasso di inattività da assumere come fisiologico; b) il saldo negativo annuale tra uscite ed ingressi che si ritiene sostenibile, dunque il numero di anni sui quali spalmare il processo di riequilibrio; c) i criteri (e le modalità della loro implementazione) in base ai quali operare la ripartizione delle "quote" di accessi tra le sedi universitarie; d) la base territoriale sulla quale applicare i criteri (locale, regionale, nazionale?).

B) L'Esame di Stato va ripensato in un'ottica strategica, come leva di promozione della qualità dell'offerta professionale. A tal fine è necessario sviluppare una discussione sistematica entro la comunità scientifico-professionale volta a delineare un modello di competenza professionale da utilizzare come standard di riferimento. Si tratta, cioè, di individuare un modello generale della competenza psicologica che possa diventare il bagaglio di base del professionista psicologo: un modello di competenza che lo renda capace di perseguire gli obiettivi professionali in modo efficace ed efficiente.

Tale modello di competenza andrebbe a specificare in termini sostanziali, piuttosto che meramente formali, i requisiti minimi di accesso alla professione – ciò che il soggetto deve mostrare di possedere in termini di conoscenze e capacità per poter operare in qualità di psicologo.

La convergenza della comunità professionale su un modello generale non comprimerebbe gli spazi di autonomia delle singole culture professionali; al contrario andrebbe a definire un common ground facilitante il confronto tra esse.

A ciò si aggiunga che la definizione di un modello generale della competenza psicologica renderebbe praticabili e/o permetterebbe una migliore finalizzazione di strategie di promozione della qualità, quali, ad esempio: sistema di accreditamento dei professionisti; piani di formazione dei professionisti; monitoraggio della distribuzione delle competenze entro il sistema professionale.

#### *Politiche di sviluppo della committenza sociale*

Molto si è detto e si dice su questo tema in seno alla comunità degli psicologi. Non serve dunque spendere molte parole su questo punto, se non per evidenziare un punto: la committenza sociale non coincide con la disposizione del sistema sociale a domandare servizi professionali alla psicologia; piuttosto, è il modello culturale che interpreta determinati fenomeni come eventi critici da trattare in chiave psicologica.

Conseguentemente, la committenza sociale va promossa non solo sul piano lobbistico e normativo (esempio emblematico in questo senso è la storia degli sforzi degli ultimi dieci anni volti a promuovere la psicologia in ambito scolastico), ma anche e soprattutto potenziando la capacità della psicologia di alimentare la cultura che alimenta la committenza.

Una simile strategia di promozione richiede la convergenza di una pluralità di operazioni di medio-lungo periodo. Serve approfondire la conoscenza delle culture che mediano l'immagine della psicologia entro i diversi ambiti di committenza; serve elaborare interpretazioni innovative dei fenomeni sociali rilevanti; serve promuovere la capacità di accountability del sistema professionale; serve incentivare la visibilità delle prassi e dei risultati professionali; servono standard condivisi e criteri regolativi delle forme di comunicazione sociale che vedono implicati gli psicologi.

#### *Conclusioni*

Questo documento ha richiamato alcune questioni che ruotano intorno alla prassi psicologica e al suo sviluppo. Alla base delle considerazioni svolte il riconoscimento di come la professione psicologica richieda uno sforzo collettivo di interpretazione, che intrecci il piano dell'analisi socio-culturale con quelli della elaborazione concettuale e della progettazione strategica. La condizione attuale della psicologia italiana richiede una revisione dei presupposti su cui si fonda la sua relazione con il mondo sociale. E' necessaria una nuova visione e idee innovative, per contrastare la residualità alla quale sembrerebbe condannata la nostra professione.



## Una “immagine” per la psicoanalisi: la necessità di teoria \*

di Antonio Imbasciati\*\*

### *Abstract*

L'A., nella sua lunga esperienza universitaria ha riscontrato in quasi tutti i colleghi delle discipline più diverse un'immagine distorta e obsoleta della psicoanalisi. Per contro esiste ed è riconosciuto un grande *gap* tra la clinica psicoanalitica attuale e il suo assetto teorico. Questo è rimasto ancorato alla venerazione della Metapsicologia del Maestro. L'A. argomenta che tale secondo evento sia causa del primo. Dalla clinica psicoanalitica attuale possono essere estratte teorie molto diverse da quelle freudiane, più congrue a quanto oggi sappiamo sulla mente. Queste teorie non sono tuttavia state esplicitate, per l'isolazionismo e lo spirito religioso delle società psicoanalitiche ufficiali, cosicché al di fuori della più ristretta cerchia degli psicoanalisti si crede che la psicoanalisi debba riferirsi alla teoria freudiana. La trascuranza di uno sviluppo esplicito di nuove teorie ha un effetto disastroso nella pratica professionale non tanto degli psicoanalisti quanto nella ben più numerosa schiera degli psicoterapeuti “psicodinamici”. L'A. sostiene un'integrazione tra le diverse scienze della mente, che possa permettere teorie psicoanalitiche più congrue e un'immagine esterna meno discorde dallo stato attuale della clinica degli psicoanalisti.

*Parole chiave:* Psicoanalisi, Teoria energetica-pulsionale, Metapsicologia, Inconscio

### *La cosiddetta teoria di Freud*

Durante il mio ormai alla fine percorso di docente universitario – prima in Facoltà di Magistero diventata poi di Psicologia e quindi in Facoltà di Medicina – a contatto con i colleghi di molteplici discipline, alcune vicine altre meno alla mia (Psicologia Clinica), mi sono trovato a riscontrare opinioni sulla psicoanalisi quanto mai tra di loro diverse ma sempre distorte in senso negativo: una scotomizzazione talora, una misconoscenza sempre, rispetto allo statuto scientifico e agli stessi contenuti della psicoanalisi; e in conseguenza verso la sua utilità, sia per la ricerca, generale e specifica, sia per scopi terapeutici, nonché per le molteplici forme di assistenza e aiuto, alla persona, alla collettività, alla società. Eppure i colleghi con i quali venivo in contatto erano tutti, a vario titolo, “scienziati” (a parte la decadenza della nostra università) e comunque, nelle facoltà suddette, dediti alle varie forme di aiuto alla persona umana: ci si sarebbe aspettato che per entrambe le due suddette motivazioni, avessero un'idea, pallida ma non errata, della psicoanalisi.

Perché dunque ciò che andavo orecchiando? A contatti un poco più mirati, facilmente ho potuto appurare che la conoscenza di cui questi colleghi disponevano era più o meno circoscrivibile alla Metapsicologia freudiana. Questa, oltre a non aver mai rappresentato l'essenza della psicoanalisi (Freud, 1922/1970), ma esser stata un'invenzione politico-promozionale presso gli scienziati dell'epoca (Freud la definì Strega e Mitologia nel 1937), è oggi quanto mai lontana dai grandi sviluppi e cambiamenti che ha subito la clinica psicoanalitica stessa, e la relativa metodologia. Perché dunque questi colleghi sono rimasti così indietro?

Uno psicologo si forma una qualche idea delle scienze biomediche, e se percorre la carriera universitaria che comporta ricerca e contatti con colleghi di scienze diverse, se la arricchisce e la adegua: altrettanto ci si attenderebbe dai colleghi di queste ultime, scienziati, nei confronti delle scienze psicologiche. In realtà, non solo e non tanto rispetto alla psicoanalisi, ma anche nei confronti della Psicologia Clinica, che dalla psicoanalisi ha attinto, ho riscontrato una non differente idea distorta e negativa; e persino negli psichiatri, cosa quest'ultima purtroppo nota a molti psicologi italiani.

---

\* Questo articolo costituisce un particolare sviluppo da un precedente, più generale, comparso sul n.2 di questa medesima rivista (Imbasciati, 2011).

\*\* Professore ordinario di Psicologia clinica e Direttore dell'Istituto di psicologia della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Brescia; membro ordinario della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association ([www.imbasciati.it](http://www.imbasciati.it)).

Nell'area degli psicologi nota e attuale è una certa peraltro antica avversione di non pochi di loro, nelle differenti scienze della mente distribuiti secondo approcci diversi di altre Scuole, e la loro opinione negativa circa la psicoanalisi. Personalmente appartengo alla schiera degli psicologi (ma fui anche medico e neuropsichiatra) che alla psicoanalisi si sono particolarmente dedicati, percorrendo anche il non facile relativo training istituzionale SPI. Sono quindi convinto della scientificità di questa disciplina: non voglio però qui entrarne nelle ragioni, che implicarono enormi diatribe tra scienziati di diverse matrici, bensì in questo scritto voglio invece esporre alcune ipotesi circa la sopraccennata e comunque nota discrepanza di idee, conoscenze, misconoscenze, opinioni e convincimenti che si riscontra presso gli "altri" a proposito della psicoanalisi. E da qui porre interrogativi su una più generale immagine pubblica della psicoanalisi, nonché delle psicoterapie da questa derivate. Cosa si conosce della psicoanalisi presso questi "altri", colleghi di scienze diverse? Cosa ne conoscono quelli che, sul versante biomedico come spesso anche su quello sociologico, hanno più a che fare con l'"umano"? E cosa ne conoscono gli psichiatri? E gli psicologi stessi? Credo che le risposte più probabili possano assumere a comun denominatore che ciò che si conosce è "la Teoria di Freud". E cos'è questa Teoria? Le risposte che si riscontrano nominano inconscio, pulsioni, libido, Io-Es-Super-Io, Edipo, rimozione e via dicendo. Cioè si conosce qualcosa della Metapsicologia, scritta da Freud cento anni fa.

Ma questa non è psicoanalisi, tanto meno la psicoanalisi di oggi. Freud scrisse quel testo per giustificare la scoperta che la mente non coincideva con la coscienza, cosa che tutti oggi riconoscono anche senza usare la parola inconscio: "giustificare" una cosa che al suo tempo era inconcepibile di fronte agli altri scienziati contemporanei. Per tal ultimo scopo, promozionale strategico della sua scienza nuova, o meglio della sua prassi clinica, non esitò ad assemblare elementi delle scienze altre, di quell'epoca, malgrado dentro di sé dubitasse della teoria che andava formulando: come già enunciato, la chiamò "Strega", e "Mitologia" (Freud, 1937/1976, 1932a/1976, 1932b/1976).

Il grande merito di Freud sta nell'aver scoperto un metodo, che come tale ha fondato una scienza, non nell'aver inventato una teoria, oggi antiquata. Altrove ho parlato in dettaglio delle grandi critiche rivolte, in America già dagli anni 1960-70, alla Metapsicologia. Eppure della psicoanalisi ciò che è tuttora conosciuto e ritenuto caratteristico di questa contestata scienza è proprio la Metapsicologia. Contestata ancor oggi, in quanto la si identifica con una obsoleta e già in origine dubitata teoria: questo avviene ancor oggi presso tutti gli scienziati "altri". Ma accade anche per molti psicoterapeuti che alla psicoanalisi dicono di rifarsi, nel loro caotico artigianato.

#### *Società Psicoanalitiche e immagine della psicoanalisi*

L'evento misconoscitivo sopra descritto mi è apparso tipicamente italiano. In altri paesi il fenomeno, se avviene, mi è apparso più velato. Credo che ragioni di ciò possano essere individuate nell'isolazionismo degli psicoanalisti italiani più "patentati" (che del resto ritengo i migliori) e in una sorta di religiosità della loro istituzione ufficiale.

Nelle decadi addietro il gruppo degli analisti "ufficiali" si è arroccato entro (meglio "dentro"?) la propria cerchia istituzionale, facendosi assai poco e non adeguatamente conoscere dagli altri studiosi, nonché dal grande pubblico, sospettosi – in fondo – che il loro sapere potesse essere inquinato (cosa possibile: lo diceva Musatti settant'anni fa), soprattutto da coloro che all'istituzione si accostavano ma non vi entravano. L'ammissione al training è sempre stata giustamente rigorosa, ma spesso ha lasciato fuori persone che allo sviluppo della psicoanalisi avrebbero potuto contribuire, o che al di fuori dell'istituzione hanno prodotto opere anche geniali. Si veda per esempio Sullivan e, oggi, Daniel Stern, col suo Boston Group (2005).

Altro aspetto religioso sta in un attaccamento ad oltranza, che diventa venerazione, a tutta l'opera di Freud ed in particolare ai concetti della Metapsicologia. È questa, in particolare il concetto di rimozione, una sorta di mostro sacro da venerare; così com'è dovere celebrare ogni opera del Maestro, come fosse di validità eterna, mettendo in ombra il progresso relativo all'epoca in cui fu prodotta. Freud sta alla psicoanalisi come Galileo sta alla fisica:

questa è andata ben oltre Galileo, grazie anche a lui; forse soprattutto. Così per la psicoanalisi. Ciò è ben noto agli psicoanalisti, ma nel clima della loro istituzione non si osa esplicitare che cosa dell'opera freudiana è sorpassato, soprattutto della concezione dell'inconscio quale risulta dalla Metapsicologia. Che alcuni fondamentali concetti di questa non corrispondano più a com'è l'attuale clinica, gli psicoanalisti – ufficiali, intendo – lo sanno, ma viene lasciato in ombra nella nebulosità in cui è rimasta l'esplicitazione delle teorie, che, nello sviluppo della psicoanalisi dopo settant'anni dalla morte di Freud, sono estraibili, anzi astraiabili, dall'enorme progresso e cambiamento della clinica psicoanalitica stessa.

Questa è progredita in quanto il geniale metodo di Freud si è arricchito e sviluppato. Se allora si fondava sulle libere associazioni e sull'analisi dei sogni, e ciò poggiava sulla credenza che tutto quello che non era cosciente poteva essere disvelato, cioè ridotto ai termini formulabili col linguaggio adulto della coscienza, oggi invece si basa su di una serie complessa di capacità di avvertire e gestire le proprie emozioni<sup>1</sup>, che si richiede all'analista (è cambiato il training) perché egli possa accostarsi ad un mondo emozionale ineffabile – nel vero etimo di tale aggettivo – paragonabile a quanto da una decina d'anni ci hanno mostrato altre scienze psicologiche nel funzionamento della mente del primo anno di vita del bimbo, e che le attuali neuroscienze ci hanno mostrato permanere nell'adulto, nell'attività dell'emisfero destro, il cervello emotivo (Schore, 2003a, 2003b). Un tale "equipaggiamento" psichico permette all'analista una comprensione di ciò che accade in se stesso e nel paziente quando ci si accosta, in risonanza di relazione, a questo tipo di funzionamento psichico, emozionale, al di là di ogni possibile verbalizzabilità, che chiamare inconscio può risultare a molti fuorviante<sup>2</sup>, e che emana da tutti gli umani governando a loro insaputa ogni reciproca loro interazione. Oggi è richiesto all'analista un addestramento ad accostarsi – mai interamente tradurre nelle forme del pensiero verbalizzabile<sup>3</sup> – per poter risuonare in una comunicazione emozionale (un barlume di questa fu chiamata empatia), in un dialogo non verbale, che proprio per questo è fattore terapeutico di cambiamento. In altri termini l'inconscio più essenziale non è riducibile in parole: decade da qui il valore dell'interpretazione, procede da qui un arricchimento e un rivolgimento del metodo; nonché progresso, ancorché difficile, della clinica, che ha potuto essere applicata ai casi un tempo ritenuti non analizzabili. Oggi si considera il valore mutativo (terapeutico) di una comunicazione di affetti, intendendo non tanto l'induzione più o meno reciproca di affetti percepiti, bensì quanto si è scoperto avvenire con effetto neurale strutturante<sup>4</sup> nei neonati e nei bimbi piccoli coi loro caregivers, cioè un'effettiva comunicazione di messaggi aventi valore di pensiero, anche se al di là di ogni consapevolezza, e che accade anche tra adulti: tutto ciò è veicolato (comunicazione non verbale) dal tipo di interazioni che comunque sempre intercorrono (Schore, 2003a, 2003b). La clinica degli psicoanalisti, oggi, è dunque molto diversa, e cozza contro la Metapsicologia di Freud, ma si evita di saperlo, tantomeno si è osato esplicitarlo: solo da pochissimo si cominciano a delineare nuove teorizzazioni, nuove metapsicologie. Il silenzio, la non esplicitazione sono state favorite, a mio avviso mediate, da una trascuranza diurna, dopo Freud, degli aspetti teorici, a favore di una clinica, descrittiva in modo quanto mai fine, ma non esplicativa: trascuranza che ha favorito la sopravvivenza dei mostri sacri.

---

<sup>1</sup> Embrione di ciò fu intuito da Freud quando sottolineò il concetto di attenzione fluttuante ripreso da Reik (Sacchi, 2008), nonché nelle opere di Ferenczi. Si ricorda comunque al lettore come col termine "emozione" nel linguaggio degli analisti si intenda sempre qualcosa di inconsapevole – inconscio – che oggi vediamo convalidato a livello di attività neurale.

<sup>2</sup> Non ha nulla a che fare infatti con quanto Freud chiamò rimozione: è il funzionamento emozionale primario che emana dagli umani al di là di ogni intenzione e consapevolezza. La nozione di inconscio è oggi profondamente cambiata.

<sup>3</sup> Alcuni hanno affermato che l'inconscio è "il neurologico": certamente, come per ogni processo psichico, che in questo caso riguarda il "pensiero" che può essere individuato nella comunicazione che avviene in un bimbo al di sotto di un anno con i suoi caregivers.

<sup>4</sup> Ciò che fu chiamato maturazione neurologica nel primo anno di vita e ritenuto dovuto al processo naturale iscritto nel patrimonio genetico, si è in realtà oggi rivelato frutto di apprendimenti del bimbo dai suoi caregivers. Tali apprendimenti implicano la strutturazione di reti neurali, il cui corrispettivo mentale ha valore di acquisizione di capacità di pensiero: il bambino impara a "intelligere". Il processo è del tutto individuale, in quanto dipende dal tipo di messaggi che la struttura neuropsichica del caregiver è in grado di emanare e di veicolare nelle interazioni di accudimento (Merciai & Cannella, 2009).

In effetti, tra gli psicoanalisti patentati, non è definito che cosa in psicoanalisi è ed è stata scoperta, che cosa invece è ed è stata teoria, cioè “invenzione”, e che cosa è altresì metodo. Il termine teoria viene usato in tutte le varie accezioni che esso ha nella lingua italiana, cosicché non si può dire che cosa sia “la teoria della psicoanalisi”, e neppure si sa definire che cosa fu la “teoria di Freud” (l’energia pulsionale?), in una continua mescolanza di scoperta, invenzione di metodo, invenzione di teoria.

La scoperta appartiene alla clinica quale permessa dal metodo: dalla clinica, mettendo insieme dati osservati si può ipotizzare teoria; nonché sviluppo del metodo stesso. La clinica è descrittiva di eventi resi osservabili dal metodo; una teoria, per essere a mio avviso tale, deve essere esplicativa. Occorre però tener presente che una teoria è sempre un’invenzione ipotetica, tratta dallo stato in cui ad ogni data epoca sono acquisite scoperte permesse dallo sviluppo del metodo in quel momento. Ogni teoria è provvisoria: se una scienza progredisce, le teorie cambiano. In effetti le teorie che si ricavano dallo stato attuale della psicoanalisi sono assai diverse da quelle originarie, ma non sono state esplicitate, il che ha un non trascurabile effetto sull’immagine che della psicoanalisi hanno gli altri studiosi.

Occorre che il riferimento a una teoria, se utile, vada distinto dalla descrizione dei fatti osservati: nei resoconti della clinica psicoanalitica si ha invece l’impressione che spesso si usino elementi teorici, come tali costrutti ipotetici, come fossero eventi clinici. Malgrado da qualche decennio si parli di Teorie Oggettuali e ancor più di Teorie Relazionali, valorizzando cioè come agente essenziale nel mutamento ottenibile con l’analisi la qualità della relazione emozionale tra analista e analizzando e ciò che per tale qualità passa dall’uno all’altro, spesso inconsciamente, nonché di intersoggettività contrapposta a un’indagine intrapersonale operata dentro l’analizzando, si continua a far riferimento alle pulsioni. Si pensa che libido e pulsioni “esistano” e si crede come effettivo evento psichico che, per esempio, un contenuto psichico sia stato “rimosso”. Rimozione è un concetto esplicativo che Freud inventò nel quadro della sua teoria energetica: sottintendendo che la pulsionalità dovrebbe spingere (*trieb* = spinta) i contenuti psichici verso la coscienza, per spiegare la resistenza (*widerstand*) a prendere coscienza con l’interpretazione, dovette supporre una contropulsa (*ver-drangung*) che li respingesse indietro. La resistenza è una scoperta che appartiene al livello clinico, mentre la rimozione è un’ipotesi che appartiene al livello dell’invenzione esplicativa freudiana per tutta la serie di eventi osservati quali compendati nella Metapsicologia; non è affatto una scoperta, come sembrano tuttora credere molti analisti. In realtà la scoperta della resistenza non dimostra affatto che ci sia rimozione, bensì soltanto che l’interpretazione verbale non serve a rendere conscio l’inconscio: oggi sappiamo che ci vuole altro, quell’altro qualcosa che passa, ineffabilmente, attraverso la relazione e la comunicazione non verbale inconscia che vi transita.

Rimozione non è una scoperta, bensì un concetto che fa parte di una più ampia ipotesi (invenzione, non scoperta) esplicativa. Le scoperte sono altra cosa rispetto alle invenzioni, in questo caso le teorie: le scoperte restano, le teorie, che hanno sempre valore ipotetico e provvisorio, cambiano. Equiparare resistenza e rimozione comporta un salto epistemologico tra il livello descrittivo, della clinica, e quello esplicativo, ipotetico, da un *post hoc* a un *propter hoc*. Questo salto è favorito da una non chiara distinzione tra scoperta/invenzione/teoria/metodo.

Lo stato e lo statuto del metodo psicoanalitico sono oggi enormemente cambiati e progrediti, sicché si può applicare la clinica che ne deriva anche ai casi che nei decenni passati erano considerati “inanalizzabili”, e che pertanto non potevano essere esplorati, come invece oggi. Questo grosso progresso non è stato accompagnato da una messa a punto di una teoria che si contrapponesse – non semplicemente affiancasse come invece ambiguamente accade – alla Metapsicologia. Di conseguenza il progresso è rimasto ignorato e misconosciuto al di fuori della cerchia psicoanalitica e quivi tenuto segregato. L’ombra del sacro tabernacolo in cui è stata posta la Metapsicologia non ha permesso che si esplicitassero nuove e più aggiornate metapsicologie. Con fatica e ostracismi dell’istituzione alcuni autori hanno individuato nuove metapsicologie, in convergenza (“consilience”, cfr. Wilson, 1998) con la clinica e con le neuroscienze. L’opera di Bion, per esempio, ha comportato una rivoluzione del metodo, che ha permesso molte scoperte, e che pertanto reca in sé implicitamente una metapsicologia che prescinde, anzi contrasta con la metapsicologia freudiana. Una nuova

metapsicologia, che scaturisca dalla clinica bioniana, è stata soltanto molto sommessamente suggerita (Chuster, 1999; Fulgencio, 2005, 2007): ecco il silenzio “religioso”.

Così accade, in Italia soprattutto, che i tentativi di uscire dagli schemi concettuali della tradizione freudiana siano preventivamente censurati: i contributi innovativi vengono rifiutati nelle pubblicazioni istituzionali e negli eventi ufficiali della Società Psicoanalitica; possono trovare miglior accoglienza in riviste estere, anche aderenti all'IPA – segno quindi che altrove il clima istituzionale è diverso – o vengono elaborati in piccoli gruppi, dentro ma ai margini dell' “Istituzione”. Alcuni studiosi sono usciti dalla Società.

Si potrebbe pensare che il fenomeno sia dovuto ad un establishment dell'Organizzazione societaria: in realtà le stesse persone, anche di rilievo nell'Organizzazione, a livello individuale sono aperte, disponibili e anche competenti delle innovazioni, ma quando operano a livello istituzionale sembrano vestire paludamenti vescovili che ripetono antichi riti. È allora un clima dell'inconscio collettivo, che non può attuare una separazione dal Maestro: uno spirito dell'Istituzione, nel senso distintivo operato da Jacques (1955), che travalica l'Organizzazione. Talora questo “spirito” appare simile al sospetto di eresia che può serpeggiare in una religione e che, non più oggi condanna apertamente, ma isola e tende ad estromettere le voci soliste rispetto al coro. Per tali e altri fattori, ciò che agli altri appare della psicoanalisi attuale è soltanto il mostro sacro. La clinica è gelosamente custodita, nuove teorie evitate, ciò che rimane in mostra è la vecchia Metapsicologia. La quale, al pubblico attuale che ha assorbito non poco di cento anni di progresso scientifico generale, la psicoanalisi non può apparire scientifica, anzi le sue formule sono rammentate con sufficienza. Ecco a mio avviso l'immagine pubblica attuale.

Questa è la mia impressione. Opportuno sarebbe che se ne progettasse un'indagine sperimentale, da parte di colleghi psicologi sociali, che ovviamente della psicoanalisi attuale possano aver avuto una conoscenza sufficiente.

#### *Necessità di teoria e scientificità*

Questo stato di cose ha favorito un'esplicitazione da parte di autorevoli psicoanalisti italiani (Ferro, 2011) circa l'opportunità di prescindere da qualunque teoria, per immergersi nell'*hic et nunc* della seduta clinica. Si sostiene che le teorie servano come difese dell'analista di fronte all'ignoto della parte più profonda e primitiva della psiche, pur agente anche nell'adulto, ovvero di quegli stati emozionali incomprensibili alle categorie della ragione cosciente, che non potranno mai essere “disvelate”, perché ciò vorrebbe dire tradotti in parole, mentre invece sono stati emotivi puri – ineffabili – a cui ci si può soltanto avvicinare empaticamente. Un tal processo, che ad alcuni potrebbe sembrare fantascientifico, non lo è affatto: le neuroscienze sottolineano oggi l'importanza del cervello emotivo (l'intero emisfero destro) nel generare una continua comunicazione non verbale e non cosciente, veicolata dalle interazioni interpersonali e dall'intero comportamento, che trasmette e genera una comprensione, interpersonale, anch'essa inconsapevole, accostabile a ciò che fu denominato empatia, non traducibile se non per vie indirette in una verbalizzazione. Questa “comunicazione” è responsabile a livello neurologico di quanto corrisponde a processi di strutturazione e ristrutturazione neurale, che a livello psichico si traducono in modificazione del funzionamento della mente relazionale, corrispondenti a strutturazioni permanenti del cervello (Merciai & Cannella, 2009). Tutto ciò è osservabile a livello neurologico (PET, RM), soprattutto nella maturazione neurale del cervello del bimbo a seguito del dialogo interattivo (non verbale, quindi) che si svolge tramite l'accudimento durante il primo anno di vita (e anche dopo in minor misura), e che avviene anche negli adulti, sia nelle relazioni molto intime, sia nella relazione psicoanalitica (Schore, 2003a, 2003b), che molti psicoanalisti attuali paragonano al dialogo madre/infante e che gli studi del Boston Group di Stern (1998, 2005) dicono essere fattore mutativo essenziale in psicoanalisi, al di là e a prescindere della classica interpretazione.

Discussioni al proposito dell'utilità di una teoria sono attuali entro la cerchia psicoanalitica<sup>5</sup>: da più parti si riconosce che l'impianto teorico detto “teoria energetico-pulsionale”,

---

<sup>5</sup> V'è un recente Congresso, ai cui atti rimando, intitolato “Psicoanalisi senza teoria freudiana?”

compendiato da Freud nella sua metapsicologia, è stato spesso impedimento a una nuova prassi clinica che fosse utile per tutti i pazienti. Negli analisti SPI esiste oggi un enorme gap tra il livello clinico e la teoria “ufficiale”: dietro il livello clinico vi sono altre teorie. Già nel 1969 Blegar faceva notare questo divario, ma le intuizioni psicoanalitiche sembrano essere rimaste sorde, se non per criticare (confutare?) ed ancor oggi ribadire la critica alle argomentazioni dell’autore argentino (Greenberg, 2012). Per le remore emotive del collettivo istituzionale che ho tentato di individuare, avviene comunque una non esplicitazione della teoria, anzi una mancata enucleazione di cosa possa definirsi teoria – attuale – della psicoanalisi, nonché un uso indiscriminato e polivalente dello stesso termine teoria, che favorisce il suaccennato mescolamento di teorie-scoperte-prassi clinica.

Tale difetto, se contenuto ed eventualmente rimediato entro una clinica molto sofisticata quale quella praticata dagli analisti meglio formati, presso la gran massa degli psicoterapeuti che si dichiarano psicoanalitici, o psicodinamici, e che un diverso e spesso minore livello di formazione hanno conseguito, produce effetti a mio avviso disastrosi. La teoria serve per la ricerca, più che per la clinica: per questa può avere un effetto di supporto. Se il livello di addestramento clinico è elevato e progredito, l’analista può fare a meno di pensare a una teoria mentre lavora col paziente, può fare a meno di tale supporto, ed anzi ciò a tutto vantaggio dell’efficacia di ciò che sta facendo. Se però il livello di competenza clinica è minore, inevitabile è che l’analista al lavoro vi ricorra. Essenziale è allora che la teoria sia adeguata a supportare una clinica efficace. Se della teoria si conosce solo la Metapsicologia freudiana, il supporto diventa fuorviante: hanno allora ragione quegli analisti che sostengono che il ricorso alla teoria è una difesa dell’analista di fronte a un ignoto che la sua competenza clinica non gli permette di tollerare. Si verificano allora ulteriori deterioramenti del livello clinico, i cui difetti vengono messi in evidenza e giustamente criticati da tutta quella schiera di psicoterapeuti di diversa matrice, e ancor più da psicologi avversi alla psicoanalisi: avversi in quanto essi, forse paradossalmente ancor più di detti psicoterapeuti psicodinamici, non conoscono e di conseguenza misconoscono cosa sia oggi la psicoanalisi. Si conosce soltanto la Metapsicologia freudiana, oggi del tutto incongruente con tutte le altre scienze della mente e che dallo stesso Freud non fu considerata la teoria estraibile dalla clinica da lui stesso praticata, ma solo una “giustificazione” dell’inconscio di fronte ai suoi contemporanei. Al di là della cerchia degli analisti appartenenti alla SPI, esiste una cento volte più folta schiera di psicoterapeuti “psicoanalitici” o “psicodinamici”, la cui formazione varia dalla cialtroneria all’eccellenza. Poiché la maggior parte di essi è situabile in area intermedia, vien da chiedersi quanto costoro, rimasti agganciati alla teoria freudiana in quanto i loro formatori, quasi sempre tenuti in disparte dalla riservatissima Società Psicoanalitica, non hanno potuto avere una formazione adeguata al progresso della psicoanalisi: ed anche la frangia più evoluta di tali formatori non ha avuto sentore di nuove più adeguate teorie, in quanto mai esplicitate dalla Società cui pur sempre, spesso respinti, si rifanno. Gran parte degli psicoterapeuti psicodinamici restano intrappolati dalla vecchia cosiddetta teoria della psicoanalisi.

Questa grande popolazione di psicoterapeuti (stimabile dagli elenchi speciali degli Ordini a oltre cinquantamila) non può non fungere da proiettore cinematografico che “istruisce” gli altri scienziati della mente e il più vasto pubblico, proiettandovi un’immagine riduzionista della psicoanalisi, riducibile alla vecchia teoria. Poiché questa agli altri scienziati, ma anche al grosso pubblico, può risultare inadeguata, facile è che possa apparire come una vecchia favola.

Immagine negativa, dunque: con quali effetti? Non certo dare l’immagine di una scienza. Si riapre allora la vecchia diatriba sulla scientificità della psicoanalisi, questa volta meno vivace in quanto la risposta negativa sembra sottintesa.

### *Scientificità e teoria*

Come è noto, la pregressa polemica sulla scientificità della psicoanalisi era collegata ad una definizione del concetto di scienza: oltrepassato il pregiudizio positivista, autorevoli epistemologi si sono pronunciati affermando che per ogni tipo di sapere i criteri di scientificità devono essere differenti. In questo panorama alcuni sostengono un criterio generale (Agazzi,

1976, 2006) che implica: a) che sia chiaro qual è l'oggetto di una determinata scienza; b) che sia rigorosa la protocollarietà del metodo con cui si individua (si "ritaglia") l'oggetto. Per Freud l'oggetto era l'inconscio ritagliato dalla protocollarietà di un metodo che si basava sul presupposto che tale inconscio potesse essere reso cosciente nelle forme tipiche della coscienza verbale attraverso l'interpretazione. Il progetto freudiano di "rendere cosciente l'inconscio", già considerato da Bateson fin dal 1949 (Casadio, 2010) un assurdo epistemologico (Bateson, 1972) in quanto basato su una dicotomia conscio-inconscio contrapposti e separati dalla rimozione, parte del presupposto che il secondo possa essere assoggettato al primo, e che, togliendo la rimozione, tutto possa essere reso cosciente.

Freud era in fondo un coscienzialista, paradossalmente per lo scopritore dell'inconscio, in quanto presupponeva che tutto potesse, anzi dovesse, esser reso cosciente. Oggi tale "oggetto" è molto diverso: è costituito dalle emozioni inconsapevoli che scorrono nella relazione, è l'intersoggettività, agente occulta di ogni comportamento umano, e tale "oggetto" è "ritagliato" da un metodo (protocollarietà) che non si basa più su un ideale "presa di coscienza" attraverso la verbalizzazione, ma sull'accostarsi a vissuti ineffabili<sup>6</sup>, inenarrabili, per lo meno di quel genere di narrazione cui siamo abituati. La psicoanalisi non è più la *talking cure*, né l'inconscio è definito dalla rimozione, bensì è l'attività primaria del cervello, in cui, lungo un continuum, *qualcosa in qualche modo è trasformato* nelle forme di quella coscienza, individuale, un tempo creduta naturale e uguale per tutti.

Cambiato l'oggetto, cambiato il metodo, cambiata l'intera psicoanalisi (Imbasciati, 2012, 2013): la sua scientificità su tali basi dovrebbe essere considerata. La discussione si prospetta enorme: impossibile, se non se ne conoscono le basi, e cioè che cosa, oggi, sarebbe da discutere. È assurdo pretendere che gli scienziati "altri" le debbano (possano) conoscere: ancor più che le possa immaginare il più grosso pubblico. Ecco allora, a mio avviso, la necessità di una teoria: una nuova metapsicologia che, formulata in termini accessibili, possa dirsi "teoria della psicoanalisi"; di quella attuale. Da questa teoria potrà scaturire l'immagine sociale della psicoanalisi. Ma, finora, tale teoria è stata solo vagamente e sommessamente delineata. L'immagine attuale resta ancorata alla vecchia metapsicologia freudiana, con i risultati che in questo mio lavoro ho cercato di denunciare. Alcune scuole psicoanalitiche al di fuori della SPI ne potrebbero gioire, e qualcuna più progredita dire "avevamo ragione noi!". Qualcuno allora si potrebbe svegliare dal sonno e potrebbe essere possibile una feconda integrazione tra psicoanalisi, psicoterapie psicodinamiche e altri approcci, di altre Scuole – cognitivisti, comportamentisti, sistemici, e le psicoterapie derivate dalla scoperta dell'Attaccamento – che potrebbe meglio garantire il progresso delle scienze che si occupano, non ultime quelle che indagano direttamente il sistema neurale, della Mente umana.

### Bibliografia

Agazzi, E. (1976). Criteri epistemologici fondamentali delle discipline psicologiche. In G. Siri (Ed.), *Problemi epistemologici della psicologia* (pp. 3-35). Milano: Vita e Pensiero.

Agazzi, E. (2006). Epistemologia delle scienze psicologiche. In M. Giordano (Ed.), *Burnout: Seminario gruppo analitico nazionale* (pp. 57-83). Milano: Angeli.

Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind: collected essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution, and Epistemology*. Chicago: University of Chicago Press.

Bleger, J. (1969). Teoria y practica en psicoanalysis: la praxis psicoanalitica. *Rev. Uruguayana Psicoanalysis*, 11, 287-303.

Casadio, L. (2010). *Tra Bateson e Bion*. Torino: Antigone.

---

<sup>6</sup> Ogden (1989/1992) ha introdotto il termine "conosciuto non pensato": non pensabile, se si intende il pensiero nel modo in cui lo si intende comunemente nella nostra cultura. Ferro (2011) riferendosi all'opera di Bion, parla di scienza mistica.

- Chuster, A. (1999). *W.R. Bion: Novas Leituras*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud Editora.
- Ferro, A. (2011). Making the best of a bad job: faire de la recherche en la piece d'analyse. Copenhagen. *Bulletin de la Federation Européenne de Psychoanalyse*, 65, 95-107.
- Freud, S. (1922). *Psychoanalyse, Handwörterbuch der sexual wissenschaft* (trad. it. Una voce d'enciclopedia. Opere di Sigmund Freud (Vol. 9), Boringhieri, Torino, 1970).
- Freud, S. (1932a). *Neue Folge der Vorlesungen Zur Einfuhrung in die Psychoanalyse*. (trad. it. Introduzione alla psicoanalisi. Nuova serie di lezioni. Opere di Sigmund Freud (Vol. 11), Boringhieri, Torino, 1976).
- Freud S. (1932b). *Warum Krieg?* (trad. it. Perché la Guerra? Opere di Sigmund Freud (Vol. 11), Boringhieri, Torino, 1976).
- Freud, S. (1937). *Die endliche und die unendliche analyse* (trad. it. Analisi terminabile e analisi interminabile. Opere di Sigmund Freud (Vol. 11), Boringhieri, Torino, 1976).
- Fulgencio, L. (2005). Freud's metapsychological speculations. *The International Journal of Psychoanalysis*, 86, 99-123.
- Fulgencio, L. (2007). Winnicott's rejection of the basic concepts of Freud's Metapsychology. *The International Journal of Psychoanalysis*, 88, 443-461.
- Greenberg, J. (2012). Commentary on José Bleger Theory and praxis in psychoanalysis. *Inernat. J. Psychoan.*, 93, 1005-1116.
- Imbasciati, A. (2011). La clinica psicoanalitica e l'assetto teorico della psicoanalisi. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 97-109.
- Imbasciati, A. (2012). *L'oggetto della psicoanalisi è cambiato* (in print).
- Imbasciati, A. (2013). Gli psicoanalisti han paura di Nonna Teoria. *Atti Congresso Internazionale "Psicoanalisi senza teoria freudiana?"*. Bescia: Brixia University Press.
- Jacques, E. (1955). Sistemi sociali come difesa contro l'ansia persecutoria e depressiva. Contributo allo studio psicoanalitico dei processi sociali. In M. Klein, P. Heinemann, & R. Money-Kyrle (Eds.), *New directions in Psycho-Analysis*. Tavistock Publication: London (trad. it. *Nuove vie della psicoanalisi* (pp. 609-633). Milano: Il Saggiatore).
- Merciai, S., & Cannella, B. (2009). *La psicoanalisi nelle terre di confine*. Milano: Cortina.
- Ogden, T.H. (1989). *The primitive edge of experience*. London: Aronson Northvale (trad. it. Il limite primigenio dell'esperienza. Astrolabio, Roma, 1992).
- Sacchi, D. (2008). *Teodor Reik e il terzo orecchio*. Torino: Antigone.
- Schore, A.N. (2003a). *Affect disregulation and the disorders of the Self*. New York: Norton & Company Ltd.
- Schore, A.N. (2003b). *Affect regulation and the repair of the Self*. New York: Norton & Company Ltd.
- Stern, D. (1998). The process of Change Study Group. Non interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy. *The International Journal of Psychoanalysis*, 79, 903-921.
- Stern, D., & Boston Change Process Study Group (2005). The something more than interpretation revisited. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53 (3), 693-729.
- Wilson, E.O. (1998). *The Unity ok Knowledge*. New York: Alfred A. Knopf.



## Senso e significato

di Raffaele De Luca Picione\*, Maria Francesca Freda\*\*

### Abstract

Riteniamo che la distinzione tra *senso* e *significato* debba essere attentamente presa in considerazione per le implicazioni che essa ha in termini epistemologici, metodologici e di intervento in psicologia clinica. Nello sviluppare tale riflessione faremo uso anche dei concetti di semiosi operativa e semiosi affettiva, l'uno definito come processo di creazione e di uso di segni in modo convenzionale, consensuale e resi disponibili dalla cultura, e l'altro come modalità inconscia di produrre simboli a partire dalla propria esperienza vissuta affettivamente.

Parole chiave: senso, significato, inconscio, semiosi affettiva, semiosi operativa.

*A chi mi ha introdotto sulla strada dei segni...*

Nell'esperienza quotidiana siamo soliti usare in maniera indistinta le parole "*senso*" e "*significato*". Trattiamo essi come due sinonimi per esprimere l'idea che dietro un comportamento, un'azione, una frase, una scelta ci sia qualcosa che motiva, che presuppone, che spiega. Talvolta abbiamo un sentimento intuitivo che, forse, "senso" e "significato" stanno per cose differenti. Tuttavia la difficoltà di distinguere tali termini (significato e senso) e l'utilizzo indifferenziato pone seri problemi sia epistemologici che metodologici in contesti meno ingenui. Dobbiamo riconoscere che tale confusione non è solo un problema di uso di tali concetti nel linguaggio di tutti i giorni. Crediamo che tale rapporto di confusione e sovrapposizione dei due ambiti debba essere considerato con serietà e rispetto e non essere inteso come una semplice superficialità o una eccessiva approssimazione. Il nostro interesse in questo contributo si origina dalla constatazione della differenza tra codice e discorso.

All'interno di un *codice*, ad ogni significante corrisponde un significato (si pensi al dizionario che mette in corrispondenza le parole e i significati), ma all'interno di un *discorso*, come quello che può essere qualsiasi conversazione quotidiana condotta *con* e *per* l'altro, l'uomo produce e costruisce un *senso*. Benveniste (1966) ci ricorda che, in qualunque situazione comunicativa, il soggetto si serve della parola e del discorso per rappresentare se stesso, quale vuole vedersi, chiamando l'altro a costatarlo. In questo modo l'attività di produzione linguistica è un dispositivo semiotico in cui la soggettività e la intersoggettività sono sempre coesistenti. Ciò implica che affinché i soggetti si qualificano come "parlanti" (organizzatori di segni e produttori di senso) debbano condividere uno *spazio simbolico* che si presta ad essere modellato e reso funzionale in funzione dell'organizzazione della relazione.

Procediamo gradualmente. Una prima osservazione rivolta a questi due termini proviene dalla loro etimologia. La parola "*significato*" proviene dal latino "*significatus*", inteso come *indizio*, che deriva da "*significare*" (*signum-facere*). Il vocabolario Treccani (versione on-line [www.treccani.it/vocabolario/](http://www.treccani.it/vocabolario/)) sostiene che, nell'interpretazione più generale e comune, il "significato" indica il contenuto espressivo di qualsiasi mezzo di comunicazione (parole o frasi, gesti, segni grafici, ecc.). In particolare, in linguistica, il significato è l'entità del contenuto definita dalla corrispondenza con una determinata forma espressiva fonica o grafica.

Passiamo ora alla parola *senso*. È da notare come la situazione viene a complicarsi per le innumerevoli e svariate sfumature e connotazioni che può assumere la parola *senso*. Esse sono davvero tante e non possiamo riportarle per la brevità e la concisione a cui cerchiamo di attenerci. Sempre il vocabolario della lingua italiana Treccani (ibidem) riporta sei macrocategorie semantiche

---

\* Psicologo clinico e dottorando al secondo presso la Scuola di Dottorato Scienze Psicologiche e Pedagogiche, Dipartimento Teomesus, Università di Napoli, Federico II.

\*\* Professore Associato di Psicologia Clinica M-PSI/08, Presidente del Corso di Laurea in Psicologia Dinamica, Clinica e di Comunità. Dipartimento Teomesus, Università di Napoli Federico II.

che arrivano a scomporsi fino a 19 sottocategorie e ognuna con decine di esempi tutti diversi. A ben vedere, però, tutte conservano in qualche modo un legame con l'origine etimologica latina "sensus" da *sentire*. In modo ampio, *sentire* rimanda all'avvertire un qualsiasi stato di coscienza indotto in noi dal mondo esterno attraverso i sensi o un qualsiasi stato affettivo insorgente nell'animo. Generalizzando la varietà degli usi e delle particolari accezioni, i significati fondamentali del verbo si possono ricondurre a questi tre:

- realizzare una percezione;
- avvertire una sensazione;
- provare un sentimento.

Il tentativo di distinguere tra significato e senso ci conduce direttamente alla questione della differenza tra la *semiosi convenzionale* all'interno della quale vi è il rassicurante rapporto definitivo tra significante e significato e la perturbante *semiosi affettiva* che può fare di tuttata l'erba un fascio e contemporaneamente può condensare tutto il fascio in un solo filo di erba. Infatti, se da un lato, ogni persona viene allevata e viene nutrita all'interno di un sistema simbolico culturalmente definito, dall'altro lato ogni persona si mostra come un soggetto non risolvibile tout-court nella propria cultura e che opera un processo di soggettivazione, operando dei processi di significazione del tutto specifici e idiosincratici, sebbene sempre a partire dai propri sistemi relazionali (Freda & De Luca Picione, 2012).

I due processi, quello di semiosi convenzionale e di semiosi affettiva, ad ogni modo sono strettamente interconnessi. Fornari (1976) per spiegare il *principio della doppia referenza* del sistema di simbolizzazione umano utilizza la metafora della "progressione a delfino" fornendo l'idea del continuo scambio tra i due sistemi semiotici<sup>1</sup>.

Il punto di partenza che scegliamo per dipanare un'area di sovrapposizione tra significato e senso, lo rinveniamo nelle *emozioni*. Intendiamo per emozione un'esperienza psicofisica primaria attivata dagli stimoli del contesto ma anche come la componente principale della relazione umana con il contesto e che genera l'elaborazione della simbolizzazione emozionale degli eventi (Carli & Paniccia, 2003). Se riteniamo che l'emozione è un "modo" di costruire la relazione con il contesto, bisogna osservare che l'emozione come attivazione psicofisica (attivazione a livello somatico e attivazione del processo semiotico di simbolizzazione) non è solo un effetto, una reazione a stimoli ma anche un processo attanziale e di immediato orientamento delle azioni (si vedano le funzioni di *corrispondenza* e di *attanzialità* dell'inconscio<sup>2</sup> in Fornari, 1983). L'emozione, pertanto, non concerne un singolo e discreto oggetto ma si configura come un "campo di esperienza" e di orientamento del processo di interpretazione e significazione (Salvatore & Freda, 2011). L'etimologia latina del termine emozione è "ex-movere" ovvero "muoversi verso", *muoversi verso*

---

<sup>1</sup> Tuttavia Fornari sostiene l'idea che l'inconscio come centrale di simbolizzazione utilizzi un codice affettivo innato. Sebbene l'ipotesi di un codice pre-costituito come sistema di significazione della propria esperienza è una questione che suscita perplessità e molte reticenze, tuttavia Fornari parla di un "codice vivente", in tal modo la chiusura propria di un codice trova una nuova riabilitazione ed una potenziale apertura alla variabilità, plasticità e imprevedibilità del fare esperienza.

Fornari descrive il codice affettivo come codice vivente: "una facultas signatrix, espressa da una struttura filogenetica, preposta specificamente a conservare e trasmettere informazioni tra il corpo e la mente, e tra la mente ed il corpo, in una scansione circadiana. Il codice vivente ha la funzione di pre-scrivere generativamente replicazione significanti, attraverso la messa in forma e la messa in atto di segni, in base ad una pre-memoria di dati e a un piano di scelte possibili, quindi insature, saturate dall'incontro del corpo e della mente con l'ambiente" (Fornari, 1982, p. 37).

Secondo Fornari, il codice non è un modello interpretativo ma un sistema che presiede ai processi di significazione affettiva. Non è solo un sistema di traduzione, e di correlazione tra un significante e un significato, ma è un'agenzia di simbolizzazione (Maggiolini, 1988).

<sup>2</sup> "In ragione della funzione di corrispondenza, i codici affettivi funzionano come sistema di riferimento (un vocabolario) che permette di assegnare un significato affettivo ad un simbolo. In ragione della funzione attanziale (codice prescrittivo), i codici affettivi inscrivono il soggetto ed il suo interlocutore in un sistema di ruoli affettivamente connotati che orientano tanto la relazione quanto l'azione entro i contesti. [...] In questo senso l'inconscio è una centrale di simbolizzazione, ma anche un codice decisionale. Il nostro comportamento quotidiano, il nostro modo di partecipare all'azione collettiva è attraversato da livelli decisionali che si fondano su processi inconsci di tipo prescrittivo. I processi di simbolizzazione affettiva tendono a tradursi immediatamente in agito" (Freda, 2008, op.cit., p. 67- 68)

*una direzione, muoversi in un "senso", assumere un "senso" per l'appunto! Perseguito questo punto di vista, il senso viene inteso come qualcosa di connaturale e imprescindibile dalla stessa emozione, in quanto essa organizza un processo di costruzioni di relazioni che ha in sé una direzione, un verso, in ultima istanza un senso! Osserviamo che essa come organizzazione di una relazione predispone all'azione, al movimento, alla trasformazione, alla costruzione e/o distruzione e ha in sé sempre una direzione, ovvero un senso. Non potrebbe esserci un'emozione senza senso, perché verrebbe meno la sua funzione attanziale, organizzatrice e simbolizzatrice. Una emozione è un organizzatore, nel tempo, della traiettoria di sviluppo di un sistema relazionale.*

### *Semiosi affettiva*

Scendiamo ora maggiormente nel dettaglio della descrizione del processo semiotico affettivo per rilevare come ogni simbolizzazione prodotta all'interno di una relazione abbia un valore di pregnanza psicologica capace di direzionare la traiettoria di sviluppo di una relazione.

La semiosi affettiva è a tutti gli effetti un processo inconscio (Salvatore & Freda, 2011), tuttavia dobbiamo rinunciare all'idea che l'inconscio sia determinato da caratteristiche teleologiche (Salvatore, 2004). I processi inconsci non sono diretti verso uno scopo (per esempio l'appagamento di un bisogno), non sono attivati da un'intenzione, non sono regolati da una funzione (il mantenimento della relazione, l'omeostasi dello stato interno, ecc) (ibidem). Definendo le caratteristiche ipergeneralizzanti, aleatorie, reificanti e atemporali dell'inconscio (Freud, 1915; Matte Blanco, 1975; Carli & Paniccia, 2003; Salvatore, 2004; Salvatore & Freda, 2011; Salvatore & Zittoun, 2011), esso non può in base a tali modalità essere dotato di progetti o scopi, perché è privo di intenzionalità ed è mancante di una prospettiva temporale. Non possedendo la capacità di rappresentare le assenze, l'inconscio non può neanche concepire stati di bisogno (Salvatore, 2004).

L'atemporalità dei processi inconsci ci induce a riconoscere un cambiamento anche nello statuto del desiderio, il quale viene ad assumere una valenza semiotica.

Sul piano inconscio desiderare non significa tendere verso il soddisfacimento di un'attesa, verso il raggiungimento di una condizione prefigurata. La nozione del desiderio, che stiamo proponendo, non è assimilabile al senso comune che attribuisce al termine "desiderare" il significato di "sentire la mancanza di qualcosa percepita come un valore positivo e tendere a ottenerla"; piuttosto, il desiderio consiste nella *funzione di costruzione emozionale (reificazione) dell'oggetto*. Desiderare, in definitiva, come funzione istituyente che crea la realtà psicologica, trasformando simbolicamente i significati mobilitati dal discorso in presenze-per-la-mente (Salvatore, 2004, op. cit., p. 138 - corsivo nostro).

Se poniamo la nostra attenzione su un *segno*<sup>3</sup> possiamo osservare che il significante sta al posto del significato, vi è quindi un rapporto di rappresentanza ma non di sostituzione. Ma quando abbiamo a che fare con il modo inconscio di adoperare i *simboli*, la situazione ci appare ben diversa. Il rappresentante si fa carico della paradossalità di rappresentare la cosa rappresentata e allo stesso tempo *di essere* ciò che rappresenta. La reificazione è proprio questo processo, realizzato dall'inconscio, di trasformare una rappresentazione in realtà per la mente (ibidem). Si pensi anche al concetto di *consustanzialità* di Fornari<sup>4</sup> (1979).

Salvatore (2004) a tale proposito definisce la *"semiosi affettiva come dispositivo di ipostatizzazione mentale"*, intendendo dire che il pensiero inconscio non attribuisce significati ad oggetti che preesistono ad esso, ma *"genera entro il dominio mentale tali oggetti attraverso l'atto di predicarli"*. Si osserva sul piano della semiosi affettiva una *inversione del rapporto tra predicato ed argomento*, poiché non è più l'argomento a precedere logicamente il predicato (circostanza verificabile

<sup>3</sup> Sergio Salvatore (2004) utilizza il termine "segno" in riferimento alla semiosi intenzionale e il termine "simbolo" per indicare il tipo di corrispondenza significante-significato operante al livello del codice inconscio.

<sup>4</sup> I segni consustanziali comportano la stessa sostanza del significante e del significato, segni affettivi paragonabili all'amuleto delle religioni primitive. Fornari ne parla anche proposito dell'oggetto transizionale di Winnicott (Fornari, 1979).

normalmente sul piano semantico, dove il predicato segue ed aggiunge un elemento di non-ancora-conosciuto al già-conosciuto), ma è il predicato che dà luogo ad un processo di generazione dell'argomento (ibidem). La valenza ipostatizzante del pensiero inconscio svolge una funzione psicologica essenziale; infatti, attraverso questo processo le categorizzazioni acquistano pregnanza psicologica, ovvero sono capaci di tradursi in oggetti mentali dotati di valore di esistenza per i soggetti. Ciò implica che il sistema mentale, per poter effettuare una qualsiasi operazione su una rappresentazione, deve precedentemente incorporare tale rappresentazione entro il proprio dominio. Per l'inconscio non esiste un oggetto ipotetico ma esiste un oggetto reificato e presente, per il solo fatto di essere predicato (Salvatore, 2004).

Se la semiosi affettiva opera solo su presenze, come si comporta di fronte all'assenza? La stessa assenza viene trasformata in una presenza. L'esempio classico è quello del bambino che simbolizza l'assenza del seno come presenza di un seno cattivo.

Il lavoro di Conrotto (2010) sul processo di produzione della conoscenza secondo una prospettiva psicoanalitica, ci aiuta ad entrare più dettagliatamente nella descrizione del processo di reificazione ad opera dell'inconscio. Nuovamente si sostiene che l'*affettivo* rappresenta la necessità prima del pensiero. Non si ha alcuna possibilità di pensiero se non vi è la spinta del movimento emotivo. Sebbene in questa prospettiva si ipotizza che lo scopo originario del pensiero è stabilire una situazione di soddisfacimento e non la conoscenza, ci interessa rilevare come ogni stato di attivazione psicofisica venga semiotizzato, e tale processo di simbolizzazione è concretamente un intrico di semiosi affettiva e semiosi culturale. Il pensiero nasce come allucinazione, nasce come allucinazione originaria volta a disconoscere la mancanza dell'oggetto (la sua assenza). Viene definita *allucinazione negativa* in quanto negativizza la percezione della mancanza dell'oggetto (Conrotto, 2010). La positivizzazione di una mancanza, cioè il presentificarsi di una assenza, mette in gioco i significanti culturali attraverso la mobilitazione realizzata dalla semiosi affettiva.

Freud, nel suo tanto breve quanto intenso saggio "*La negazione*" (1925), sostiene la precedenza del *giudizio di attribuzione* rispetto al *giudizio di esistenza*. Precedentemente alla decisione se una cosa esiste o meno, il soggetto giudica la sua bontà e la possibilità di inserirlo al suo interno. La possibilità di una rappresentazione è cioè legata alla costituente dimensione di significazione che essa veicola. Non vi è un'ottica esclusivamente quantitativa, di eccesso di eccitamento o intolleranza di esso da parte del soggetto (riflessione che risulta più agevole da condurre se pensiamo all'*infans*); siamo in presenza di un'ottica qualitativa che definisce l'eccessivo accumulo di eccitamento come *dispiacere*. Il dispiacere è una prima per quanto embrionale qualificazione affettiva, poiché viene effettuata una significazione dell'eccitamento (Conrotto, 2010); questo è il giudizio di attribuzione (Freud, 1925). Realizzato tale giudizio di attribuzione, interviene il momento della *significatizzazione* cioè quel "momento inaugurale del funzionamento psichico attraverso il quale una traccia diventa un significante che poi diventa segno (Freud, 1887-1904, p. 236). Questa è un'operazione che avviene a opera del "rimovente" cioè dell'lo inconscio" (Conrotto, 2010). Tale processo si effettua attraverso un codice di *significatizzazione*, che è capace di attribuire lo statuto di segno a un percolato, generatore del processo di conoscenza e delle funzioni autoricorsive del processo di pensiero (ibidem). L'allucinazione non è alternativa alla percezione, anzi il campo dell'illusione è il risultato emergente dallo stato soggettivo particolare e contingente generato dalla coincidenza e sovrapposizione di un movimento allucinatorio e percettivo. In ogni esperienza di simbolizzazione e di significazione, è sempre la soggettività e la storicità del soggetto che deve essere tenuta a mente.

Il processo di simbolizzazione risulta concluso attraverso l'emersione del segno, a partire dall'esperienza affettiva e dalla rimozione della matrice affettiva che lo ha generato. Il segno come percolato ha una paradossale valenza poiché da un lato è ipostatizzato in quanto esso viene privato della storicità del suo processo di sviluppo (per cui viene ad assumere una valenza ontologica assoluta) ma contemporaneamente è a disposizione delle future possibili articolazioni semiotiche. Pensiamo ad una qualsiasi specifica parola che l'*infans*, nell'apprendimento del linguaggio, acquisisce nel suo vocabolario attraverso l'esperienza affettivo-relazionale con un altro; tale parola, una volta acquisita in un contesto specifico e contingente (dotato di una sua saturazione emotiva), viene messa a disposizione come segno reificato in tanti altri contesti e discorsi futuri. In ogni nuovo contesto relazionale facciamo esperienze che sono sempre connotate percettivamente ed emotivamente, e ciò è reso possibile proprio dai processi di simbolizzazione che producono

segni a partire da un campo relazionale affettivo, li reificano, li generalizzano per la guida di ulteriori esperienze.

Tra la percezione e l'allucinazione vi è un gioco reciproco di rispecchiamento e non è affatto facile (se non impossibile) definire i confini dell'una rispetto all'altra. La circolarità di questo rapporto alimenta il sistema simbolico e dà inizio alla psiche del soggetto che non può essere assolutamente ridotta al mondo interno del soggetto, ma è sempre un processo che funziona sui confini (tra soggetto, oggetto e contesto), sulle relazioni di alterità e sui passaggi di stato percettivo-emotivi.

### *Una prospettiva sul significato e sul senso*

Il processo di reificazione, modalità semiotica attraverso la quale viene ipostatizzato un sistema relazionale attraverso il suo farsi segno, diventa un baluardo intorno al quale gravita lo sviluppo della relazione. Stiamo provando a dire che il sistema di reificazione semiotica, presente in ogni relazione umana agisce contemporaneamente da vincolo contestuale per lo sviluppo relazionale attraverso il processo di ipostatizzazione, e allo stesso tempo è un sistema di sostegno e mantenimento della relazione. Il processo di sviluppo della relazione, ovvero la sua traiettoria nel tempo, si organizza intorno alle reificazioni e alle ipostatizzazioni semiotiche. L'apparente contraddizione tra l'idea di un inconscio non teleologico e l'emozione come senso della direzione della organizzazione relazionale (si badi bene, non come il fine ma come modalità!), si dipana se pensiamo che il sistema relazionale si organizza nel tempo attraverso azioni e simbolizzazioni.

Ed è proprio su tale riflessione che fondiamo la necessità, ai fini epistemologici e metodologici, di distinguere opportunamente il significato dal senso. Il primo è retto da un rapporto di denotazione e di riferimento. Mentre il senso è qualcosa che pertiene al processo e risulta essere legato maggiormente al sistema di interconnessione dei vari segni (interconnessione e mescolanza di un sistema convenzionale ed un uno affettivo). Il *senso* indica un processo semiotico che si esplica in una temporalità contestuale.

Il *senso* emerge dalla messa in relazione del soggetto con gli altri e con il mondo dando luogo ad un processo creativo di reti relazionali che si traducono in specifiche semiotizzazioni (reificazioni emotive). Tuttavia le persone nella loro quotidianità e nella immediatezza (agiti) delle loro relazioni non si fermano a meta-riflettere sulle reti relazionali nelle quali sono intessute (cioè nei loro contesti – "*cum textere*", tessere insieme) ma a confrontarsi sempre e solo con oggetti e reificazioni<sup>5</sup>, quindi sempre e solo con significati! È come se, nell'agire quotidiano, esistesse una cesura, uno scarto tra la intenzionalità fenomenologica della coscienza (Brentano, 1874; Husserl, 1900; Searle, 2009) e il modo emotivo ed inconscio di organizzare le proprie relazioni, i propri legami, con gli altri e con il mondo.

Le reificazioni sono delle *forme*. Una forma è l'emergenza del sistema di forze di un campo (Di Napoli, 2011). Se non avessero delle forme non potrebbero avere confini, non potrebbero essere unità rispetto ad uno sfondo, non potrebbero essere distinti dall'indifferenziato. Sono delle segmentizzazioni del continuum esperienziale. Le emozioni "*in-formano*" le relazioni, cioè creano attraverso la simbolizzazione affettiva inconscia delle forme significanti che funzionano come vere e proprie reificazioni. Le reificazioni sono compromessi tra la simmetrizzazione e la asimmetrizzazione (Matte Blanco, 1975) delle relazioni in atto. Un segno si offre come oggetto

---

<sup>5</sup> Reificazione e semiotica. Utilizzando la teoria semiotica di K. Buhler (in "Sprachtheorie" del 1934) che distingue il segno in *simbolo* (con funzione di rappresentazione), in *sintomo* (con funzione di espressione del soggetto che lo produce) e in *segnale* (inteso come funzione di richiamo e di appello all'altro, funzione comunicativa), è interessante osservare come qualsiasi prodotto semiotico si avvalga di tutte e tre le funzioni succitate. Avanziamo l'ipotesi che il processo di reificazione è quel processo mediante il quale al segno viene sottratta (relegata in secondo piano) la funzione comunicativa ed espressiva, e viene colta soltanto la valenza rappresentativa. Accade che venendo offuscate le caratteristiche di sintomo e segnale, allora il valore rappresentativo del segno viene mistificato e confuso come cosa reale, come entità. Infatti scorporando la funzione espressiva (soggettiva) e quella segnaletica (intersoggettiva), il segno perde la sua connotazione relazionale, intersoggettiva e contestuale. Il segno attraverso la sua ipostatizzazione diventa assoluto e la sua qualità referenziale non viene messa in discussione e dialettizzata.

intenzionale per la coscienza e la percezione, ma in qualità di reificazione è anche una *emergenza* che si fa carico della direzione di senso organizzata dall'esperienza emotiva intersoggettiva.

Ecco perché secondo noi occorre distinguere il significato dal senso. Il primo è retto da un rapporto di denotazione e di riferimento. Mentre il senso è qualcosa che pertiene al processo e risulta essere legato maggiormente alle relazioni in cui le persone sono organizzate ed organizzatrici allo stesso tempo.

In riferimento a questa riflessione potremmo pensare al diverso modo di conoscere (anche e soprattutto in senso clinico): da un lato la conoscenza come banca dati di *significati* statici (come conoscenza da dizionario e come riconduzione di una soggettività ad una norma nosografica) e dall'altro una conoscenza perseguita attraverso il *senso* prodotto dalle relazioni attraverso le loro reificazioni (come processo storico e idiografico di attribuzione di senso realizzato attraverso l'ecologia del "significante", ovvero di un circolo ermeneutico tra contesto, soggetto e i significanti prodotti e condivisi). La reificazione di un segno dal lato del significato assume un valore ipostatizzato e referenziale, mentre dalla prospettiva del senso assume valore di *significante*, ovvero un promotore nel tempo di una continuità relazionale e del suo sviluppo. Un signific-*ato* è dato, mentre un signific-*ante* ha una componente emergenziale di uso e di interconnessione che predispone ed organizza in direzione di un senso. Questa seconda modalità ermeneutica, quella del senso dei significanti, richiede che venga fatta esperienza dell'incertezza mentre un processo si sta organizzando nella sua *direzione di senso*; richiede di tollerare la non-univocità e la parzialità delle prospettive e lo sforzo di un'ermeneutica che è resa possibile solo a partire dalla comprensione della propria posizione soggettiva all'interno di un contesto relazionale inteso come sistema dinamico di semiotizzazione capace di seguire nel tempo le trasformazioni relazionali e semiotiche che stanno avvenendo.

#### *La clinica tra senso e significato*

Clinicamente *seguire/inseguire il senso* è un *lavoro di connessione e di riflessione* sull'interconnessione e l'articolazione delle diverse reificazioni (significanti) presenti nella relazione. Potremmo giungere a dire che una relazione si mostra attraverso le sue reificazioni, e che tali segni sebbene esperiti dai soggetti implicati come "oggetti reali" (si pensi al fatto che realtà deriva dal latino "res", "cosa") sono il risultato di un processo semiotico che presentifica, attualizza e sostiene il sistema relazionale.

Come realizzare questa connessione tra i significanti? Come utilizzare clinicamente i significanti prodotti all'interno della relazione? Il lavoro del clinico, volto al cogliimento del senso e allo sviluppo del senso, si svolge attraverso la *connessione metaforica e metonimica* dei significanti prodotti, ovvero delle reificazioni all'interno della relazione. Parlare di senso non è un modo per trascendere astrattamente l'esperienza, ma è un modo di contestualizzare le reificazioni semiotiche che il campo relazionale produce. Senza tali reificazioni la stessa esperienza non sarebbe traducibile in alcun linguaggio, per questo motivo è sempre dal segno che partiamo clinicamente per la nostra attività epistemica e di intervento. Adesso però il segno non è più inteso come modo fenomenologico tutto positivo ed esaustivo (come referente del significato) ma il segno è l'emergenza del campo all'interno del quale è stato prodotto. Il segno è cioè una reificazione che può trovare una comprensione più ampia (mai definitiva e satura) se la nostra attenzione si pone tra i passaggi e articolazioni di segni e non solo sui segni intesi come *entità* univocamente rappresentanti/stanti per stati del mondo specifici.

Riteniamo che vi sia una stretta relazione tra l'attenzione posta unicamente sui significati e la scissione tra aspetti quantitativi (pertinenti alla misurabilità oggettiva della sostanzialità, o delle operationalizzazioni di concetti) e aspetti qualitativi dei fenomeni che di volta in volta sono oggetto di studio delle nostre ricerche.

Nell'ambito psicologico, volto alla comprensione dei processi di significazione dell'esperienze, condurre una ricerca quantitativa rivolta ai significati, è a livello epistemologico prima che metodologico un rischio<sup>6</sup>. È un rischio, in primo luogo, poiché essa si rivolge a degli oggetti che

---

<sup>6</sup> Pensiamo ai paradossi in cui incorrono i sistemi chiusi formalizzati e assiomatizzati e alle riflessioni di logici, filosofi, matematici (Goedel, Turing, Russell, Wittgenstein) che evidenziano come in un sistema chiuso

vengo reificati dall'impianto teorico-concettuale della ricerca (i significati dati dall'operazionalizzazione di idee, di pensieri, ma anche di comportamenti e di atteggiamenti) (Valsiner, 2006). È un rischio, in secondo luogo, perché il processo psichico (oggetto del nostro interesse di studio) non è un processo sintattico di elaborazione a-contestuale ma è un processo semiotico a carattere storico e contestuale. Un esempio banale può mostrarci con evidenza quanto stiamo dicendo. Un bicchiere di acqua presso le cascate del Niagara potrebbe anche non essere notato, mentre nel deserto giungerebbe ad assumere un valore inestimabile. Il significato del segno "bicchiere d'acqua" attiva "sensi" completamente differenti a seconda della dimensione contestuale e del soggetto che li semiotizza. Se la cosiddetta ricerca "quantitativa" perde il "senso" delle cose per concentrarsi sulle "cose" (la "pre-sunzione" dell'"oggettività"), attraverso la misurazione della materia e l'illusione di una ripetibilità delle condizioni sperimentali, vi è il pericolo, d'altra parte, che la ricerca qualitativa si rifugga nella ricerca di significati e nella loro collezione vocabolariesca. Si corre il pericolo che una ricerca volta alle "qualità" abbia a che fare cioè con l'aspetto eidetico delle pure forme assolute e perda la possibilità di *sviluppare senso* perché i significati sono stati scissi, segmentati, frazionati, depauperati, decontestualizzati. Ma come può essere compreso il senso? Come può essere previsto? Come può essere "utilizzato" e messo in dialogo in una relazione clinica?

Una concreta possibilità di comprensione del *senso* è quella di cogliere la *direzione delle relazioni*, ossia il movimento delle emozioni (*ex-movere, muovere verso*), che si generano attraverso le relazioni in cui lo stesso clinico è coinvolto. Cogliere cioè le "in-formazioni" prodotte dai diversi ed eterogenei significati. Cogliere la trasformazione in atto data dai processi emotivi nella loro valenza in-formativa e comunicativa. Infatti ogni esperienza relazionale a partire dalla sua matrice emotiva è sia *informazione* che *comunicazione*: l'*in-formazione* delle emozioni è il processo genetico di reificazione di forme (segni ipostatizzati); la *comunicazione* pertiene maggiormente all'aspetto relazionale delle emozioni, ovvero è necessario che la reazione si organizzi come uno spazio simbolico-affettivo comune, affinché produca delle reificazioni semiotiche condivise. Ecco perché l'emozione è un fenomeno *informativo* e *comunicativo* allo stesso tempo. La discretizzazione attraverso la produzione di una forma è un processo semiotico che avviene all'interno di un campo condiviso (cioè all'interno di una comunicazione).

*Un esempio ...*

Proviamo a vedere quanto detto finora a partire da un episodio che ad uno di noi è capitato di osservare direttamente. La seguente scena si è verificata di mattina in una stazione della metropolitana di Napoli, qualche tempo fa, e può essere considerata come uno dei tanti, innumerevoli episodi irrilevanti ed "in-significanti" che ogni giorno accadono e che dopo qualche minuto sono già dimenticati.

All'uscita del vagone della metro, colpisce la mia attenzione un uomo visibilmente curato e accorto al look, capelli rasati con cura e con un cappello (del tipo "coppola") in mano. Costui - che chiamerò Signor X - nel flusso di gente verso l'uscita mi precede e, quando incominciamo a salire le scale, io mi trovo qualche gradino sotto rispetto a lui; questa mia posizione mi permette di osservare direttamente le sue mani che si trovano all'altezza dei miei occhi. Mi accorgo che il Signor X ha una mano finta. Egli porta una protesi al braccio sinistro; essa è fatta molto bene, e riesco perfino a vedere la riproduzione delle rughe e delle pieghe della pelle.

Il Sig X porta questa mano con una certa disinvoltura, con il pollice inserito nella tasca dei suoi jeans, anche se mi sembra che tale protesi in questa posizione oscilli un pò troppo. Mi colpisce il fatto che, sul polso di questa mano finta, ci sia un orologio mentre all'altro braccio, quello con la mano vera, indossa diversi bracciali. La protesi della mano sembra prolungarsi ben oltre il polso,

---

formalizzato non è possibile dichiarare come vera una asserzione e contemporaneamente preservare la coerenza interna del sistema. Se consideriamo i significati da un punto di vista esclusivamente quantitativo stiamo assumendo implicitamente che essi sono delle entità concettuali definite, assolute, non soggette a trasformazioni e distinte tra loro in maniera chiara ed evidente. Esse cioè formano sistemi di valori in cui le relazioni risultano altrettanto ben definite offrendo chiusura e coerenza al sistema. Sarà proprio tale situazione a dare luogo ai paradossi tra l'assunzione di verità dei significati e la fuga all'infinito di un ulteriore tentativo di preservare la chiusura e coerenza del sistema.

ma il giubbino che il Signor X indossa mi impedisce di capire fin dove arriva. L'impressione che ricevo è quella che essa arrivi fino al gomito.

All'improvviso, mentre saliamo le scale, un uomo accanto al Sig X (dal lato della protesi) inciampa nei gradini e cade. Il Sig X si agita, si muove, tenta di reagire e poi visibilmente imbarazzato si scusa dicendo: " *Mi spiace, avevo il cappello in mano!*".

L'episodio svoltosi nel giro di un paio di minuti si esaurisce qui, ma mi ha colpito molto per essere stato un esempio prezioso di come sia complessa e articolata la produzione del *significato* e del *senso* attraverso il linguaggio, e come tale articolazione diventi più leggibile quando rivolgiamo l'attenzione al campo relazionale-contestuale in cui il fenomeno linguistico viene riprodotto.

Se noi volessimo "capire" esclusivamente il *significato* dell'enunciato del Sig X ci imbatteremmo nel suo contenuto referenziale/denotativo, ovvero che il Sig X aveva il cappello in mano. Punto! Al massimo, potremmo pensare con una inferenza arbitraria che tale oggetto vale ben più dell'incolumità dell'uomo che è caduto per le scale, al punto che il Sig X ha preferito aver cura del cappello piuttosto che tentare di aiutare il suo vicino.

Volendo dare un *senso* alle parole del Sig X, dobbiamo invece pensare che tale frase possa essere l'emergenza di un orizzonte di senso che organizza le azioni, i pensieri, le relazioni, insomma la vita del Sig X e i suoi sistemi relazionali.

Senza avere a disposizione ulteriori informazioni sulla vita del Sig X ci atteniamo semplicemente a quanto osservato, ovvero a dei significanti che seppur eterogenei, nel loro articolarsi producono una dimensione di senso.

L'orologio sul polso sinistro, cioè sulla protesi, ha una sua importanza significativa: tale orologio è reso inutilizzabile dal fatto che non può essere visto dal Sig X perché il movimento oscillatorio della protesi lasciava capire che lui non poteva alzarla e portare alla vista il quadrante dell'orologio (tra l'altro il pollice della mano finta era appoggiato nella tasca proprio per cercare di stabilizzare questa protesi oscillante). Però il Sig X indossava l'orologio sul braccio sinistro, come la grande maggioranza degli uomini, e portava dei bracciali sul braccio destro. Ci viene da chiedere come mai non inverta le posizioni in modo da rendere l'orologio maggiormente funzionale. Sembra - ma questo, si badi bene, è solo una ipotesi che fa parte del dominio delle congetture dell'osservatore che prova ad utilizzare una logica inferenziale abduittiva - che un desiderio di normalità superi gli aspetti di funzionalità (questo mostrerebbe come l'orologio sia un segno costruito all'interno di un processo di semiosi affettiva e non si ponga esclusivamente come artefatto strumentale di uso convenzionale e definito: l'orologio, in altri termini, diventa il precipitato di una significazione sociale-culturale letta affettivamente).

Proseguiamo. Il Sig X non chiede all'uomo caduto come stesse, se si fosse fatto male, se avesse potuto aiutarlo in qualche modo; il Sig X esordisce, immediatamente imbarazzato, con la frase sopra citata: "Mi scusi, avevo il cappello in mano!".

Tale frase mostra come il linguaggio sia *l'emergenza simbolopoietica della propria esperienza*, del proprio vivere ed esperire il mondo e gli altri. Possiamo ipotizzare un sentimento di inadeguatezza del Sig X che trova modo di venire allo scoperto anche se protetto da un ambiguo rapporto tra il significato e il senso delle sue parole. Possiamo osservare infatti come il corpo del Sig X sia un aspetto saliente nella definizione del proprio sistema relazionale e di orizzonte di senso, a partire proprio dal campo affettivo-relazionale organizzato dall'assenza del braccio e dai sentimenti ad essa collegati.

Le parole del Sig X sono l'emergenza di tutta una serie di significazioni che contemporaneamente agiscono ed interagiscono tra di loro in quel preciso momento. La centralità del proprio corpo, così come viene vissuto, nella definizione delle proprie possibilità, vincoli e modi relazionali si reifica nella frase esclamata nel contesto relazionale locale-contingente (l'uomo accanto che inciampa e cade e che richiede l'intervento del Sig X).

### *Conclusioni*

Utilizziamo tale aneddoto come esempio per riflettere su come una qualsiasi frase è sempre il precipitato di una molteplicità di significazioni; detto in altri termini, le parole (ma in generale ogni produzione semiotica) che un soggetto utilizza sono sempre l'emergenza di una serie di direzioni



fenomeniche in cui il soggetto interagisce e che contribuisce alla costruzione attraverso la propria soggettività-relazionalità.

La scena appena illustrata mostra in modo esemplificativo come un contesto sia un prodotto dinamicamente proiettato nel tempo e sviluppantesi intorno a processi di significazione che si originano dall'intricazione di semiosi operativa e semiosi affettiva. Dobbiamo riconoscere quindi che ogni reificazione non solo ipostatizza il sistema relazionale ma lo regge anche proiettandolo nel tempo attraverso modalità specifiche e locali.

Concludiamo, ribadendo che il rapporto tra il significato e il senso di una produzione linguistica (e più in generale di ogni produzione semiotica) non ha una relazione univoca e definitiva. Rimane però da dire che essi non devono essere intesi neanche come totalmente sciolti e svincolati, in quanto è solo un osservatore esterno alla relazione che individua due piani distinti del significato e del senso, mentre all'interno del campo relazionale e discorsivo il significato e il senso non sono categorie immediatamente distinguibili dai soggetti implicati (si ricordi come la semiosi affettiva rende presenti e reali le simbolizzazioni).

La questione di come siano strettamente interconnessi, l'uno nell'altro, senso e significato è tutt'altro che risolta. Da una parte si potrebbero aprire percorsi che conducono a ipotesi di tipo funzionalistico, immaginando che i codici condivisi culturalmente siano canali di espressione della soggettività e quindi si apprestano ad essere funzionali all'adattamento e all'interazione delle persone. Dall'altra parte possiamo osservare come i codici culturali offrano forme e contenitori in stato semi-organizzato da articolare e da animare, da incarnare e da mobilitare. Ciò non è solo un processo di puro uso strumentale, esso è un processo bidirezionale di identificazione, di abitazione e di intenzionalità tra codici culturali e semiosi affettiva.

È la semiosi affettiva che in maniera intricata ed intersoggettiva mobilita la semiosi operativa; allo stesso tempo è la semiosi operativa che incanala le relazioni e ne fornisce possibilità di sviluppo.

Inoltre la riflessione intorno alla problematicità del rapporto tra *significato* e *senso* ci induce a centrare la nostra attenzione sulla necessità di sviluppare una modalità di ricerca in psicologia che superando la dicotomia tra "qualità" e "quantità" sia rivolta allo studio e alla comprensione dei processi di significazione come emergenza e modalità specifiche di relazionalità che si evolvono nel tempo.

### *Bibliografia*

Benveniste, E. (1966). *Problèmes de linguistique générale*. Paris: Gallimard.

Brentano, F. (1874). *Psychologie vom empirischen Standpunkte* Lipsia (trad.it. *La psicologia dal punto di vista empirico*, vol. I; *La classificazione dei fenomeni psichici*, vol. II; *Coscienza sensibile e coscienza poetica*, vol. III, Laterza, Bari, 1997).

Buhler, K. (1934). *Spachtheorie. Die Darstellungsfunktion der Sprache*. Jena: Fischer.

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

Conrotto, F. (2010). *Per una teoria psicoanalitica della conoscenza*. Milano: FrancoAngeli.

Di Napoli, G. (2011). *I principi della forma. Natura, arte e percezione*. Torino: Einaudi.

Fornari, F. (1976). *Simbolo e codice*. Milano: Feltrinelli.

Fornari, F. (1979). *I fondamenti di una teoria psicoanalitica del linguaggio*. Torino: Boringhieri.

Fornari, F. (1982). Codici affettivi e rapporto corpo/mente. *Psicologia Clinica*, 1 (1), 33-69.

Fornari, F. (1983). *La lezione freudiana*. Milano: Feltrinelli.

Freda, M.F., & De Luca Picione, R. (2012). Relational And Organizational Value Of Self-Positions. *International Journal for Dialogical Science*. Spring 2012, 6, (1), 51-60.

- Freda, M.F. (2008). *Narrazione e intervento in psicologia clinica. Costruire, pensare e trasformare narrazioni*. Napoli: Liguori.
- Freud, S. (1887-1904). *Lettere a W. Fliess* (trad. it. Bollati Boringhieri, Torino, 1986).
- Freud, S. (1915). *L'inconscio* (trad. it. *Opere*, vol.8, Bollati Boringhieri, Torino, 1989).
- Freud, S. (1925). *La negazione* (trad. it. *Opere*, vol.10, Bollati Boringhieri, Torino, 1989).
- Husserl, E. (1900). *Logische Untersuchungen*, Niemeyer: Halle (trad. it. *Ricerche logiche*, Il Saggiatore, Milano, 1968).
- Maggiolini, A. (1988). *La teoria dei codici affettivi di Franco Fornari*. Milano: Unicopli.
- Matte Blanco, I. (1975). *The Unconscious as Infinite Sets: An Essay in Bi-Logic*. London: Gerald Duckworth & Company.
- Salvatore, S. (2004). *Inconscio e discorso. Inconscio come discorso*. In B. Ligorio (Ed), *Psicologie e culture. Contesti, identità e interventi*, (pp. 125-155). Roma: Edizioni Carlo Amore.
- Salvatore, S., & Freda, M.F. (2011). Affect, unconscious and sensemaking: A psychodynamic, semiotic and dialogic model. *New Ideas in Psychology*, 29, 119-135.
- Salvatore, S., & Zittoun, T. (2011). *Cultural Psychology and Psychoanalysis. Pathway to Synthesis*. Greenwich: Information Age Publishing.
- Searle, J. (2009). *Coscienza, linguaggio, società*. Torino: Rosenberg & Sellier.
- Valsiner, J. (2006). *Developmental Epistemology and Implications for Methodology*. In Damon, W. e Lerner, R., *Handbook of child psychology: Vol.1. Theoretical models of human development* (5<sup>th</sup> ed., pp. 166-209). New York: Wiley.

## **Per una psicologia clinica emanazione del senso scientifico: dall'ibridazione conoscitiva con il modello medico alla collocazione entro una precisa e rigorosa definizione di un modello operativo.**

**di Gian Piero Turchi\*, Michele Romanelli\*\***

### *Abstract*

Il presente articolo si pone come obiettivo quello di delineare un modello operativo psicologico *strictu sensu*. Se in ambito sanitario il rigore e la precisione della corrispondenza tra le prassi operative e lo statuto epistemico dell'unità anatomo-funzionale (l'oggetto di indagine del modello medico), consentono di ancorare il modello operativo medico ad un senso scientifico, ancora rimane una questione aperta e insoluta in ambito psicologico. Ad esempio, il modello medico distingue la prassi diagnostica in due tipologie principali: la diagnosi *ad eziologia certa* e la diagnosi *ad eziologia incerta*. Nel secondo caso, in particolare, non potendo spendere l'etichetta diagnostica, entra nel merito della descrizione del quadro clinico e antepone la qualifica di sindromica ad alcuni elementi di carattere descrittivo (riferiti a quale è la componente o la funzionalità dell'unità anatomo-funzionale coinvolta; per esempio: Sindrome da Immuno Deficienza Acquisita). Trasporre quest'argomentazione in ambito psicologico, invece, comporta incappare in alcuni buchi (conoscitivi) che hanno avuto (e tuttora hanno) forti implicazioni sull'operato della disciplina. In questo ambito, non potendo rintracciare l'intervento di alcuna causa (in quanto l'oggetto di indagine ha statuto epistemico di costruito teorico), tutti i quadri clinici dovrebbero essere riconducibili, *in primis*, ad una diagnosi ad eziologia incerta e *in secundis*, comunque, non risulterebbe possibile spendere l'etichetta diagnostica ma, tutt'al più, la descrizione di un quadro clinico di carattere sindromico. Pertanto, trattandosi di una prassi che viene applicata in modo spurio, oltre che volta al perseguimento di un obiettivo di guarigione - quale quello del modello medico - e fondata sulla nozione conoscitiva della causa, risulta illegittima (in termini scientifici), ergo inapplicabile in ambito psico-logos.

Ecco allora che, secondo quanto verrà prospettato all'interno dell'articolo, la collocazione in paradigmi interazionistici rende disponibile l'osservazione per cui la realtà su cui lavora il modello *psico-logos* (discorsivamente intesa e costruita nell'interazione) risulta incerta, costantemente mutevole e che può essere cambiata in qualsiasi momento e qualsiasi essa sia. Quanto assunto è il fondamento che consente di definire un modello operativo che operi *sul logos* e quindi sulle *modalità* di costruzione della realtà. Il criterio dunque, non può più riferirsi all'eziopatogenesi e, conseguentemente, l'obiettivo del modello operativo, non è di guarigione bensì di cambiamento della configurazione discorsiva.

*Parole chiave:* Modello medico, riflessione epistemologica, paradigmi interazionistici, modello psico-logos

### *Incipit*

Le questioni inerenti la psicologia clinica quali: la definizione dell'oggetto di conoscenza della disciplina, la frammentazione teorica, la ricaduta di questa sulla (non) disposizione di un metodo condiviso tra gli operatori, la definizione dell'ambito di intervento e, non per ultimo, l'apporto che essa può offrire alla Comunità e dunque il contributo operativo alle "richieste d'aiuto" (che siano Istituzionali e/o individuali), trovano la propria genesi in tempi remoti. Questo stato di cose ha contribuito in modo rilevante alla "perdita di credibilità" della disciplina, per cui, la discussione di e su questi temi - sostanziali per la sopravvivenza della disciplina stessa - rimane aperta ancora oggi e tutt'altro che risolta. La considerazione generale da cui si intende partire in questo contributo, è che la psicologia clinica sia una disciplina che (ancora) non si è svincolata dall'"ombra del gigante", ossia dal colosso medico-psichiatrico entro il quale è nata e si è sviluppata. Anzi, più che mai in questo momento storico - dove le ibridazioni tra il modello medico e i modelli in psicologia clinica risultano sempre più pervasive - assume forte rilevanza la proposta, di ordine tecnico e procedurale (non certamente di natura scientifica e gnoseologica), di lasciar fagocitare

---

\* Docente di Psicologia Clinica e di Psicologia della Salute presso l'Università degli Studi di Padova (gianpiero.turchi@unipd.it).

\*\* Dottore in Psicologia Clinica e collaboratore del Prof. Gian Piero Turchi (romanelli.michele@gmail.com).

definitivamente la psicologia (clinica) entro l'ambito sanitario. Quello che dunque altre scienze (come ad esempio la chimica o la fisica quantistica) hanno fatto, cioè avviare i rispettivi apparati conoscitivi sulla scorta di una rigorosa riflessione in termini epistemologici, oggi, ancora, risulta non così rilevante in seno alla psicologia. Mentre, in questo particolare momento storico (anche per i mutamenti Istituzionali definiti dai recenti interventi legislativi), la riflessione epistemologica assume una valenza centrale, sia in termini di portato scientifico che congiunturale; infatti, se messa in campo in modo adeguato, risulterebbe strategica per rendere la psicologia clinica autonoma, e definitivamente svincolata, da altri ambiti della conoscenza, e dunque anche operativi.

Pertanto in questo contributo - ricorrendo alla forza retorica di una metafora - si prospetta una linea di pensiero che vorrebbe evidenziare "quali buchi", in termini conoscitivi, restano aperti in Psicologia Clinica, e delineare un tentativo di proposta che "copra i buchi" che altrimenti rimarrebbero tali, ossia irrisolti in termini conoscitivi. Parlare oggi di psicologia (clinica) obbliga dunque, quanti operano al suo interno, a tener presente che la domanda d'intervento che è rivolta agli psicologi è cambiata, e sempre più cambierà, nell'incedere dello sviluppo incerto di una Comunità fortemente caratterizzata da un'organizzazione soggetta a continue e costanti trasformazioni sociali *in primis*, e dunque culturali, *in secundis* (Molinari & Labella, 2007; Carli & Panaccia, 2011). Mettere in discussione quanto fino ad oggi prodotto internamente alla psicologia (clinica), secondo criteri e direttive di ordine scientifico, risulta necessario per promuovere un cambiamento, nell'ambito della disciplina stessa; cambiamento che possa fornire risposte alle cosiddette "nuove sfide" che quest'ultima deve abbracciare, pena il suo "assorbimento" (e questa volta definitivamente, a parer nostro) entro altri ambiti metodologico-operativi.

#### *Per una fondazione scientifica della psicologia (clinica)*

Muoversi entro una proposta di tipo rigoroso, per far fronte alla presa in carico delle questioni care alla sopravvivenza della psicologia clinica e, come riportato poc'anzi, ancora insolute, implica partire da una riflessione che tocchi questioni proprie della conoscenza e del modo di conoscere. Se si prende come confronto la chimica, si può osservare come il rigore della definizione dell'impianto conoscitivo di questa scienza ha garantito, e tuttora garantisce, il prodotto che la conoscenza produce. Ecco allora che la ricaduta pragmatica di questo rigore interno alla disciplina, fa sì che questa goda, non solo di autonomia rispetto ad altri impianti conoscitivi, ma anche che (al contempo) sia (stata) riconosciuta dalla Comunità, in quanto utile per l'assolvimento delle esigenze che si generano fra i propri membri (metaforicamente la "richiesta di aiuto" citata poc'anzi).

Il punto di partenza deve pertanto necessariamente coincidere con la riflessione sui fondamenti della conoscenza e dunque, sullo statuto epistemico dell'oggetto di indagine e, conseguentemente, sulla modalità conoscitiva che si adotta, coerente con lo statuto epistemico dell'oggetto di indagine stesso (Marhaba, 1976). Tutto questo, pena lo scadere in trattazioni e dissertazioni che, appartenendo a modalità di senso comune, risultano dettati di pure affermazioni e non interferiscono con il processo di ibridazione della psicologia (clinica) verso il modello medico. Discutere di psicologia (clinica), implica allora, necessariamente, discutere di scienza. E discutere di scienza, obbliga a doversi occupare di quale metodo la scienza si dota, per operare ed offrire risposte. Ma si proceda con ordine.

Una prima questione, già emersa e che fa da spartiacque rispetto al prosieguo dell'argomentazione, è la distinzione tra le due modalità conoscitive di cui la specie umana, nel corso del tempo, si è dotata e che sono: il senso scientifico e il senso comune (Turchi & Della Torre, 2007). Entrambe sono modalità di costruzione della conoscenza ma mettono in campo, per conoscere, presupposti e assunti differenti basati sempre sull'impiego del linguaggio (ed è per questo che si tratta di costruzioni di senso). Infatti, il senso comune non ha la necessità di esplicitare i presupposti conoscitivi adottati - e pertanto il modo di conoscere che lo caratterizza, coincide con quanto gli organi sensoriali (come realtà del percepito, ma non solo, come vedremo più avanti), diciamo così, mettono "a disposizione"; il senso scientifico ha, invece, l'obbligo di produrre una conoscenza che vada oltre a quella legata agli organi sensoriali (ossia quella

ancorata alle percezioni, ma appunto, non solo). Ossia è necessario che espliciti i presupposti (o gli assunti) conoscitivi che adotta per conoscere e in virtù dei quali offre il proprio contributo.

Sulla scorta della distinzione tra queste due modalità di conoscere, vengono meno le fallaci distinzioni tra scienze esatte e altre scienze (forse inesatte?), scienze Naturali e scienze dello Spirito, dato quantitativo e dato qualitativo (per citare soltanto alcune fra le antonimie semantiche che nel corso del tempo sono state usate). Ciò che resta sono i due modi di conoscere: il primo (per ordine di apparizione in termini di filogenesi) legato al senso comune e all'ancoraggio sulla percezione (*"percepisco il movimento del sole e la staticità della terra"*); il secondo che è proprio della scienza e dell'osservazione, consentito dagli assunti conoscitivi che questa impiega (*"osservo la staticità del sole e il movimento della terra"*).

Entrando nel merito dell'uso della parola "scienza", questa costruisce il proprio senso conoscitivo nell'etimo greco di *gnosis* (cioè *conoscenza*), in quanto esprime in modo pertinente il carattere dinamico della scienza, più che nell'etimo latino *scio* (cioè *sapere*). Dunque, *"sapere che cosa è la depressione"* è una proposizione che esprime il possesso di un certo sapere che è attribuibile ad un costrutto psicopatologico (che può avere anche rilievi nosografici, secondo certa psichiatria). Di conseguenza, il sapere non implica alcuna spinta conoscitiva che porti a delle ricadute (sia in termini applicativi che teorici), che contemplino una definita organizzazione di dati osservativi (la manualistica psichiatrica infatti, si reputa a-teorica) e che consentano di pervenire a questo tipo di sapere riguardo ad un costrutto psicopatologico (come nel caso della depressione di cui sopra). Il verbo *sapere* ha, infatti, un carattere statico, cioè rimanda ad un contenuto sul quale non è possibile addentrarsi ulteriormente per descriverlo. Ciò che il sapere porta, esclude altre possibilità che possono essere offerte. Invece: *"conoscere la sindrome depressiva"* configura l'oggetto della scienza in termini di movimento, di percorso, di processo, poiché implica l'adozione di successivi approfondimenti riguardanti quei dati osservativi che consentono di giungere ad una descrizione circa la cosiddetta "depressione", in modo tale da poterla conoscere (e, non, sapere). Ecco allora che la conoscenza di un particolare elemento preso ad oggetto di indagine (la "depressione"), pena restare sul mero piano lessicale (restare legati al termine "depressione", senza, cioè, produrre un riferimento ad una teoria di senso scientifico "della depressione"), implica disporre di una traccia, un percorso, che genera - solo dopo, nei suoi esiti - un dato sapere che, a sua volta, può non essere presente all'inizio di tale percorso di conoscenza. Quindi, solo dopo aver compiuto un percorso conoscitivo, il suo esito può divenire, eventualmente, oggetto di sapere. Ed è da questa considerazione che si parte, e della quale ci si dota, per discutere - in seno alla psicologia - di psicologia (clinica).

Risulta necessario allora, proseguire operando, primariamente, una riflessione di carattere squisitamente epistemologico (ossia una riflessione sul fondamento della conoscenza) che collochi la psicologia entro una cornice che ponga come focus della riflessione le modalità con cui gli oggetti di conoscenza sono generati, in quanto oggetti del percorso conoscitivo stesso (Salvini, 1998). A fungere da demarcazione tra senso scientifico e senso comune, dunque, non sono gli specifici contenuti propri di una disciplina, bensì l'organizzazione di questi in un corpus teorico-concettuale fondato rispetto alla definizione dell'oggetto d'indagine e intrinsecamente rigoroso rispetto all'adozione e applicazione di un metodo coerente con esso.

La scienza, in quanto *gnosis*, storicamente si è articolata per aver focalizzato l'attenzione su differenti porzioni di "realtà", indagandole attraverso strumentazioni conoscitive diverse, applicate a oggetti di indagine differenti. Oggi la Comunità umana dispone di un vasto ventaglio di scienze diverse ma che, nonostante la loro diversità (in quanto apparati conoscitivi), mantengono l'appartenenza ad una dimensione scientifica. E le dizioni utilizzate per designare questi diversi e distinti apparati conoscitivi, richiamano, attraverso una prima riflessione etimologica, una duplice proprietà della scienza: sono costituite da due parti, ognuna con una funzione specifica. La seconda parte, ossia il suffisso, indica la strumentazione conoscitiva adottata dalla scienza di riferimento, ossia il presupposto conoscitivo che consente di avviare ad un processo di conoscenza e può esser *-logos*, *-ica* oppure *-nomos*. La prima parte della dizione, ossia il prefisso invece, definisce l'oggetto di studio (o di indagine) della disciplina, per esempio: la "vita" per la biologia, la "società" per la socio-logia, gli "astri" per l'astro-nomia e le "sostanze" per la chim-ica.

Il senso scientifico è rappresentato, dunque, da una declinazione di differenze che conferiscono anche statuto epistemico differente: diversi sono gli oggetti d'indagine, e diverse sono le

strumentazioni che si mettono in campo per costruire un apparato di conoscenza. Pertanto, differenti saranno i modi attraverso i quali si innesca un processo conoscitivo e dai quali si genera poi, eventualmente, una certa forma di sapere (che si declina in modelli operativi; vedi in seguito e vedi Salvini & Galieni, 2002). Ne consegue che la scienza è “un modo” di conoscere, e non “il modo” di conoscere che si verrebbe a porre, invece, come vero ed indiscutibile, volto all'accertamento del presupposto, “reale”, in quanto unico e stabilito in modo definitivo.

Proseguendo nell'argomentazione, va sottolineato che la strumentazione conoscitiva adottata dalla scienza (-logos, -nomos e -ica), si costituisce attraverso l'impiego di un linguaggio: è solo attraverso il linguaggio, infatti, che la scienza costruisce l'impalcatura dei propri asserti, ne definisce i principi adottati, inerenti l'oggetto che si propone di indagare, esplicita le teorie e le metodologie di ricerca utilizzate. Nel corso della storia umana, la nostra specie si è dotata di due tipologie di linguaggi, che sono entrambi impiegati per produrre gli asserti da parte del senso scientifico: il primo, che è quello che possiamo definire ordinario (impiegato dalla comunità dei parlanti); il secondo riguarda, invece, i linguaggi formali, di cui solo alcune scienze si dotano (vale a dire le scienze che impiegano apparati conoscitivi di tipo -nomos e -ica), che si caratterizza per disporre di rigore interno e formalismo che non sono rintracciabili in quello ordinario (Turchi & Della Torre, 2007).

Oltre a questo, la prima parte del termine attraverso cui si designa una certa disciplina, può rintracciare tre tipologie differenti di oggetti di studio.

La prima tipologia riguarda oggetti di conoscenza relativi ad enti con statuto epistemico empirico-fattuale. Si tratta di oggetti di studio empiricamente (sensorialmente) rilevabili, che afferiscono al “mondo degli oggetti concreti” e che pertanto trovano una corrispondenza sul piano percettivo, a cui è possibile fare riferimento attraverso un'indicazione, ad un gesto denotativo, che rimanda ad un qualche oggetto appartenente al “mondo fisico” (percepibile sensorialmente appunto). È questo il caso dell'unità anatomo-funzionale (comunemente nota, grazie all'impiego del termine “corpo”): oggetto di intervento e di studio del modello medico. La peculiarità di questa tipologia di oggetti di indagine consiste nel risultare direttamente rilevabili e misurabili (alcuni, non tutti, attraverso opportune teorie della misura), e nell'essere passibili di traduzione sul piano di un linguaggio formale, in cui tali enti sono messi in relazione tra loro attraverso la nozione di causa.

La seconda tipologia è costituita da oggetti di studio che rispondono allo statuto epistemico di enti, ma non di base empirico-fattuale bensì teorica (tanto che dovremmo chiamarle “unità teoriche”, ossia il frutto di una gnoseologia). Si tratta infatti di oggetti di studio che sono la risultante del prodotto di una pura astrazione categoriale, che non trova alcuna corrispondenza sul piano percettivo. È questo il caso dell'unità (teorica) “atomo” della chimica. La peculiarità di questa tipologia è che l'unità teorica si mostra (solo) in virtù dell'impiego di un formalismo specifico (ossia l'adozione di un linguaggio formale), attraverso il quale gli enti teorici (le unità teoriche) sono in relazione tra loro attraverso la nozione di interazione (e non di causa).

Le due tipologie di oggetti di studio, per lo statuto epistemico definito, consentono, dopo il prodotto/genesi della conoscenza, di disporre di un sapere che può essere spendibile ed utilizzabile dalla Comunità (e dunque che riesce a modificare le modalità di affermazione del senso comune, fornendo contenuti che altrimenti non sarebbero stati possibili/fruibili/disponibili); lo statuto epistemico di questi prodotti della conoscenza è dunque fortemente pervasivo nei confronti del senso comune.

La terza tipologia riguarda oggetti d'indagine il cui statuto epistemico è quello di “costrutti teorici”. In questo caso, si tratta di oggetti d'indagine che, parimenti a quanto accade per l'ente teorico (l'unità teorica), non trovano corrispondenza sul piano empirico (del percetto). Il riferimento è dunque ad ambiti per cui non è possibile fare riferimento alla denotazione che rimanda ad un qualche oggetto del “mondo fisico” (percepibile, appunto). Si tratta pertanto di costruzioni astratte (costrutti categoriali) che sono generate dall'impiego del linguaggio ordinario. La peculiarità di questa tipologia, consiste nel fatto che l'oggetto di indagine non “esiste di per sé” - come invece accade tanto per l'ente empirico-fattuale, ancorato sul percetto, quanto per l'unità teorica, generata nel formalismo del linguaggio di riferimento – ma risulta completamente costruito nelle categorie conoscitive utilizzate nel dipanarsi del linguaggio ordinario; ossia risulta strettamente connesso all'impiego del linguaggio ordinario (il logos), senza il quale il costrutto non sarebbe generato (definito, appunto, quale costrutto teorico). La relazione che è possibile considerare fra i costrutti teorici fa riferimento alla nozione di interazione, così come per le unità teoriche (e non quella di

causa) (Salvini, 1998). Questa tipologia di oggetto di studio, per lo statuto epistemico definito, dopo il prodotto/genesi della conoscenza, non consente di disporre di un sapere che può essere spendibile ed utilizzabile dalla Comunità e dunque, la possibilità/fruizione/spendibilità dei costrutti teorici, nella modifica delle affermazioni del senso comune. Si tratta di un passaggio assai critico che nelle due tipologie di oggetti di studio precedentemente illustrate risulta, invece, definito; infatti i contenuti proposti - i costrutti teorici - appartenendo anch'essi al logos, al linguaggio ordinario, sono facilmente confusi, dal e nel lessico utilizzato nelle affermazioni di senso comune; per cui accade che risultino scarsamente pervasivi verso il senso comune, tanto da far sì che si possano verificare due diverse possibilità, due diversi scenari (anche in presumibile interazione fra loro). Il primo scenario, ma non per primo, declina che tali contenuti (costrutti teorici), risultano talmente "prossimi" al lessico del senso comune, che sono completamente assorbiti dai modi d'uso del linguaggio ordinario e che dunque non assumono alcuna forza pervasiva nei confronti del primo. Il secondo scenario, ma non per secondo, declina che i costrutti teorici sono assorbiti da una delle due precedenti tipologie di oggetto di indagine (in particolare dalla prima, ossia quella che possiede un'aderenza, un ancoraggio sul percetto). Questo è l'effettivo "rischio" della psicologia (clinica), già reso plausibile dalla sua filogenesi, come vedremo nel paragrafo successivo, di restare/essere continuamente assorbita/asservita alla conoscenza derivante dal suffisso "-ica" e dunque, in termini operativi, (d)all'ambito sanitario, ossia medico/psichiatrico.

*Psico-logos (ψυχή - λόγος) klinikòs (ψλινιψα): etimologia e filogenesi del termine. Per una collocazione della disciplina nell'alveo del senso scientifico (la scienza)*

Il ricorso all'etimo, e a quanto sopra offerto in termini di riflessione epistemologica, consente di osservare come il termine che denomina la disciplina (psico-logia clinica) è composto da una prima parte che rintraccia l'oggetto dell'indagine (*psico* -); e da una seconda parte che, invece, offre indicazioni rispetto all'impianto conoscitivo che si può impiegare nel generare l'oggetto di indagine stesso (nello specifico, il - *logos*). Entrare nel merito, tanto dell'oggetto d'indagine, quanto dell'impianto conoscitivo di cui la scienza può dotarsi, permette di ricercare dove giace il fondamento; pertanto, nella fattispecie, collocare l'appartenenza della disciplina entro un senso scientifico di tipo -*logos*, comporta che l'impianto conoscitivo impieghi, e si esaurisca, entro l'adozione del linguaggio ordinario, il cui oggetto di indagine appartiene alla tipologia in cui sono stati collocati i costrutti teorici. Il termine "psico", infatti, non rispondendo allo statuto epistemico di un ente empirico fattuale, in quanto non rilevabile empiricamente (sensorialmente), non afferisce a quello che sopra è stato chiamato "mondo degli oggetti concreti" e, conseguentemente non trova alcuna corrispondenza sul piano percettivo. Al contempo non è riconducibile allo statuto epistemico di ente teorico (unità teorica), in quanto, non si tratta di un oggetto che viene delineato mediante l'adozione di un linguaggio formale, che offre all'oggetto dell'indagine il suo esistere a prescindere dalla messa in campo di tale linguaggio. Pertanto, poiché l'oggetto d'indagine "psico" non trova corrispondenza sul piano empirico-percettivo e si riferisce ad una costruzione astratta, generata infatti dall'impiego del linguaggio ordinario, l'oggetto della conoscenza risulta coerente con lo statuto epistemico di "costrutto teorico". Dunque, senza l'impiego del linguaggio ordinario, l'oggetto della conoscenza non può essere sottoposto ad indagine, non può essere indagato: vale a dire che, senza l'impiego del logos, non risulta possibile conoscere la psiche. Ecco che, riprendendo la fondazione di scienza in quanto *gnosis* (e *non* in quanto *scio*), della psiche "non si può sapere" ma, cionondimeno, "può essere conosciuta" e, a partire dalla stessa conoscenza, diviene possibile avanzare proposte operative che rispondano alle cosiddette richieste d'aiuto (che sono, tra l'altro, proprio formulate nel *logos*), in ambito *psico-logos*. Si tratta, dunque, di un oggetto d'indagine la cui peculiarità è quella di essere il prodotto dell'impiego di produzioni discorsive, culturalmente connotate e storicamente situate. Ecco allora che, se per gli oggetti d'indagine che appartengono allo statuto epistemico di entità (fattuali o teoriche), si pone come necessaria la definizione in virtù dell'adozione di un formalismo, nel caso di costrutti, invece, la necessità è di fare riferimento alle produzioni discorsive del linguaggio ordinario che li generano. Nel primo caso si ha la ricaduta che l'oggetto di studio non cambia, in quanto è dato solo e soltanto da una specifica adozione di formalismo; nel secondo, per contro, l'oggetto cambia ogni qual volta viene costruito (impiegato) nell'uso delle produzioni discorsive. Il termine "*psico*" (leggi psiche) dunque, a

titolo esemplificativo, può assumere valore di “mente”, di “comportamento”, oppure di “processi cognitivi” o di altro, a seconda della particolare costruzione teorica o retorica (costruita a partire dall’impiego del linguaggio ordinario, ossia il *logos*) che si utilizza per conoscerlo.

Inoltre, la possibilità di generare l’oggetto di conoscenza “psiche”, pur continuando a non sapere nulla della “psiche”, fa sì che non si possa disporre di un modello operativo che sia unico e condiviso, proprio in quanto il costruito assume il proprio valore, in virtù del riferimento teorico adottato (ossia che lo genera). Questo ulteriore aspetto dello statuto epistemico del costruito “psiche”, ha comportato che si possano (si siano potuti) delineare, in termini applicativi, due assetti differenti: a) ogni riferimento teorico è nella condizione di produrre (ha prodotto), un modello applicativo (non un modello operativo) proprio (vedi la proliferazione di modelli applicativi in ambito, per esempio, psicoterapeutico); b) assumere il modello operativo medico come riferimento (vedi oltre), in modo da disporre di un “sapere operativo” derivato da un altro statuto epistemologico (la prima tipologia di oggetto di studio declinata nel paragrafo precedente). Questo comporta, però, il completo snaturarsi del valore di costruito e la conseguente contaminazione (fino all’assorbimento totale, come delineato in incipit), della specificità conoscitiva.

Ora, per poter connotare la specificazione del termine *psico-logos* che rintraccia la disciplina, con l’accostamento ad esso della parola “clinica” (il cui etimo greco è “che si fa presso il letto”, dettato di “osservazione medica pratica”), si considerino gli elementi di filogenesi che danno contezza rispetto alla genesi della disciplina stessa. Il ricorso è dunque - a questo punto dell’argomentazione - ad un breve e generale *excursus* storico circa la nascita della psicologia (clinica) (Turchi & Perno, 2004).

La collocazione storica circa la genesi della psicologia (clinica) è il XVII e XVIII secolo, periodo in cui il modello operativo medico mostra la sua forza operativa, “vincendo”, contro il modello operativo sciamanico (e fino a quel momento vigente), la sfida in termini di efficacia, del proprio operato sull’organismo. Infatti il modello medico, è in questo periodo che inizia a “vincere” una tenzone storica, prima ancora che operativa e metodologica. È questo il periodo in cui nascono i primi spazi, siti, edifici, in cui l’organismo, prelevato dai luoghi in cui vive, è inserito e “messo da parte”: nascono i nosocomi (dall’etimo greco la parola ‘nosocomio’ deriva da *νοσος* che sta per ‘malattia’ e *ψομιο* che si riferisce alla “cura”; quindi “*dove si raccolgono e si curano gli ammalati*”). Sono costruiti, infatti, grandi edifici intorno alla metà del 1700 tra gli USA e l’Europa che consentono di recludere le unità anatomo-funzionali (il “corpo” appunto). I ruoli che, corrispondendo a quelli che oggi chiameremmo “medici”, offrono un contributo operativo e clinico a ciò che, per la prima volta nella storia, viene denotato - e al contempo osservato - come “organismo”; organismo, in quanto se ne riconosce un’organizzazione a se stante (diversamente dal modello sciamanico, per cui l’individuo nella sua componente fisica, è considerato in relazione ad altro, come ad esempio un’entità esterna ad esso, spirituale o terrena che sia, che lo condiziona e/o lo influenza; vedi Atkinson & Hilgard, 2011). Ed è per rendere più efficace il sapere che si sviluppa dalla conoscenza dell’organismo, che le persone sono prelevate dal loro tessuto sociale e inserite in questi edifici (per ragioni che non siano di tipo detentivo, ossia per violazione di una norma definita dal Diritto). Questo cambio nella modalità di gestire il corpo degli individui nasce, in termini di filogenesi, da uno spartiacque molto preciso e tutt’altro che casuale, che fa riferimento ad una tipologia di azioni impiegate per contrastare i grandi flagelli che minacciavano la Comunità, come ad esempio le pestilenze. Infatti prima di allora l’operatività era essenzialmente di tipo domiciliare, ma è proprio a fronte dei grandi flagelli come la peste che colpiscono la nostra specie fra il 1500 e il 1600, che il modello medico - che si stava delineando in modo sempre più preciso e definito in termini scientifici - si interroga sul cosa fare per incrementare la propria efficacia terapeutica, mediante il ricorso ad interventi che fossero oltre e altri a quello domiciliare. Ecco che, l’osservazione empirica (sul percetto) diretta e compiuta in siti appropriati (anzi costruiti proprio su esigenze operative piuttosto che di ospitalità), consente al medico di poter asserire che, grazie all’isolamento di quanti avevano contratto il flagello entro strutture quali i nosocomi, diminuiva il contagio. Il processo di conoscenza genera un sapere, prima non disponibile (con il

---

<sup>1</sup> Da [www.etimo.it](http://www.etimo.it)



modello sciamanico), rispetto al quale il medico opera, riducendo l'incertezza dei quadri clinici connessi ai grandi flagelli (questo procedere caratterizza sia flagelli, quali la lebbra e il colera, oltre che la peste). Facendo ricorso ad una suggestione storica, possiamo pensare che l'ultimo grande flagello sia celebrato dalla Madonna della Salute a Venezia dove, nel 1630, più di mezzo secolo dopo la terribile pestilenza del 1575-77, il morbo si abbatte nuovamente sulla comunità veneziana. Il doge farà voto di erigere una chiesa intitolata alla Salute, chiedendo l'intercessione della Vergine Maria per porre fine alla pestilenza. Da quel momento in poi nascono, e diventano operativi, i nosocomi.

La nascita dei nosocomi, oltre ad assumere una centralità storica, ne riveste una rilevante anche in termini di conoscenza scientifica. Accade infatti che i medici dell'epoca inizino a "tenere dentro" anche coloro che non avevano contratto alcun flagello, ossia anche quei casi in cui non vi era la conclamazione di una patologia organica. Quindi i nosocomi sono impiegati anche per coloro che, ad esempio, non avevano comportamenti corrispondenti alle norme sociali dell'epoca. Per cui l'intervento del sanitario/medico si esplica, si esprime, nonostante non vi sia una conoscenza (ancora) disponibile, ma che, basandosi su un sapere già declinato da altra conoscenza (quella dell'organismo), si autorizza, letteralmente, a recludere e operare ugualmente (e, aspetto non secondario), in quanto utile per assolvere a precise richieste della Comunità.

Sarà Pinel (Jonquières, 20 aprile 1745 – Parigi, 25 ottobre 1826), medico e direttore de l'Hopital de Paris, a chiedersi come giustificare il nosocomio e la proposta di applicazioni di tutta una serie di interventi provenienti dalla filiera conoscenza-sapere sull'organismo, per quei casi in cui non era riscontrabile - per le conoscenze di allora - la patologia a livello organico; e dunque in virtù di quale riferimento conoscitivo, visto che, quello disponibile, considerava oggetto di indagine soltanto ciò che era (è) percepibile nell'anatomia, così come nella funzionalità delle sue componenti, dell'organismo dell'individuo internato. Non trovando un fondamento di tipo organico (ossia anatomico e funzionale), rispetto alle conoscenze (anatomiche e funzionali) di cui si disponeva allora, Pinel compie un'operazione che, ancora oggi, risulta centrale per le sorti della psicologia (clinica): mutua la parola (il lessico) *psiche*, che fino a quel momento albergava solo nei trattati di filosofia o nella letteratura storico-poetica, e la inserisce in un campo di operazioni di carattere sanitario/medico (dunque fa ricorso ad un termine che fino ad allora apparteneva al piano lessicale). Al cospetto della piattaforma organica (che si stava delineando in modo sempre più preciso), egli ipotizza l'esistenza di una piattaforma psichica (che si attesta in termini puramente ipotetici), *come se* assumesse connotati chiaramente percepibili. Questa operazione, completamente infondata in termini conoscitivi, diviene possibile grazie al sapere derivante dalla conoscenza dell'organismo (vedi prima). Pinel definisce dunque il primo costrutto squisitamente psicologico, svincolato dall'aderenza ad una piattaforma organica (dunque denotabile in quanto sensorialmente percepibile): *le continent psychique* (Turchi & Maiuro, 2007). È questo il momento storico in cui nasce (in termini di genesi) la psicologia (clinica), in quanto supporto al modello medico, per giustificare/autorizzare operazioni che, non potendo desumere legittimità da un intervento sulla "piattaforma organica", a fronte di un'ipotizzata "piattaforma psichica", trovano la legittimità nel loro impiego, pur essendo operazioni di carattere sanitario/medico. Nasce così una disciplina che offre legittimazione alle operazioni di carattere sanitario/medico, che, risulta nella propria genesi, incastonata in esso, ma come supporto, e, per di più, sotto una precisa richiesta di carattere operativo. La nascente psicologia (clinica) offre infatti coadiuvo, e dunque legittimazione, ad attività che altrimenti non avrebbero il fondamento conoscitivo, in quanto la conoscenza della psiche (come costrutto teorico), è generata in quel preciso istante storico (il *kairos* della conoscenza), e le operazioni sanitarie/mediche non si sarebbero potute giustificare in virtù delle conoscenze di cui si disponeva.

Oggi si potrebbe dire che, da costrutto teorico (e dunque da dato puramente osservativo), quale risulta, epistemologicamente, l'oggetto di indagine "psiche", è (stato) incastonato (anche) in un sapere che non può appartenere al proprio statuto epistemico. Ossia un sapere generatosi da modalità di conoscenza proprie del senso scientifico, che studiano e conoscono dati empirico-fattuali. Questo con la conseguenza che la psiche diventa, nei fatti (e dunque nelle affermazioni) e non nella conoscenza, un dato "percettivo", inserito in una conoscenza che si fonda (anche) sul dato empirico (sensorialmente rilevabile). Questo "essere adagiato in" ha comportato, e comporta, ricadute, non solo in termini operativi (nella misura in cui il modello medico, legittimamente "operativo" in ambito sanitario, diventa meramente "applicativo" in ambito psicologico; si veda

oltre); infatti, da questo momento in poi (e le influenze sono ancora assai vive tutt'ora), questo costruito teorico, sarà (è) conosciuto e dunque trattato, *come se* appartenesse ad uno statuto epistemico di ordine empirico fattuale (sensorialmente rilevabile) e appartenente ad un sapere sanitario/medico. Della psiche dunque si continuerà a non sapere alcunché, ma si innescherà un intricato complesso di procedimenti operativi, molto diffuso ancora oggi, in cui la psiche, attraverso un passaggio squisitamente retorico, da ipotesi conoscitiva, quale quella delineata da Pinel, viene resa sapere come fosse una "cosa", un fatto dato, certo ed esterno (indipendente, autonomo) a quel processo di conoscenza che, soltanto ed esclusivamente, lo può generare (come costruito teorico).

La rilevanza di questo passaggio, è tale da far inserire le relazioni e le interconnessioni tra la psicologia (clinica) e il modello medico, non solo entro la cornice storica delineata, ma la fa anche rientrare, e dunque mantenere, ahimè ancora oggi, in implicazioni operative, metodologiche e di ricerca, completamente aliene al proprio statuto epistemico.

### *Il modello operativo medico: quali operazioni sull'unità anatomo-funzionale?*

Con il riferimento al modello operativo medico, è stato messo in evidenza nel paragrafo precedente, come esso abbia costituito lo scenario, non solo storico (bensì anche conoscitivo e applicativo), in cui si è generata la psicologia clinica, in quanto disciplina che opera sul "continente psichico". E' necessario fare ora, un ulteriore passaggio argomentativo (ed anche fondativo). Dire "modello medico" non è dire "medicina"; infatti, la medicina non è riconducibile agli elementi di riflessione epistemologica sopra considerati; la medicina non è un apparato conoscitivo che genera conoscenza, bensì consiste in un insieme di prassi, ossia di applicazione della conoscenza (dunque di "sapere") che è generata e messa a disposizione da un insieme di scienze (come ad esempio la fisica, la chimica, la biologia, la fisiologia, l'istologia, ecc., e pertanto, ambiti che per poter produrre conoscenza devono restare *-ica, -nomos o -logos*: la medicina non è alcuna di queste tre forme di conoscenza). Ecco che l'operatore sanitario (ossia, anche, ma non solo, l'operatore medico, che resta un operatore che segue un modello operativo, quello appunto "medico") non è un produttore di conoscenza, bensì è chi usufruisce della conoscenza che è generata grazie ai tre suffissi; è "sanitario" nella misura in cui impiega prassi operative (un sapere) fondate rispetto ad assunti conoscitivi resi disponibili da un novero di scienze specifico, che producono uno specifico oggetto di indagine e che generano un particolare dato osservativo (empiricamente rilevabile, sensorialmente percepibile): l'unità anatomo funzionale (di cui ora, grazie alla conoscenza prodotta nel corso del tempo, ma solo ora, possiamo dire che sappiamo – certo - molto, ma non tutto, in termini sanitario/medici, infatti restano molti aspetti ancora da definire e delineare, che in questa sede, però, non sono presi in considerazione).

Procediamo, ora che "sappiamo". Il modello operativo medico, in quanto emanazione di una precisa cornice conoscitiva, fondato e dunque coerente con lo statuto epistemico dell'oggetto di intervento, si basa su tre elementi che costituiscono l'ossatura fondativa sulla quale si àncora il modello stesso: l'assunto teorico, l'obiettivo e il criterio conoscitivo che ne autorizza l'intervento (questi tre elementi base, caratterizzano anche altri modelli operativi, per esempio quello ingegneristico).

L'assunto teorico del modello medico è la già citata unità anatomo-funzionale (che per senso comune è chiamata "corpo"), definito certamente in termini teorici (attraverso l'impiego di astrazioni categoriali che consentono di considerarlo un dato osservativo), ma che ha (anche) una "certa" aderenza sul percetto: è definito in quanto ente, in termini di unità anatomica e di funzionalità tra le diverse componenti dell'unità anatomica stessa (per esempio gli organi). E' a partire da tale assunto che si (possono) definire tutte le componenti dell'unità anatomica, anche in termini di funzionalità tra le diverse componenti a cui si fanno ricondurre/che costituiscono, l'unità anatomica. Secondo elemento costituente il modello medico: l'obiettivo. L'obiettivo del modello medico è la guarigione, pertanto ci si autorizza ad intervenire quando si tratta di ripristinare l'unità anatomica che è stata interrotta, modificata, alterata; e/oppure, si interviene quando è stata interrotta, o è stata resa disfunzionale, la funzionalità tra le diverse componenti dell'unità anatomica (per cui, in modo molto sommario, se una forza fisica esterna, spezza l'osso del femore, l'osso spezzato

interrompe l'unità anatomica; se l'assunzione di acido muriatico, interrompe la funzionalità di alcuni organi, si modifica la funzionalità fra e degli organi che compongono l'unità anatomica).

Terzo elemento costituente il modello medico: il criterio che ne "autorizza" l'intervento. Abbiamo visto come l'oggetto di indagine si collochi su uno statuto epistemico di ente empirico-fattuale (sensorialmente percepibile), questo fa sì che i rapporti fra gli elementi siano di tipo causale, pertanto il criterio del modello medico è di tipo eziopatogenico. Dunque, è l'intervento della *noxa* causale, che modifica l'unità anatomica o modifica la funzionalità tra le parti componenti l'unità anatomica; ed è l'assolvimento a tale criterio che autorizza il modello operativo ad intervenire; soltanto in presenza dell'assolvimento di tale criterio che, inoltre, diviene possibile perseguire l'obiettivo del modello medico: la guarigione.

Sulla scorta di questi elementi di carattere fondativo - che storicamente non sono stati presi in esame dalla riflessione epistemologica - salvo alcune preziose eccezioni (Fiore, Predabissi & Salvini, 1988; Salvini, 1998) - condotta in seno alla psicologia (clinica), bensì dati come impliciti e senza mai essere definiti - si è reso possibile, da parte del modello medico, offrire costantemente, anche al momento attuale, un supporto alla sopravvivenza della specie umana (come ad esempio l'abbattimento dei grandi flagelli come sopra accennato). Inoltre, nel corso del tempo, il modello operativo medico si è caratterizzato per la definizione/messa a punto/adozione, di un insieme di prassi, ossia di azioni che vengono rese effettive, coerenti e congruenti con i tre elementi fondativi appena illustrati. Diviene ora necessario, per il progredire dell'argomentazione, e per poter declinare ulteriormente i rapporti e le interconnessioni tra il modello medico e la psicologia clinica, prendere in considerazione alcune di queste prassi: la diagnosi, la terapia e, non per ultima, quella della valutazione dell'efficacia dell'intervento clinico.

La diagnosi (parola che deriva dal greco antico διάγνωσις, formato da διά "attraverso e γινώσκειν "conoscere", "conoscere attraverso") è la prassi centrale dell'operatività del modello medico, infatti è quella prassi volta a ricondurre - mediante l'ausilio di strumentazioni conoscitive di cui può servirsi (come ad esempio gli esami clinici oltre a quanto raccolto dal colloquio con il paziente) - la manifestazione di un determinato caso clinico entro uno specifico quadro clinico. Il rigore e la precisione della corrispondenza tra la prassi e lo statuto epistemologico dell'oggetto di indagine (l'unità anatomo-funzionale), consente di distinguere la prassi diagnostica in due tipologie principali: la diagnosi ad eziologia certa e la diagnosi ad eziologia incerta. Nel primo caso il criterio del modello medico è completamente soddisfatto, per cui l'accertamento della *noxa* causale è certo, e la diagnosi è in grado di poter spendere l'etichetta diagnostica rispetto al quadro clinico in oggetto (per esempio: "polmonite"); nel secondo, l'assolvimento del criterio è (soltanto) presupposto, per cui l'accertamento della *noxa* causale non è certo ma presunto, in quanto è certa (ossia riscontrabile come denotazione) l'alterazione dell'unità anatomica e della sua funzionalità, ma non l'accertamento di quale causa lo abbia determinato (siamo nella prima tipologia di oggetti di indagine). In questo caso, il modello medico, non potendo spendere l'etichetta diagnostica, entra nel merito della descrizione del quadro clinico e pertanto antepone la qualifica di sindromica ad alcuni elementi di carattere descrittivo (riferiti, solitamente, a quale è la componente o la funzionalità dell'unità anatomo-funzionale coinvolta; per esempio: S.I.D.A., Sindrome da Immuno Deficienza Acquisita).

Altra prassi assolutamente centrale per il modello medico è quella della terapia (che segue, in un diagramma a flusso la diagnosi) e, con le specifiche che seguono, la cura. A fronte di un quadro clinico ad eziologia certa, il sanitario, in virtù dell'obiettivo di guarigione rispetto all'unità anatomo-funzionale, mette in campo la prescrizione di una terapia volta al ripristino della condizione dell'unità anatomo-funzionale ante l'intervento della *noxa* causale. Nel caso in cui il quadro clinico sia ad eziologia incerta, il modello operativo palesa la propria impossibilità nel perseguire l'obiettivo della guarigione (in quanto non può intervenire sulle cause che rimangono presunte) e, la terapia (dal greco θεραπεία), da prassi che comporta la guarigione, diviene prassi subordinata ad una strategia più generale di cura (in quanto interviene sugli effetti della causa e non sulla causa stessa). Questo passaggio operativo - come si vedrà oltre - è uno dei più critici in ambito psico-logos.

Un'altra prassi da considerare, e che in ambito sanitario ha consentito al modello medico di vincere la sfida storica (ma come è stato descritto, non solo) con il modello sciamanico, è la valutazione dell'efficacia del proprio operato; questa prassi, come impostazione generale, concerne la messa in campo di un protocollo, che, avendo riconoscimento unanime, consente di

valutare l'efficacia degli interventi: si tratta del test clinico randomizzato e controllato in doppio cieco (che, in termini prospettici, è teso a valutare le effettive azioni di una terapia in generale, per quanto sia utilizzata prevalentemente per valutare l'efficacia terapeutica del principio attivo di un farmaco). Una delle peculiarità di questo protocollo di valutazione, sta nel fatto che tanto il paziente quanto il sanitario, non conoscono la natura della terapia somministrata.

*Il modello operativo medico: quali applicazioni sulla psiche?*

La genesi della psicologia clinica entro il contesto operativo del modello medico e l'assenza, dettata dalla mancanza di una riflessione epistemologica dedicata, di un distanziamento tra questo ed un modello operativo psicologico *strictu senso*, ha promosso l'adozione del primo anche in ambito del costruito psiche, producendo una contaminazione, se non in taluni casi ad un assorbimento, del secondo al primo. Un modello operativo che sia genuinamente riferito al costruito psiche, non trovando alcuna legittimazione di tipo scientifico, risulta - alla luce di quanto trattato fino a questo momento - fortemente compromesso, o comunque facilmente contaminabile, con le affermazioni di senso comune. L'assunto teorico della psicologia (clinica) non può essere l'unità anatomo-funzionale per tre ragioni fondative: la prima, in quanto, altrimenti, non si porrebbe la necessità di un ambito conoscitivo di tipo psico-logos, che sarebbe annoverato tout court in quello medico (e si è visto come, invece, storicamente, la psicologia clinica nasca proprio su una richiesta di carattere operativo del modello medico); la seconda, in quanto tale assunto teorico, non rispetta i dettami conoscitivi imposti dalla tipologia dell'oggetto di indagine, ossia la psiche in quanto costruito teorico; la terza, in quanto al costruito può essere applicata la nozione di interazione e non quella di causa, per cui si procede dal presente al futuro e non dal presente al passato (per esempio). Da ciò ne deriva che, l'obiettivo del modello operativo in ambito psico-logos, non può essere quello della guarigione, ossia di ripristinare l'unità anatomica interrotta o la funzionalità tra le diverse componenti dell'unità anatomica, in quanto non si dispone né di unità anatomiche né di funzionalità tra di esse (il costruito teorico non ha aderenza sul percetto); mentre si può intervenire sull'interazione, sulla scorta del costruito teorico di riferimento, con la persona (o le istituzioni) e la propria richiesta di aiuto (non, sopprimendo/riducendo, l'intervento della causa). E dunque, poiché l'oggetto di indagine in ambito psico-logos ha statuto epistemico di costruito teorico, e non di ente empirico-fattuale, il criterio non può essere di tipo eziopatogenico, bensì dialogico, ossia governato dall'interazione delle produzioni discorsive che lo generano (in particolare con la teoria adottata).

Ebbene, in base a quanto descritto fin'ora, per quanto il modello medico non possa essere un riferimento per la psicologia clinica, ancora oggi risulta, invece, caratterizzare gli interventi in ambito psico-logos. In altre parole, nonostante gli elementi sul fondamento mettano in luce che la psicologia, (anche) nell'accezione di clinica, disponga di un oggetto di indagine il cui statuto epistemico è differente da quello del modello medico, è stato evidenziato come abbia pagato, e tuttora paghi, dazio nei confronti dell'ambito in cui è nata e di cui subisce un retaggio sia in termini scientifici che applicativi. Per cui, risultando impossibile l'applicazione del modello operativo medico, così come accade in ambito sanitario, in ambito psico-logos clinico, si compie, e si ripete, un'applicazione spuria di questo, con ibridazioni infondate rispetto allo statuto epistemico dell'oggetto d'indagine del costruito teorico (psiche). Si procede, pertanto, *come se* si disponesse di un sapere, quando invece si continua a generare conoscenza, in virtù del costruito di riferimento (ossia l'adozione teorica), generando interazioni continue con (grazie a) esso. Inoltre, questo stato di scorrettezza epistemologica, comporta una ricaduta rispetto all'efficacia di quanto operato grazie alla e dalla disciplina, con l'impossibilità di valutare l'adeguatezza e la pertinenza delle risposte alle richieste che vengono fatte dalla Comunità (la "richiesta di aiuto" espressa in esordio di questo contributo).

Infatti, a rigor di argomentazione, se si considera la prassi della diagnosi, in quanto momento tipico che stabilisce l'appartenenza di un caso clinico entro un certo quadro diagnostico, è stato messo in luce come il modello medico, metta in rilievo due possibili scenari, a seconda che le cause siano accertate o supposte. In ambito psico-logos non essendoci l'intervento di alcuna causa (in quanto l'oggetto di indagine ha statuto di costruito teorico), i quadri clinici dovrebbero essere riconducibili, quanto meno, ad una diagnosi ad eziologia incerta; pertanto, operativamente,

ci si troverebbe comunque nell'impossibilità di poter spendere l'etichetta diagnostica, relativa ad un certo quadro clinico, ma, tutt'al più, ci troveremmo con la descrizione di un quadro clinico di carattere sindromico. Inoltre, sempre in termini di applicazione del modello medico, si rileva (anche) un errore metodologico nella dizione di "malattia mentale": tutt'al più ci si troverebbe dinnanzi a quadri clinici che si collocherebbero non nell'alveo delle malattie bensì in "sindromi mentali". E, sempre coerentemente con il modello medico, essendo i quadri clinici tutti ad eziologia incerta, e pertanto di diagnosi di natura sindromica, la prassi della terapia, cessa di essere centrale (divenendo centrale la strategia della cura). Ossia, poiché non abbiamo cause, non si può ricorrere all'adozione di una prassi (come ad esempio quella della terapia farmacologica) che operi per il ripristino dell'unità anatomo-funzionale ante l'intervento della *noxa* causale. Infatti, proprio in virtù dello statuto epistemico dell'oggetto di indagine, alcun sapere può essere applicato alla psiche, e quindi nessuna applicazione derivante dal modello medico può essere prodotta, né che si tratti di diagnosi, né che si tratti di terapia.

Un modello operativo che sia *psico-logos* (clinico), non può pertanto operare in ambito sanitario bensì di salute, ossia laddove il criterio è quello dialogico e dunque si interagisce, tramite il costruito teorico, con la costruzione di salute del "richiedente aiuto" (sia esso individuo o Istituzione). (Anche) la prassi della valutazione dell'efficacia degli interventi non risulta applicabile, in quanto il protocollo che utilizza il modello medico, ossia il "doppio cieco", qualora si impiegasse in ambito *psico-logos*, non essendo coerente con lo statuto epistemico dell'oggetto di indagine, metterebbe in luce l'inefficacia degli interventi. (Turchi & Perno, 2004).

Alla luce dunque di un'ibridazione (epistemologicamente infondata e metodologicamente scorretta) in termini conoscitivi, tra modello medico e "modello psicologico", quali sono le ricadute in termini pragmatici? Quale è il contributo che questo modello ibrido può offrire alle cosiddette richieste di aiuto, nuove o antiche che siano? Dove si colloca la responsabilità scientifica, oltre che civile, degli operatori *psico-logos*? Tutte queste domande risultano tutt'ora non poste e pertanto non innescano processi conoscitivi che diano delle risposte che aprano a proposte operative differenti da quella che oggi la psicologia clinica può offrire (con una certa insoddisfazione della comunità civile).

#### *Dalla medicina alla psichiatria: dall'ente empirico fattuale all'entizzazione del logos*

Il periodo storico in cui è stata collocata la nascita della psicologia clinica, si caratterizza per la massima applicazione di paradigmi meccanicistici, ancora molto lontani (in termini di scarti conoscitivi) da quanto sarebbe avvenuto circa un secolo dopo con l'avvento di paradigmi relativistici (grazie alla teoria della relatività di Einstein) e, soprattutto, con l'avvento di paradigmi interazionistici e del principio di indeterminatezza di Heisenberg. In quest'ordine di considerazioni va considerato che "*il continente psichico*" coniato da Pinel, pur essendo un riflesso, un'astrazione categoriale che nasce sotto una precisa richiesta del modello medico, è equiparato - e dunque considerato - in quanto causa che, internamente a paradigmi meccanicistici, sostanzia la modalità conoscitiva. Pertanto, sulla scorta di "continenti psichici" affermati come diversi (in quanto diverse, nel corso del tempo, le teorie psicologiche che si susseguono), sono considerate, in uno scivolamento di tipo epistemologico possibili cause di natura non organica. Questa è l'unica operazione retorica (non conoscitiva), difatti, in grado di autorizzare l'operazione medico/sanitaria e, come descritto sopra, il ricorso, ad esempio, ai nosocomi, quando invece siamo al cospetto di un oggetto d'indagine la cui tipologia è quella di unità teorica.

Un altro passaggio storico, che deve essere preso in considerazione nel percorso che si sta facendo per arrivare ad una definizione di un modello operativo che possa attestarsi in termini squisitamente *psico-logici*, riguarda la nascita della psicopatologia prima e della psichiatria subito dopo. Per le ragioni che si inseriscono relativamente alla definizione dello statuto epistemico dell'oggetto di indagine, è stato messo in luce come, in ambito *psico-logos*, l'applicazione del modello operativo medico risulti incompleta, non rigorosa bensì spuria, e pertanto senza il supporto che ne deriva da un'impalcatura conoscitiva tale da garantirne l'efficacia (quanto meno come procedere). Conseguentemente, a fronte dell'applicazione del modello medico da parte della psicologia, la denotazione di quadri clinici ad eziologia incerta (dunque di natura sindromica), ha favorito la nascita delle (prime) tassonomie in ambito psicologico. A ridosso della formulazione del "continente psichico", nasce infatti la psicopatologia e cominciano ad essere impiegate le prime

tassonomie psicopatologiche. La psicopatologia si sviluppa soprattutto in Europa e, in particolare in Germania e, fra la fine del XIX e gli inizi del XX secolo, per ragioni che in questa sede non approfondiamo, a questa si sostituisce una “nuova” disciplina: la psichiatria. Già verso la fine del XIX secolo, Freud conia la prima teoria psico-logos, svincolata da qualsiasi riferimento all’unità anatomico-funzionale (per quanto, aspetto che gli esegeti non sempre ricordano, egli stesso parta comunque dall’evidenziare che la sua proposta teorica è tale nell’attesa che si definisca il funzionamento della cellula nervosa; va ricordato che Freud è di formazione medico-neurologica); con la prima topica freudiana prende forma (anche) la prima classificazione in ambito psico-logos: i quadri clinici, sulla scorta di differenti produzioni discorsive che li caratterizzano, sono suddivisi in quadri clinici *nevrotici* e quadri clinici *isterici*.

Alla luce di quanto prodotto in termini conoscitivi da parte della psicopatologia, con i primi anni del XX secolo la prevalenza del termine ‘psichiatria’ soppianderà lentamente quello di ‘psicopatologia’, proprio in virtù del fatto che quest’ultima è necessariamente legata alle diverse teorizzazioni in ambito psicologico. Le classificazioni psicopatologiche verranno anch’esse abbandonate e sostituite dalle classificazioni psichiatriche inserite all’interno della manualistica di settore che periodicamente - tutt’oggi - è aggiornata (i cosiddetti manuali diagnostici e statistici dei disturbi mentali, nell’acronimo DSM). Dai primi anni ’70 del secolo scorso, la psichiatria risulta fortemente caratterizzata dall’utilizzo di un modello “descrittivista”, già presente nel panorama psichiatrico dalla metà del XIX secolo. La scelta della condivisione di un modello di connotazione “descrittivistica”, piuttosto che di quello a carattere eziologico, relativo all’individuazione dei meccanismi e delle cause generanti un presunto “disturbo mentale”, deriva dagli scarsi e contraddittori risultati ottenuti, con tentativi precedenti, da parte della cosiddetta “psichiatria biologica”. E fu proprio grazie a questo criterio che si poté fornire un ordine al materiale clinico raccolto nel corso dei suoi anni di studio e la questione assunse una certa rilevanza se si considera che il DSM nella sua prima edizione - risalente al 1952 -, ad oggi rappresenta uno tra gli strumenti più impiegati, all’interno della pratica clinica dagli “operatori della psiche”.

Si tratta di un manuale che raccoglie attualmente oltre 370 “disturbi mentali” (DSM-IV-Text Revision - DSM-IV-TR, attualmente in vigore dal 2000), descritti in base alla prevalenza di determinati “sintomi” – ossia produzioni discorsive che sostanzierebbero una descrizione (trascritta nel manuale), a seguito di un’osservazione di un comportamento ritenuto “morboso” da parte del sapere psichiatrico. Un “quadro clinico” stabilito in ambito psichiatrico, inteso come costellazione di sintomi, è giustificato da due criteri. Il primo è quello della “ricorrenza e concomitanza”: a fronte di quanto esplicitato sino ad ora, si può asserire che tale criterio non può essere rispettato all’interno della prassi psichiatrica in quanto la “ricorrenza” e la “concomitanza” dipendono dalla teoria tanto dell’operatore, quanto del soggetto che è portavoce della richiesta di aiuto: entrambi possono conoscere la “sintomatologia” solo ed esclusivamente attraverso l’impiego del logos. Il secondo criterio è quello che si basa sul “focus causale”, criterio che come ampiamente tratteggiato fin qui, non può essere rispettato in ambito psichiatrico, in quanto lo statuto epistemico del costruito è teorico e non empirico-fattuale (ancorato al percepito), dunque ci troviamo nella non pertinenza di rintracciare alcuna causa sottostante al presupposto “disturbo”. Pertanto, l’“infrazione” epistemologica che ruota attorno al “fulcro concettuale” della prassi e della diagnostica psichiatrica è costituita dalla dizione di “disturbo mentale”. L’aggiunta dell’aggettivo “mentale” starebbe ad indicare la collocazione “anatomica” del “disturbo/malattia”, cosa di per sé infondata in quanto la “mente” non indica alcun luogo fisico definito. Il termine “disturbo mentale” è difatti un’espressione costituita da due termini epistemologicamente antinomici: il termine “disturbo” in quanto coerente con lo statuto epistemico di ente empirico-fattuale, è di pertinenza del modello medico; mentre il termine “mentale”, in quanto costruito, risulta una realtà ipotetica, conoscibile solo attraverso le categorie impiegate per costruirlo in quanto tale (e quindi siamo in presenza, nella stessa dizione di disturbo mentale, due differenti tipologie di oggetto di indagine). All’interno del DSM-IV si legge che ogni disturbo mentale è concettualizzato come una sindrome o un modello comportamentale o psicologico clinicamente significativo, che si presenta in un individuo, ed è associato a disagio, a disabilità, ad un aumento significativo del rischio di morte, di dolore o di disabilità, o ad un particolare evento, ad esempio la morte di una persona amata. Qualunque sia la causa, esso deve essere al momento considerato la manifestazione di una disfunzione comportamentale, psicologica o biologica dell’individuo. Si può osservare come, per definire un concetto del modello medico, in ambito psichiatrico, siano utilizzati termini ed espressioni che confondono la tipologia di

oggetto d'indagine (lo statuto epistemico), generando una commistione che crea confusione all'interno della prassi psichiatrica, e produce definizioni di tipo non scientifico, bensì risultanti come (semplici) affermazioni di senso comune.

L'approccio descrittivista della psichiatria, ad esempio, concepisce il "disturbo mentale" esclusivamente come sindrome e, durante le osservazioni empiriche (ma non ci può essere osservazione senza teoria, come si è argomentato), si presenta attraverso un insieme di sintomi, raggruppati secondo un criterio di tipo stocastico e quindi induttivo. Questo è l'aspetto critico che si genera nel momento in cui la psichiatria tenta, infondatamente, di mutuare il modello medico. In virtù di quanto considerato, si può concludere che in psichiatria il concetto di "malattia", definibile come "disturbo mentale", non trova spazio nel processo conoscitivo del senso scientifico, in quanto privo di qualsiasi fondamento. Il quadro clinico in ambito psichiatrico è giustificato solo dalla forza dell'argomentazione che risiede nell'utilizzo, in termini meramente retorici, della metafora che pone la "mente" come *alter ego* del corpo biologico (dell'unità anatomo funzionale). Il referente teorico del modello medico, è l'unità anatomo-funzionale (con ancoraggio sul percetto), unico "luogo" di accertamento e falsificazione diagnostica, di applicazione e verifica di operazioni. La psichiatria, invece, assumendo come proprio supporto teorico la "mente" (di cui non disponiamo teoria e dunque conoscenza), risulta comunque un produzione del *logos* (un'astrazione categoriale), senza alcuna aderenza sul percetto. La "mente" rappresenta quindi un potente espediente retorico (quindi siamo nel senso comune, in cui la "realtà" è affermata come tale), unica possibilità per la psichiatria di potere operare sotto l'egida del modello medico, dal momento che, il disturbo, non ha lo statuto epistemico in termini di *focus* (né di *locus*, come è già stato descritto) causale. A tal proposito, si noti come - a titolo esemplificativo - non sia mai stata coniata un'etichetta come "disturbo cerebrale". L'impiego di tale etichetta, infatti, avrebbe lasciato presupporre la possibilità di riscontrare il focus causale del disturbo stesso: il cervello. E così non è stato né, d'altra parte, potrà mai essere.

*Quale modello operativo (quindi) per la psicologia clinica?*

Posti gli elementi di fondamento da cui promana l'impalcatura conoscitiva su cui devono adagiarsi le prassi di un modello (squisitamente) psico-logos, l'intervento dell'operatore si connota per l'adozione di riferimenti epistemologici, che possano farsi carico della gestione di una richiesta d'aiuto (sia che provenga dalla persona sia dalle Istituzioni). Il riferimento alla riflessione epistemologica e alla "concezione" di scienza in quanto *gnosis*, consente di definire i tre assunti che offrono sostanza alla proposta operativa che si intende avanzare. L'assunto teorico del modello operativo è che, coerentemente con la natura epistemica squisitamente processuale dell'oggetto di indagine, le produzioni discorsive impiegate dagli interagenti/parlanti, generino la realtà (ossia la configurino come tale). Per cui la realtà oggetto di indagine non riguarda il corpo, bensì come si fruisce del linguaggio, si costruisce la realtà e dunque (anche) come si "racconta" (nell'impiego del *logos*, ossia il linguaggio ordinario) il corpo stesso. Per cui, ciò che si prende in esame, e che risulta rilevante al fine di poter disporre di un modello che possa intervenire "sempre e comunque" in ambito squisitamente psico-logos, siano le produzioni discorsive, ossia come, attraverso l'impiego del *logos*, gli interagenti/parlanti configurino la realtà. Tale operazione, non solo assolve al criterio di pertinenza rispetto allo statuto epistemico dell'oggetto dell'indagine, ma al contempo consente di potersi sganciare dal pantano "ipotesi relative alla psiche", che storicamente hanno inficiato la portata generativa degli interventi e la non condivisione di un metodo tra gli operatori del settore. Ed è proprio l'abbandono del riferirsi alle "ipotesi di psiche" che mette gli operatori nella condizione di poter intervenire rispetto a quelle che, nell'*incipit*, sono state chiamate "nuove sfide". È accaduto, e accade, infatti che quanto si riferisce, in termini di *logos* rispetto alla psiche, è relegato - attraverso un'operazione puramente retorica - entro il corpo (l'unità anatomo-funzionale). Ma come risulta possibile relegare, dentro al corpo, questioni che riguardano l'interazione tra diversi sistemi culturali nella Comunità, cambiamenti sociali al suo interno e le cosiddette "cause esterne"? La proposta di un modello che operi sul *logos* - e dunque sulle modalità di costruzione della realtà che ad esempio un utente impiega per costruirla - incrementa la portata generativa dell'intervento, nella misura in cui si sviluppa dalla definizione dell'oggetto di indagine, che diviene appunto il *logos*, che è di natura squisitamente processuale (siamo infatti

nella tipologia di oggetto di indagine dell'unità teorica). Questo diventa il principio che consente all'operatore di intervenire (anche) sulle "nuove sfide". Pertanto l'intervento è sulle modalità, ossia sulle produzioni discorsive, che sono impiegate per configurare la realtà come "malattia" piuttosto che come salute. Il criterio dunque, non può più riferirsi all'eziopatogenesi, in quanto non risulta coerente con l'oggetto di indagine e, conseguentemente, l'obiettivo del modello operativo, non può essere più quello di guarigione, bensì di cambiamento della configurazione discorsiva. Il principio - ricorrendo ad un momento storico fondamentale per il cammino del senso scientifico, quale quello dell'avvento dei paradigmi interazionistici e la formulazione del principio di indeterminatezza di Heisenberg - afferirà dunque all'osservazione che la configurazione discorsiva della realtà, risultando incerta e dunque costantemente mutevole, può essere pertanto cambiata in qualsiasi momento e qualsiasi essa sia.

Ecco allora che le considerazioni sopra riportate consentono di asserire che l'adozione di un modello operativo come quello medico, ha costretto e costringe l'intervento alla nozione conoscitiva di causa, indirizzandolo alla "persona" e in quanto intervento che ristabilizza una certa condizione anatomo-funzionale. Inoltre, impiegare la categoria conoscitiva della "terapia" nel campo dell'oggetto di indagine "psiche", pone un vincolo, in quanto detta condizioni dell'agire, da parte dell'operatore, che non sono legittimate dallo statuto epistemico proprio della psiche.

Risulta necessario, dunque, addentrarci in prassi definite da categorie conoscitive che dettino condizioni dell'agire, tali da essere coerenti con l'impianto conoscitivo, come anche rispondere a criteri di efficacia ed efficienza nella gestione dell'intervento stesso. La proposta è, dunque, di concepire un modello operativo, dove l'esperto psico-logos, nel riflettere sulla conoscenza, e sulla generazione di questa in virtù della *gnosis*, pone uno scarto rispetto ad un modo di conoscere che sia fondato su paradigmi interazionistici, e tale per cui consideri l'incertezza come patrimonio proprio.

Il modello operativo che si propone in questa sede, ha come oggetto dell'indagine il *logos*, vale a dire l'impianto conoscitivo stesso - ossia lo strumento - che è (anche il medesimo) impiegato da coloro che lo utilizzano sia per generare e poter "dire della psiche" (i "clinici", gli esperti), sia coloro che configurano la propria "realtà psicologica" (gli interagenti/parlanti, gli ingenui). Questo mette a nudo l'antinomia che intercorre tra questo modello operativo squisitamente psico-logos e un modello operativo (come quello medico) che ha come oggetto d'indagine l'ente empirico fattuale (cioè il corpo). L'operatore (o l'esperto) si pone come "architetto e ingegnere" di realtà discorsive; infatti partendo dal *logos* e utilizzando come strumento operativo il *logos* stesso, è nella disponibilità di generare altre configurazioni discorsive, differenti da quella rispetto a cui si è posta la necessità dell'intervento: in tal modo diventa operatore e promotore del cambiamento (della configurazione discorsiva). Sulla scorta di questi elementi di carattere fondativo per il modello operativo proposto (che denominiamo "dialogico"), di seguito sono indicate le prassi che lo caratterizzano nella sua declinazione in ambito clinico (vedi Tab. 1).

La prima prassi è quella della *sinesi*, vale a dire la raccolta del *logos* che dà contezza circa la configurazione rispetto alla quale si va ad intervenire. Ciò di cui si necessita, è la raccolta della configurazione discorsiva e dunque, attraverso l'impiego di opportune domande, disporre delle produzioni discorsive impiegate - ad esempio - dall'utente, dai suoi familiari, dall'esperto. Si consideri - a titolo esemplificativo - il caso in cui un utente riferisce: "mi sono ammalato di depressione da quando ho perso il lavoro. Sono stato licenziato e da quel momento ho cominciato a soffrire di insonnia e a non riuscire a fare niente altro che stare a letto. Ora non ce la faccio più, mi sento di morire, e chiedo il suo aiuto". Sulla base di quanto l'utente porta, la prassi della *sinesi* consente di "entrare nel merito" degli elementi che caratterizzano la richiesta dell'utente. Per cui l'impiego delle domande ha l'obiettivo di "far esplodere" tutti gli elementi già presenti nella richiesta, in modo da disporre della configurazione discorsiva, ossia "avere più chiaro" il quadro e dunque rendere disponibili alcune strategie di intervento.

A seguire, l'operatore inserisce la prassi della *scepsi*, ossia l'osservazione della configurazione discorsiva, che consente all'operatore di poter definire le strategie per intervenire. A partire dunque dalle produzioni discorsive che si raccolgono dalle domande, l'osservazione clinica di queste implica la denominazione di quali siano le modalità che contraddistinguono la configurazione discorsiva, nonché gli elementi di contenuto che la caratterizzano (sempre riferita all'utente). Non disponendo di un ente empirico-fattuale, e non potendo pertanto prevedere gli sviluppi, una prassi operativa che l'operatore del cambiamento ha a disposizione è quella dell'*anticipazione* di scenari



discorsivi futuri che possono, o meno, realizzarsi a partire dalla configurazione discorsiva in esame. Per cui, ricorrendo all'esempio sopra considerato, ciò che l'operatore anticipa sono degli scenari futuri, ossia gli assetti delle configurazioni discorsive che possono generarsi a partire da quanto l'utente sta configurando e da tenere dunque in considerazione nell'intervento. Si tratta quindi di fare riferimento al piano di salute (della persona o di una comunità), che si modifica e che risulta in continua trasformazione, piuttosto che a quello sanitario che resta di pertinenza del modello medico.

L'altra prassi è quella della *dieghesigenia* vale a dire l'inesco, la generazione di una configurazione discorsiva "altra" da quella disponibile al momento dell'intervento, e questo avviene in virtù dell'impiego di determinate strategie da parte dell'operatore. Questa prassi, consente all'operatore di generare l'adozione di altre modalità ed altri elementi che possano rendere disponibile un'altra configurazione discorsiva di realtà. Ossia, con questa prassi, l'operatore ricorre all'impiego di artifici retorico-argomentativi, di stratagemmi, volti al cambiamento della configurazione discorsiva che l'utente, invece, afferma, dichiara, di essere l'unica disponibile, non anticipando alcuna possibilità di cambiamento.

Per ultimo, ma non per ultimo, coerentemente con l'assunto teorico sul quale si poggia il modello operativo dialogico, risulta possibile effettuare la *valutazione dell'efficacia* dell'intervento; infatti sulla scorta della differenza tra la configurazione discorsiva generata e quella da cui si era partiti prima dell'intervento. Dunque, l'operatore dispone di un protocollo che, attraverso l'impiego della medesima domanda all'inizio e alla fine dell'intervento, consente di rilevare le differenze e attestare l'intervento stesso in termini di efficacia. Questo strumento risulta rilevante non solo per l'attestazione dell'efficacia stessa, ma anche per il suo impiego in fase di monitoraggio, ossia per offrire un supporto e un coadiuvo all'operatore durante tutto l'intervento, in modo che costui possa avere a disposizione indicazioni che gli consentano di agire in modo efficiente verso l'obiettivo. In conclusione, il modello operativo mette a disposizione una prassi che sgombera dal campo, in modo definitivo, dai riferimenti alla nozione di causa; ossia rende disponibile la *promozione*, e non la prevenzione, di determinate configurazioni discorsive (come ad esempio quella di anticipazione rispetto a scenari di malattia o teorie di senso comune sulla malattia da parte dell'utente) piuttosto che di altre.

#### *Conclusioni: per una "nuova" psicologia clinica*

L'argomentazione che ha caratterizzato questo scritto, si è mossa a partire da una riflessione tale per cui, oggi, più che rispetto a ieri, la psicologia (clinica) sta attraversando una fase in cui la tipologia di richieste è cambiata e, conseguentemente, le sfide che la disciplina deve accettare si radicano all'interno di una precisa contingenza storico-culturale. A conferma di questo, se si considerano gli ambiti di intervento che in questa nostra epoca stanno caratterizzando, in modo sempre più pervasivo, le richieste di intervento da parte della psicologia clinica, siamo di fronte a richieste che sempre più concernono non soltanto le biografie delle persone, bensì la Comunità nella sua interezza. Sempre più, infatti, tali "nuove" richieste risultano connesse con la globalizzazione e la crisi economica mondiale e che, congiuntamente, stanno generando stati di precarietà e di insicurezza che interessano diverse sfere e ambiti della vita delle persone (come ad esempio il lavoro, la famiglia, le "nuove povertà", eccetera). Tutto questo con tali pesanti ripercussioni sulla vita delle persone che possono arrivare a compromettere la sopravvivenza stessa della nostra specie. Conseguentemente, i campi sui quali è chiamata ad intervenire la psicologia clinica, oggi, sempre più sono soggetti all'incertezza degli eventi e dei loro sviluppi. Tutto ciò sta minando i "principi della vita" e sottopone a continue sollecitazioni, con conseguente affanno, delle strutture e i modelli che fino ad oggi si sono occupati di "sostegno sociale" e che (tanto meno oggi) non riescono ad offrire risposte adeguate alle richieste di intervento.

Ecco allora che il presente contributo si è posto l'obiettivo di rispondere all'esigenza interna alla disciplina stessa: pensare ad un modello operativo per la psicologia clinica che, svincolato da commistioni con l'ambito medico-sanitario, sia emanazione del senso scientifico. Il ricorso a quest'ultimo, assume valore strategico per far sì che la psicologia clinica sia nella condizione di farsi carico dell'incertezza e che la trasformi in un'occasione costante per promuovere, in ultimo, la

salute (al cui interno fa adagiare la sanità) tanto degli individui quanto della collettività che essi generano nelle interazioni quotidiane.

Pertanto, il percorso argomentativo di questo contributo, si è dipanato partendo da questioni che pertengono il fondamento della conoscenza, ossia l'epistemologia del senso scientifico. Tale passaggio si è reso possibile a partire dal ricorso a tre strumenti conoscitivi (che sono l'etimologia dei termini, la filologia e la riflessione epistemologica) che hanno consentito di definire precisamente:

1. quale è il campo di applicazione della psicologia (clinica);
2. quali sono le peculiarità (in termini di statuto epistemico dell'oggetto d'indagine);
3. quali sono le modalità conoscitive proprie della disciplina.

La ricaduta dell'applicazione di questo passaggio è in un duplice ordine di questioni.

Il primo, è relativo alla delimitazione della netta demarcazione tra il piano di salute (oggetto di conoscenza e d'intervento della psicologia clinica) e il piano di sanità (oggetto di conoscenza e d'intervento del modello medico); dove, all'opposto, storicamente sono stati oggetto di un errore concettuale: la sovrapposizione e coincidenza dei due piani. Questo, con la drammatica ripercussione, per cui (ancora) oggi continuiamo (scorrettamente) a relegare la psicologia clinica entro un approccio proprio del modello medico. Il secondo, conseguente al primo, è che il lavoro di fondazione per l'ancoraggio della psicologia clinica ad un livello di senso scientifico, può consentire la definizione di prassi operative che siano proprie di un modello psicologico *strictu senso*. Operazione, questa, che, in antinomia alle prassi operative del modello medico, ha l'ambizione di offrire - per questioni connesse ma non pertinenti al modello medico - un coadiuvo agli sforzi che sono comunque fatti, per vincere le "nuove" sfide legate alla sopravvivenza della nostra specie e che ad oggi non sono più di carattere squisitamente sanitario.

In conclusione, si riporta di seguito (in Tab. 1) la corrispondenza antinomica tra le prassi del modello medico e le prassi del modello operativo dialogico, proposto in questo contributo che ha come oggetto il *logos* e che si presenta come proposta in ambito psicologico - clinico. La proposta, formalizzata nella tabella di seguito, svincolata da un piano di intervento strettamente connesso al "corpo", partendo dall'assunto che la realtà si costruisce discorsivamente (Turchi, 2002), ha come ricaduta operativa che qualsiasi configurazione discorsiva e qualsiasi richiesta può essere accolta. A fronte di ciò, l'operatore diventa quel ruolo che, sia per mandato istituzionale che per rigore scientifico, può offrire supporto (all'individuo così come alla Comunità) non tanto per definire "che cosa" (l'individuo e/o la Comunità) ha contratto, e quindi mettere in campo la nozione di causa; bensì per offrire supporto, alla persona e/o alla Comunità, per far sì che si possa intervenire nello scenario discorsivo che ha generato la richiesta d'aiuto.

L'intervento dell'operatore, dunque, non si caratterizza per obiettivi di guarigione, ma per obiettivi di promozione della salute, passaggio questo che consente alle persone (e quindi alla Comunità) di procedere, anche a lungo termine, e in prospettiva futura, in autonomia, diventando agente attivo verso le sfide che si stanno affacciando in questa contingenza storica.

<i>MEDICINA</i> <i>Modello operativo avente come oggetto il corpo</i>		<i>PSICOLOGIA</i> <i>Modello operativo avente come oggetto il logos</i>	
ANAMNESI	<i>richiamo, reminescenza, ricordo</i>	SINESI	<i>raccolta</i>
DIAGNOSI	<i>guardare attraverso, distinzione, discernimento, giudizio, valutazione, decisione</i>	SCEPSI	<i>osservazione, considerazione</i>
PROGNOSI	<i>Previsione</i>	ANTICIPAZIONE	<i>prendere prima, innanzi tempo</i>
TERAPIA	<i>servizio, cura, rispetto, trattamento, assistenza</i>	DIEGHESIGENIA	<i>innesco, generazione, creazione del racconto</i>
VALUTAZIONE dell'EFFICACIA		VALUTAZIONE dell'EFFICACIA	
PREVENZIONE	<i>vedere da lontano</i>	PROMOZIONE (es. Salute)	<i>muovere innanzi, far avanzare, spingere, svolgere, esplicitare</i>

Tab. 1 – Modelli operativi a confronto

## Bibliografia

American Psychiatric Association, APAm (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision, The American Psychiatric Association, Washington (DC), [trad. it. DSM-IV-TR, *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, Milano: Masson, 2001].

Atkinson, W.W., & Hilgard, E.R. (2011). *Atkinson e Hilgard's Introduzione alla psicologia*. Padova: Piccin.

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.

Fiora, E., Pedrabissi, L., & Salvini, A. (1988). *Pluralismo teorico e pragmatismo conoscitivo in psicologia della personalità*. Milano: Giuffrè.

Dizionario etimologico ([www.etimo.it](http://www.etimo.it)).

Marhaba, S. (1976). *Antinomie epistemologiche nella psicologia contemporanea*. Firenze: Giunti Barbera.

Molinari, E., & Labella, A. (Eds) (2007). *Psicologia Clinica Dialoghi e confronti*. Milano: Springer.

Salvini, A. (1998). *Psicologia Clinica*. Padova: UPSEL.

Salvini, A., & Galieni, N. (2002). *Diversità, Devianze e Terapia*. Padova: UPSEL.

Turchi, G.P. (Ed) (2002). *Tossicodipendenza. Generare il cambiamento tra mutamento di paradigma ed effetti pragmatici*. Padova: UPSEL.

Turchi, G.P., & Della Torre, C. (Eds) (2007), *Psicologia della Salute - Dal modello bio-psico-sociale al modello dialogico: generare e gestire processi trasformativi nell'ambito della salute*. Roma: Armando Editore.

Turchi, G.P., & Maiuro, T. (2007). *La riflessione epistemologica come criterio di scientificità in psicologia clinica*. In Molinari, E. & Labella, A. (Eds) (2007). *Psicologia Clinica Dialoghi e confronti*, Milano: Springer.

## Osservare l'altro attraverso di Sè

di Floriana Caccamo<sup>\*</sup>, Ilaria Locati<sup>\*\*</sup>, Emilia Ferruzza<sup>\*\*\*</sup>, Cristina Marogna<sup>\*\*\*\*</sup>

### Abstract

L'osservazione è considerata, nella pratica clinica, parte fondamentale del processo di formazione alla psicoterapia di gruppo. E' una modalità specifica per far comprendere, attraverso un'esperienza vissuta in modo diretto, il senso del lavoro analitico gruppale. Il presente articolo si propone di ripercorrere un'esperienza di osservazione in un gruppo di figli di pazienti che hanno subito una grave cerebrolesione acquisita. Attraverso il racconto dell'esperienza clinica e il riferimento a concetti teorici, si sottolinea il valore del controtransfert dell'osservatore nella comprensione di ciò che avviene all'interno di un gruppo.

*Parole chiave:* Osservazione, Controtransfert, Identificazione, Silenzio, Livelli Dell'Osservazione, Vissuti Emotivi.

### Introduzione

Nella cultura moderna e postmoderna l'osservazione occupa una posizione di rilievo, come strumento necessario a descrivere ed interpretare l'esperienza umana sotto il profilo storico e sociale. L'osservazione psicologica, in senso ampio, rappresenta, infatti, una condizione necessaria a perseguire non solo finalità cliniche, ma anche esplicative di processi che sottendono lo sviluppo psichico e relazionale.

Un setting osservativo che si costruisce intorno ad un oggetto di notevole interesse, come può esserlo il gruppo, richiede lo studio della relazione intercorsa tra una mente ed altre menti, e quindi di aspetti storici e dinamici delle relazioni intra ed interpersonali.

Con il presente contributo si intende ripercorrere un'esperienza di osservazione di un gruppo, svoltasi presso l'Associazione Brain di Vicenza, la quale ha attivato una rete di servizi per la riabilitazione e il reinserimento socio-lavorativo di persone colpite da Grave Cerebrolesione Acquisita (GCA).

Per GCA si intende un danno cerebrale dovuto a trauma cranio-encefalico o ad altre cause (anossia cerebrale, emorragia, etc ), tale da determinare una condizione di coma superiore alle 24 ore e, conseguentemente, menomazioni sensomotorie, cognitive e comportamentali che generano gravi disabilità. Gli esiti possono essere diversissimi, vi sono disturbi di natura fisica, cognitiva (disturbi dell'attenzione e della concentrazione, disturbi di memoria, difficoltà di pianificazione e *problem solving*, afasia) ed emotiva (disturbo post-traumatico da stress, depressione, impulsività, apatia, comportamenti sociali inappropriati) (Lezak, 1986; Livingston & Brooks, 1988).

I disturbi della sfera affettiva non sono un'esclusiva del traumatizzato cranico, ma colpiscono facilmente anche coloro che gli sono vicini, i quali lamentano frequentemente ansia, depressione, paura, rabbia e isolamento (Compostella, 2004). Ad appesantire il carico pratico ed emotivo dei familiari contribuiscono l'incertezza per il futuro e per i lunghi tempi di recupero, insieme alle difficoltà nel comprendere ed accettare i disturbi del comportamento delle persone con GCA.

---

\* Psicologa, Specializzanda presso la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica in ambito individuale, gruppale e istituzionale, Padova.

\*\* Psicologa, Psicoterapeuta ad orientamento gruppo analitico.

\*\*\* Psicologa, Psicoterapeuta, Professore associato di Psicologia, Università degli Studi di Padova.

\*\*\*\* Psicologa, Psicoterapeuta, Ricercatore, Università degli Studi di Padova.

La letteratura esistente sul trauma cranico sostiene che i gruppi per i familiari costituiscono modalità molto utili per esplorare le varie difficoltà, in quanto il gruppo, con le proprie caratteristiche, si propone di fornire uno spazio di contenimento dove poter condividere il dolore e le emozioni ed evitare l'isolamento sociale e psichico attraverso il sostegno reciproco (Compostella, 2004; Salizzato, Cimenti & Bargellesi, 2010).

### *Il mito di fondazione*

A partire da tali considerazioni, all'interno dell'Associazione Brain si è sentito il desiderio di prendersi cura dei familiari di quei pazienti, che, dopo aver subito una GCA, frequentano il centro diurno di riabilitazione. Dapprima è stato proposto un intervento breve di gruppo per i coniugi dei pazienti, a cui ha fatto seguito un intervento di gruppo per i figli, a cui si riferisce l'esperienza di osservazione qui riportata.

Nel gruppo i coniugi si sono concessi la possibilità di essere loro stessi i pazienti, come persone che possono condividere una sofferenza psichica e che possono quindi cercare una cura. Nel contesto della relazione coniugale, quando sono la moglie o il marito ad aver subito una GCA, il coniuge sano deve assumere tutti i ruoli all'interno della famiglia: dal mantenimento economico all'educazione dei figli, all'assistenza. La relazione può avere la tendenza a trasformarsi in una relazione assistenziale in cui le ambivalenze, i sensi di colpa, la rabbia e l'impotenza rischiano di non trovare alcuna possibilità di venire espresse ed accolte né col coniuge, né con altri membri della famiglia, sia per non caricarli di ulteriori preoccupazioni (per es. nei confronti dei figli), sia perché non ci si sentirebbe capiti (dai suoceri o dai propri genitori). All'interno del gruppo terapeutico è stato possibile condividere vissuti di impotenza e di isolamento, fino ad esplorare ed integrare aspetti fino ad allora inaccettabili di sé, come la rabbia per ciò che è accaduto al proprio coniuge, il senso di colpa per aver pensato all'abbandono e la tristezza per non poter condividere a pieno una vita di coppia.

Ogni gruppo ha il proprio "Mito di fondazione", che assume le forme più diverse e rappresenta l'idea di un passato da cui si ha origine. Per Kaës (1994), il Mito introduce la dimensione storica e diacronica e conduce verso il divenire del gruppo e, attraverso l'elaborazione delle partenze o delle adesioni, delle delusioni, dei lutti e delle rinunce, ne consente lo sviluppo. In questo caso a partire dalla sofferenza e dal desiderio di cambiamento che il gruppo dei coniugi ha reso pensabile, è stato possibile *generare* uno spazio di pensiero ed elaborazione dell'esperienza anche per i figli.

Bion (1971) ci accompagna nella comprensione di come la rete di relazioni, emozioni e affetti che si traccia nella stanza di terapia, e quindi nel campo gruppale, consente la formazione del contenitore quale realtà psichica senza la quale non potrà poi prendere corpo il contenuto. In questo senso la definizione di uno spazio terapeutico per i coniugi è la condizione necessaria affinché possa originarsi la richiesta di un contenimento psicoterapeutico per i figli.

All'interno del gruppo, i coniugi si sono più volte confrontati ed interrogati sui vissuti e sulle reazioni dei propri figli. Sono emersi molti dubbi sull'opportunità o meno di informarli, coinvolgerli nell'assistenza e nella gestione di questioni pratiche legate alla cura (accompagnare il genitore alle terapie, fare le notti in ospedale, andare a parlare con i medici). Ci si chiede se come genitori sia più opportuno cercare di proteggerli o aiutarli ad affrontare la situazione? Nel confronto emerge come le reazioni dei figli siano molto differenti, anche tra fratelli e sorelle ("sono certa che mia figlia minore ne ha sofferto molto, ma non parla!" "mio figlio se ne frega proprio, non parla mai con la madre, non mi aiuta, non si interessa, avrebbe tanto bisogno di aiuto per se stesso!" "io ho fatto molto affidamento su mio figlio maggiore che non ha mancato di rinfacciarmi che lui ha molte più responsabilità dei suoi coetanei, per questo è arrabbiato con me").

Grazie al lavoro con il gruppo dei coniugi è stato possibile riflettere sui figli delle persone con GCA e pensare di esplorare il livello di consapevolezza riguardo alle conseguenze che l'evento ha causato al loro sviluppo evolutivo.

Il gruppo dei figli è stato concepito nel gruppo dei coniugi: a partire da queste considerazioni è stato avviato il processo di composizione del gruppo dei figli con colloqui individuali che hanno permesso di

conoscerli meglio ed ascoltare i loro punti di vista, i ricordi ed i vissuti a partire dall'evento traumatico del proprio genitore. Il gruppo è stato così composto da 8 figli: 3 maschi e 5 femmine di età compresa tra i 22 e i 40 anni. Si tratta di un intervento psicoterapeutico di gruppo breve, 9 incontri a cadenza quindicinale ed uno di follow-up dopo sei mesi.

Il gruppo è omogeneo rispetto alla condizione comune dei partecipanti, ovvero l'essere figli di un genitore che ha subito una GCA; tale omogeneità richiama l'importanza dei pari nel superamento di importanti tappe evolutive che segnano il passaggio dal gruppo familiare a quello sociale. La caratteristica dell'omogeneità, che facilita movimenti fusionali, viene compensata dal fatto che si tratta di un gruppo a tempo limitato, in cui il limite temporale ha consentito di lavorare insieme, tenendo conto della separazione fin dalla prima seduta. Come sostenuto da Corbella (2003), infatti, la caratteristica dell'omogeneità e il limite temporale predeterminato possono essere complementari e permettere un utilizzo sinergico della dialettica, specificatamente gruppale, tra fusione ed individuazione.

Lo staff di conduzione, costituito da una psicoterapeuta ad orientamento gruppoanalitico e da una psicologa specializzanda in psicoterapia, nel ruolo di osservatrice, ha utilizzato il pre-gruppo e il post-gruppo come spazio in cui condividere le impressioni e gli aspetti transferali e controtransferali che emergevano in ciascun incontro.

Lo scopo psicoterapeutico del gruppo è quello di aiutare i figli a condividere le emozioni che l'evento traumatico ha suscitato e che sono rimaste silenti in molti casi. Nei colloqui individuali di selezione e preparazione al gruppo è risultato evidente che l'evento traumatico è stato congelato ed isolato al punto da non riuscire spesso a collocarlo temporalmente nella propria storia ("non ricordo se l'ischemia di mia madre sia avvenuta prima o dopo la nascita di mia figlia" "quando l'ho saputo ero all'estero, ricordo una telefonata con mia sorella, non so come ho fatto ad arrivare all'aeroporto, chi mi ha accompagnata e chi mi è venuto a prendere" "Questo è il centro diurno dove viene mia madre tutti i giorni? L'ho accompagnata, ma non ero mai entrato"). Abbiamo ipotizzato che il gruppo potesse offrire ai partecipanti uno spazio e un tempo in cui poter recuperare le emozioni isolate ed i progetti, interrotti dall'evento traumatico per consentirne una nuova elaborazione favorita dal coinvolgimento, dalla coesione e dal sostegno reciproco.

La capacità del gruppo di sviluppare le funzioni terapeutiche, ed in particolare la sua capacità di essere fonte di sostegno per le persone che ne fanno parte, dipende in larga misura dall'integrità di tutti quegli elementi che sono stati investiti di affetti da parte dei partecipanti e che costituiscono una sorta di patrimonio affettivo del gruppo (Neri, 2004). Potersi rispecchiare nelle difficoltà e nel dolore di un compagno di gruppo aiuta ad entrare maggiormente in contatto con i propri nuclei di sofferenza e curarli attraverso la funzione terapeutica del gruppo.

#### *Il racconto dell'esperienza: il punto di vista dell'osservatrice*

L'osservatore, specie se silente, diviene vulnerabile a ciò che accade nel gruppo, oscillando tra vissuti emozionali conflittuali e identificazioni proiettive del gruppo (Chiodi, Di Fratta & Valerio, 2009).

La composizione del gruppo, il tipo di conduzione e gli aspetti controtransferali che sono stati mobilitati hanno condizionato l'evolversi dell'esperienza di osservazione.

Prima dell'inizio del gruppo sono presenti in me sia fantasie e vissuti ottimistici sia angosce persecutorie, legate soprattutto alla paura di osservare ed essere, a mia volta, osservata e giudicata. Rispetto ai vissuti sperimentati nel gruppo dei coniugi, sento una maggiore difficoltà nell'affrontare l'osservazione del gruppo dei figli, data probabilmente dalla vicinanza di età con i partecipanti al gruppo. In me si affollano molteplici domande e dubbi relativi al comportamento da tenere, alla modalità e ai contenuti dell'osservazione. Insieme alla terapeuta, prima che il gruppo abbia inizio, decidiamo di non specificare se sarò un'osservatrice silente o partecipante; in questo modo potrò sentirmi libera di restare in silenzio o di partecipare in maniera più attiva. Verrò quindi presentata come una collega psicologa che si occupa di gruppi; questo naturalmente crea in me una notevole

incertezza e confusione legata al mio ruolo, a cosa mi viene richiesto, a cosa ci si attende da me e dalla mia presenza.

Nel pre-gruppo la terapeuta mi presenta i partecipanti, condividendo con me alcuni dettagli che l'hanno colpita: quasi tutti i partecipanti al gruppo, al momento dell'incidente del genitore, si trovavano in piena fase adolescenziale e questo ha segnato in modo particolare il loro sviluppo futuro, le scelte intraprese e gli eventuali problemi psicosomatici di cui qualcuno di loro soffre, come se quel momento avesse rappresentato lo spartiacque tra un prima e un dopo.

### *Il primo incontro e la scelta del silenzio*

Con queste indicazioni faccio il mio ingresso nel gruppo che credo di aver iniziato ad osservare ancora prima di incontrarlo fisicamente, nelle mie fantasie, nel cercare di raffigurarmelo e in un iniziale momento di tensione che ho avvertito dentro. Subito mi colpisce l'eccessiva positività che mostrano alcuni di loro, impegnati, in maniera difensiva, a voler vedere a tutti i costi gli aspetti positivi di ciò che è accaduto al loro genitore. Mi sembra che vogliano incantare la terapeuta, mostrarle quanto siano bravi a prendere il meglio anche dalla loro tragica esperienza. Sento di avere paura di restare fuori dal gruppo, di non essere vista e riconosciuta nè come terapeuta per le competenze e l'esperienza che ancora non possiedo, nè come partecipante per non aver vissuto un'esperienza simile alla loro.

Questo è il primo incontro, di sicuro stanno tentando di superare l'imbarazzo iniziale, hanno bisogno di tempo per sentirsi al sicuro nel gruppo e sentire di potersi fidare degli altri, mostrando loro gli aspetti più fragili. Come loro, che hanno perso il piccolo gruppo familiare, protettivo e rassicurante, anch'io sento di aver bisogno di tempo per trovare il mio spazio, non più piccolo e protetto come nell'ambito della formazione, ma più grande e indefinito, con sensazioni di incertezza e vissuti molto intensi che provo fin dall'inizio.

Le mie sensazioni cambiano nel tempo, sento meno l'incertezza e l'imbarazzo, grazie anche alla decisione presa, tra me e me, di restare un osservatore silente. Posso finalmente tranquillizzarmi e smetterla di preoccuparmi di quello che dovrò dire, di come verrà giudicato, se sarà la cosa giusta, se farà effetto a tutto il gruppo, compresa la terapeuta. Da una parte sento meno l'agitazione, dall'altra è forte in me il senso di colpa per aver deciso di restare in silenzio ad ascoltare e scrutare, a cercare di capire senza dare nulla di me in cambio. E' stato interessante ripensare alla seduta in cui ho preso questa decisione e notare la disposizione fisica del gruppo. Il gruppo sembrava essere diviso tra una metà presente, con le sedie occupate dai partecipanti e dalla terapeuta e una metà diametralmente opposta assente, con le sedie vuote di chi non era venuto al gruppo. Nella metà assente c'ero io.

Il tema che il gruppo stava affrontando mi ha aiutato a comprendere meglio quella posizione, non tanto fisica, quanto psichica. Il gruppo stava sviluppando il tema della presenza dei fratelli: quelli che sono al gruppo, che si prendono le responsabilità e si fanno carico di parlare e quelli, invece, che non sono presenti al gruppo, che non partecipano alla gestione delle difficoltà quotidiane e che preferiscono restare in silenzio. Era come se all'interno della coppia terapeutica avessi preso il posto del fratello silenzioso, poco collaborativo e su cui non si può fare affidamento, a differenza della terapeuta che risultava essere partecipativa, coinvolgente e che si era assunta la responsabilità della conduzione. Ho riflettuto, come psicoterapeuta in formazione, sull'andamento del gruppo, in particolare su questo passaggio che può essere descritto, in maniera ipotetica, come "isomorfismo" tra la coppia di fratelli e la coppia di conduzione, o ancora tra quest'ultima e la coppia genitoriale, costituita da un genitore sano e da un genitore traumatizzato. Il concetto di isomorfismo si utilizza per descrivere lo stabilirsi di una forte somiglianza tra due realtà che, pur essendo inizialmente distinte, quando entrano a far parte dello stesso sistema, iniziano a sviluppare sorprendenti analogie. Si osserva, quindi, una sovrapposizione di un determinato apparato mentale di un partecipante a quello del gruppo, imponendo elementi mentali e affettivi a tutto il gruppo (Kaës, 1999).

### *L'inversione della dipendenza*

Il gruppo pian piano riesce ad affrontare e riconoscere le emozioni difficili, come la rabbia per quello che è accaduto e il senso di colpa che deriva da essa. La relazione genitore-figlio sembra aver subito un'inversione di ruolo, per cui il figlio si sente in colpa se non si prende abbastanza cura del genitore. In un momento della vita in cui in quanto figli potrebbero vivere il genitore come fonte di sostegno e di sicurezza, devono farsi carico di molte responsabilità e compiti, in quanto l'evento traumatico li ha *lanciati* in una fase successiva del rapporto genitori/figli con un salto di circa venti anni: una fase in cui i genitori perdono molte autonomie e diventano a loro volta dipendenti dai figli.

I figli si sono interrogati su quanto il trauma subito dal genitore abbia influenzato la loro vita, e quali siano stati gli esiti per loro; hanno potuto sperimentare la rabbia per i cambiamenti nella personalità della madre o del padre e il senso di colpa per non trascorrere molto tempo con il genitore colpito da GCA. Il gruppo condivide quindi la sensazione di non essere abbastanza, di non fare abbastanza.

Legato al senso di colpa vi è un tema centrale su cui il gruppo si confronta spesso: il desiderio di andare a vivere fuori casa e la fatica che questo comporta. Vengono condivise esperienze e stati d'animo, desideri e paure, in cui prende spazio il mio vissuto di "figlia". Rivivo con i partecipanti l'esperienza di chi, come me, si è già allontanato da casa e sente il peso del passo compiuto, la difficoltà di vivere a molti chilometri di distanza, la fatica di tornare all'interno del nucleo familiare che ha cambiato il proprio equilibrio e la necessità di ripartire per riacquisire un'indipendenza e un'autonomia che, dentro la famiglia, sembrano congelate. Sento, in quanto figlia, la vicinanza al gruppo e ai vissuti che circolano al suo interno, una vicinanza che però rischia di non darmi la giusta distanza per osservare e riconoscere i movimenti evolutivi del gruppo. Questa particolare vicinanza è espressa da E., quando dice: "a me viene in mente quando ero più piccola e dicevo sempre: io a 18 anni vado via di casa e quelle classiche frasi che si dicono, e invece adesso per esempio sono ancora lì, ma tra l'altro faccio anche fatica a dire ok faccio le valigie e vado fuori".

Mi trovo a gestire da un lato la ricerca di fusionalità verso il gruppo, perchè questo mi permetterebbe di sentirmi un tutt'uno con i partecipanti, dall'altro la necessità di una definizione dei confini, dei ruoli, delle differenze che mi consentono un movimento verso l'individuazione. Osservo questa oscillazione sia in me sia negli altri partecipanti che cercano di trovare le somiglianze con le vicende altrui per diminuire il loro senso di solitudine, ma, allo stesso tempo, di sottolineare le differenze e le unicità della loro storia rispetto alle altre per differenziarsi e riconoscersi.

La risonanza è molto presente e si manifesta connessa ad un tema, in questo caso la separazione e l'autonomia, ad un certo tema (la perdita) o ad una fantasia (Anzieu, 1976).

#### *Coesione, fiducia, lacrime*

Col passare del tempo tra i partecipanti si è instaurato un clima di coesione e di fiducia, che ha permesso ad ognuno di loro di riconoscere l'importanza che il gruppo ha avuto nell'accedere a ricordi ed emozioni accantonati per molto tempo. Insieme al loro entusiasmo per l'esperienza di gruppo vissuta, riconosco il mio entusiasmo per questo gruppo che, a partire dalle mie fantasie, è divenuto reale, così come reali sono le emozioni che mi ha mosso dentro.

Sul finire dell'esperienza, nell'ultima seduta la terapeuta mi invita a "dire qualcosa", sono chiamata a prendere parte al gruppo anche con la mia voce. Tornano a galla le mie paure iniziali, quella di invadere uno spazio altrui e quella di essere invasa con i loro giudizi, le emozioni sentite durante il percorso e la tensione legata alla separazione. Le mie parole, accompagnate dalle lacrime, esprimono al gruppo la difficoltà di ascoltare le loro storie e di gestire le emozioni che inevitabilmente mi hanno suscitato. Il gruppo si mostra piacevolmente stupito dalla mia reazione, la presenza di un osservatore, silente fino a quel momento, ha permesso loro di riflettere sull'importanza di essere ascoltati nel profondo, esperienza che hanno potuto sperimentare in questo luogo, evidentemente confortevole e protettivo.



Le emozioni che ho vissuto all'interno del gruppo sono state molto intense e talora anche molto difficili, con l'alternanza di un'ampia gamma di sentimenti: tristezza, gioia, ansia, disorientamento, commozione, rabbia, noia, curiosità.

Nel corso dell'esperienza emergevano e si intrecciavano nel gruppo tematiche simili a quelle che andavo affrontando nel contesto della mia analisi personale. In un primo periodo, pensavo che per essere una buona osservatrice, futura psicoterapeuta, dovevo per lo meno essere "più avanti del gruppo", soprattutto nel mio percorso personale. Sperimentavo sensazioni estremamente ambivalenti. Da una parte ero dentro l'esperienza perché durante le sedute mi sentivo partecipe e mi lasciavo coinvolgere da ciò che vi accadeva ma, contemporaneamente, cercavo di pormi fuori da ciò che vivevo. Lentamente gli stati d'animo si sono modificati, man mano che l'esperienza continuava. Ho imparato nel tempo a riconoscere e a rendere mentalizzabili aspetti che paralizzavano il mio pensiero, impedendomi di comprendere a fondo gli accadimenti. Il gruppo, in questo senso, è stato una palestra, dove ho imparato a tollerare l'incertezza e a riconoscere, tra tutti, i miei stati d'animo.

#### *Il controtransfert dell'osservatore: dalla clinica alla teoria*

Una variabile peculiare che contraddistingue l'osservazione psicoanalitica da altri tipi di osservazione è l'atteggiamento interno ed esterno dell'osservatore; il focus dell'osservazione viene definito non soltanto in relazione a quanto accade sotto gli occhi dell'osservatore, ma anche in base a cosa succede al suo interno (Nunziante Cesaro, 2003).

L'osservatore è partecipante nel senso che partecipa introducendo, con la sua presenza, elementi che modificano la situazione osservata e di cui deve tener conto. Bleger (1970) a proposito dell'osservatore partecipante afferma che egli fa parte del campo e quindi condiziona i fenomeni che egli stesso deve registrare.

L'osservatore utilizza la sua soggettività come funzione conoscitiva, lavorando sul transfert e sul controtransfert in atto. In questo senso non si può svolgere un'*immacolata osservazione* (Borgogno, 1978), in quanto è impossibile eliminare le valenze soggettive, ideologiche, emotive, inconscie, dell'impostazione teorica e metodologica della propria formazione.

Le regole del lavoro di osservazione, il setting interno ed esterno costituiscono un contenitore necessario alla preservazione della difficile capacità di osservare l'altro attraverso di sé, e in una certa misura, il Sé attraverso l'altro. Devereux (1970), a questo proposito, pone l'accento sulla necessità dell'osservatore di lavorare sul suo controtransfert, in quanto non si può ignorare l'interazione fra osservatore e osservato. L'osservazione psicologica, infatti, non può fondarsi unicamente sul guardare o sul capire, ma deve contemplare al suo interno l'essere e il sentire; significa soprattutto che l'osservazione dell'altro da sé è possibile solo se procede parallelamente all'osservazione del Sé (Borgogno, 1978).

L'osservatore si muove nell'ambito della soggettività, che è al contempo oggetto di conoscenza e strumento conoscitivo. Egli si propone di integrare gli elementi perturbanti, nel senso di tenerli in mente e man mano elaborarli, utilizzandoli nel processo di costruzione di senso di ciò che si osserva.

L'osservazione partecipante in gruppo è una modalità specifica che viene utilizzata per far comprendere e trasmettere ai terapeuti in formazione, attraverso un'esperienza vissuta in modo diretto, il senso del lavoro analitico di gruppo.

L'inserimento dell'osservatore nel gruppo provoca un effetto perturbante poiché fa emergere aspetti conosciuti e imprevisti, ma anche aspetti non conosciuti che appartengono alla sfera di ciò che è familiare, ma rimosso e quindi inconscio. Uno dei compiti iniziali dell'osservatore è quello di tollerare l'incertezza, l'incoerenza e il non-senso, mantenendosi nella scomoda area del dubbio che, se certamente gli consente di innescare il processo di comprensione, all'inizio soprattutto lo confonde e lo disorienta. La capacità di attendere, di mantenersi aperti al dubbio e alla re-interpretazione è più importante della capacità di comprendere, interpretare e fare connessioni.

L'osservatore che entra nel gruppo è animato da fantasie profonde e arcaiche, ricollegate alla scena primaria, relative all'esclusione e all'angoscia di guardare ed essere guardati. L'entrare in un gruppo

viene vissuto dall'osservatore alla stregua di un violare l'identità di una coppia (terapeuta-gruppo = madre-padre) ed è connotato da fantasie persecutorie relative al difendersi da un possibile attacco di risposta all'intrusione (Corbella, 1981). Così la gelosia iniziale sentita nei confronti del gruppo e l'angoscia derivante dall'essere in una posizione a metà tra paziente e terapeuta si inserisce nel percorso evolutivo che un osservatore compie all'interno del gruppo. Corbella (1981) individua la fase del complesso edipico come il momento in cui l'osservatore si trova di fronte all'alternativa ambivalente di allearsi con il conduttore o di soppiantarlo con sensi di colpa. Egli si confronta quindi con sentimenti di gelosia, che, se elaborati, porteranno ad una identificazione matura con il conduttore e si potranno cogliere le dinamiche del gruppo nel suo insieme.

### *L'osservazione silente*

All'interno di un gruppo, si può scegliere una modalità di osservazione silente o partecipante, in relazione al tipo di gruppo osservato e alle modalità di conduzione.

La scelta di far parte del gruppo come osservatore silente da un lato mi ha tranquillizzato, dall'altro mi ha suscitato un forte vissuto di colpa. Mi sentivo colpevole di stare a guardare, mi sembrava di rubare senza dare nulla in cambio. Pensavo quindi che lo stare zitta sarebbe stato giudicato dal gruppo come un atto di egoismo o come sinonimo di incapacità.

L'osservatore silente, spesso, viene usato come schermo di proiezione e sentito in modo persecutorio; la sua entrata in gruppo provoca sia in lui sia nel gruppo il riattualizzarsi di posizioni arcaiche e l'alternarsi di vissuti depressivi e fantasie maniacali (Corbella, 2003). La presenza di un osservatore non partecipante apre lo spazio a diverse possibilità di fantasmizzazione, nel senso che stimola l'emersione di paure, angosce e vissuti che spesso affondano le loro radici in strati profondi della personalità. Tollerare la costante presenza di un osservatore silente sembra essere un impegno notevole per il gruppo, si tratta di una persona che il gruppo non conosce e questo potrebbe dare origine a fantasie persecutorie o alla paura di conoscere l'ignoto.

L'osservatore come il conduttore funge da immagine di identificazione per il gruppo, e raccoglie maggiormente le ansie primitive, le dimensioni maggiormente "psicotiche". E' il suo essere muto e silente che lo rende depositario degli aspetti difficili, poco elaborabili. Scaglia (1976) mette in evidenza come i gruppi vivano inizialmente una fase persecutoria in cui l'angoscia persecutoria viene depositata sull'osservatore silente. E' l'elemento inquietante e perturbante, perchè straniero, estraneo, messo "fuori" dal rapporto gruppo-conduttore, anche perchè istituzionalmente impossibilitato a relazionarsi se non con la modalità vissuta come "intrusiva" dello sguardo e dell'ascolto.

In ogni caso, l'osservazione non è mai né silenziosa né passiva, poiché non solo le parole sono fonte di comunicazione. Per quanto infatti l'osservatore possa farsi dimenticare dal gruppo per il ruolo che occupa, il gruppo e il terapeuta non lo dimenticano, egli stesso non si dimentica, ma continua a parlare silenziosamente con il gruppo e con il terapeuta, pur non volendolo e non agendolo intenzionalmente. Le sue osservazioni ovviamente non possono né vogliono essere obiettive, ma strettamente legate ai suoi vissuti e ai suoi riferimenti teorici e alla sua rispondenza emotiva nei confronti del gruppo. In questo senso, l'osservatore è chiaramente una variabile del processo terapeutico che in alcuni momenti può avere un peso significativo sia che abbia un ruolo ricettivo sia che abbia un comportamento apertamente partecipante.

A proposito dell'osservatore silente Montesarchio e Monteduro (1984) sottolineano l'intercambiabilità della figura dell'osservatore in formazione, che da una parte è passivo e silente durante lo svolgersi del gruppo e dall'altra, maggiormente attivo nella fasi pre-post ed intermedie dell'evento gruppale, che sono l'elaborazione e la stesura del resoconto e la discussione dello stesso in supervisione. Lo spazio di supervisione, infatti, rappresenta il luogo dove è possibile ripensare l'esperienza dell'osservazione, guardare agli aspetti del proprio controtransfert, dove si può condividere il peso e l'ansia provocata dall'inazione e delle emozioni relative all'essere ricettacolo di proiezioni. Questi momenti dell'osservazione non sono da intendersi come fasi dicotomiche ma come aspetti che convivono e si integrano continuamente nel percorso di osservazione. In accordo con gli autori, mi trovo dopo il

lungo silenzio in seduta ad occupare interamente lo spazio del post-gruppo con tutte le sensazioni, le immagini e le associazioni scaturite dal gruppo.

### *L'identificazione*

Nel processo osservativo, è importante mantenere una giusta distanza dall'oggetto di osservazione, in modo da non essere nè troppo dentro, nè troppo fuori al contesto, nè fuso all'oggetto di osservazione, nè difensivamente staccato da esso. Si tratta di una posizione, specificatamente psichica, che consente all'osservatore una vicinanza all'oggetto sufficiente per sentirlo emotivamente, ma non troppo grande da farsi invischiare.

Bisogna imparare a maneggiare la sofferenza psichica connessa al ruolo svolto, identificarsi con le varie parti del gruppo per meglio comprenderle, al fine di integrare e non contrapporre. Per sostenere adeguatamente un'esperienza osservativa si configurano come necessari per l'osservazione la ricerca della giusta distanza, la capacità di *revêrie* insieme all'analisi del proprio controtransfert da parte dell'osservatore (Borgogno, 1981).

La vicinanza e la somiglianza tra osservatore e oggetto di osservazione possono inquinare il processo di conoscenza, in quanto la vicinanza di ciò che è fuori al dentro dell'osservatore induce in quest'ultimo un coinvolgimento emotivo non sempre del tutto cosciente e controllabile. L'operazione intrapsichica ed interpersonale può essere quella di omologare il Sè all'oggetto di osservazione, o di ridurre l'oggetto esterno al proprio Sè o a parti di esso. Nel gruppo, la vicinanza, in quanto figlia, del mio vissuto e di quello di alcuni dei partecipanti ha condizionato la mia osservazione, in particolare riducendo la distanza che mi consentiva fino a quel momento di differenziare tra stati d'animo miei o indotti dal gruppo.

Ed è proprio nell'essere vicini e simili psichicamente dell'osservatore e dell'osservato che si attiva il gioco di proiezioni, introiezioni, identificazioni e identificazioni proiettive che hanno come oggetto sentimenti, fantasie, emozioni e parti del Sè che vengono evacuate nella mente dell'altro con tutta la forza e la resistenza di oggetti concreti, reali.

Si tratta di meccanismi che, mostrando tutta la permeabilità dei confini tra mondo interno ed esterno, consentono la comprensione dell'altro nella misura in cui l'osservatore è capace di contenerli nella propria mente, senza agirli. L'essere presente e ricettivo, l'accogliere l'altro come differente da sè ed entrarvi in contatto senza farsi invischiare, nonostante il carattere angosciante che ciò può assumere, richiede una capacità di tollerare la passività iniziale del processo conoscitivo.

Nei gruppi si mettono in gioco identificazioni primitive ed arcaiche (Anzieu et al., 1972). Attraverso il meccanismo di identificazione l'osservatore opera e comprende, egli è sia il gruppo che la funzione riflessiva sul gruppo. Borgogno (1978) descrive questo faticoso processo come l'assumere coscientemente che nella conoscenza osservativa ci sia la capacità di contenere l'altro, essendo ricettivi. Questo può suscitare nell'osservatore timori legati al perdere la propria identità, che si confonde con l'identità del gruppo.

Rispetto all'identificazione dell'osservatore con il proprio ruolo Montesarchio e Monteduro (1984) notano come, all'interno del gruppo, l'osservatore in formazione compia un percorso evolutivo da una fase iniziale in cui si pone come una memoria testuale a momenti in cui diventa maggiormente permeabile alle dinamiche del gruppo e funziona come specchio nei confronti delle dinamiche di gruppo. L'osservatore oscilla, quindi, tra identificazioni fusive, che lo portano a confondersi con il gruppo e quindi a viverlo più intensamente, e movimenti di individuazione in cui è in grado di recuperare la propria specifica funzione critica e riflessiva.

### *Le difese del gruppo dall'osservazione*

L'osservatore, nel suo essere contemporaneamente dentro e fuori e nell'utilizzare il proprio essere e sentire, l'empatia e l'identificazione con l'oggetto come strumento conoscitivo, è continuamente

esposto al rischio di essere invischiato nella relazione con l'oggetto osservato o al contrario di opporvi una distanza difensiva che la annulla. L'essere troppo dentro la relazione mette l'osservatore di fronte al rischio di perdersi nell'oggetto, lo mette cioè di fronte a quel senso del perturbante che ha a che fare con una potenziale regressione a modalità fusionali di relazione.

Utilizzando le parole di Bion (1971), l'osservazione dovrebbe essere "senza memoria e senza desiderio", elementi inevitabilmente distorcanti il processo di comprensione che si va formando; l'osservatore, collocandosi nel presente, dovrebbe abbandonare passato e futuro, liberarsi dei suoi bisogni, aspettative e desideri, tra cui non ultimi quelli di capire, sostenere e/o curare. Si tratta di uno sforzo di esplicitazione del codice interpretativo interno dell'osservatore, in cui entrano in gioco non solo la sua biografia e i suoi vissuti, ma anche gli elementi ideologici, culturali e formativi che inevitabilmente fungono da filtro dell'osservare. Come sostiene Kaës (2002), l'osservatore deve chiarirsi, in itinere, cosa guarda, per quale scopo, con quale metodologia, ma anche chi guarda in lui (Super-Io, Ideale dell'Io) e con chi si sta identificando nel lavoro di osservazione.

Scaglia (1976) parla della *cosificazione* dell'osservatore, riferendosi alle reazioni difensive che l'osservatore stimola nell'osservato. A volte, infatti, l'osservatore può essere "ridotto al quadro", ovvero assimilato in senso fisico, materiale, ad un elemento della stanza, del luogo per negare la sua funzione ed eliminarlo psichicamente. Questo potrebbe spiegare la reazione di stupore che il gruppo ha avuto nel momento della mia partecipazione vocale e quindi emotiva; essendo stata in silenzio mi avevano, in maniera difensiva e quindi inconscia, assimilata alla stanza del gruppo, riducendomi a semplice strumento meccanico di registrazione.

Il vivere l'osservatore come elemento persecutorio è già un passo avanti rispetto ai tentativi di eliminazione psichica perché rappresenta l'apertura di uno spazio potenziale per l'elaborazione della sua funzione e una capacità dell'osservato di "tenerlo dentro" nonostante e con tutte le difficoltà che ne derivano. L'essere assunto come elemento persecutorio non mette al riparo l'osservatore dai continui attacchi alla sua funzione, anzi li inaugura. Soprattutto all'inizio del processo di osservazione sono frequenti i tentativi di annullare il perturbante che c'è nel ruolo di osservatore, per esempio attraverso il dargli a parlare, attraverso la richiesta di informazione, di confidenze anche al di fuori del setting. In tutti i casi questi tentativi da un lato tentano di eliminare il perturbante che c'è nell'osservatore, dall'altro rappresentano delle interferenze nel già complicato lavoro da svolgere dell'osservatore, oltre che delle tentazioni che possono colludere col suo desiderio di viverci come figura meno perturbante.

Un esempio di questo è rappresentato dalle parole di P. che all'inizio della quarta seduta, non avendo ancora ben chiaro quale fosse il ruolo dell'osservatore dice: "cioè lei non l'ho sentita parlare, non so. Non ha neanche la voce? Per esempio io parlo sempre, forse abbiamo modi diversi di affrontare l'incontro però siamo tutti qua".

### *La complessità dell'osservazione*

L'osservazione nel gruppo è un allenamento ad osservare con un pensiero multiplo. Vanni (1984; 1988) evidenzia la presenza di vari livelli gruppali nella mente dell'osservatore. Egli sottolinea come nell'osservazione dei gruppi sia importante registrare in quale area gruppale della mente ci si trova nell'atto di osservare, ed è questa consapevolezza che permette di comprendere le operazioni che il gruppo sta compiendo.

E' evidente che l'osservazione nel gruppo dovrà tenere presente la compresenza e la stratificazione di vari livelli. Un primo livello riguarda i dati percettivi, le informazioni e comunicazioni che avvengono nel gruppo, per cui l'osservatore coglierà i contenuti del discorso nel qui e ora del gruppo. Si tratta quindi di una osservazione percettiva della realtà, che coglie il significato sensoriale percettivo delle comunicazioni. Un secondo livello organizza questi dati interpretandoli in funzione di un codice scientifico, un modello culturale che può essere quello di un'istituzione di appartenenza. L'osservatore interpreta i dati, fornendo ad essi un significato, in funzione dei suoi modelli teorici di riferimento. Il secondo livello corrisponde ad un'osservazione interpretativa che si basa sul presupposto che

l'osservato non è dato ma supposto in base ad un taglio specifico della realtà. Il terzo livello tratta i dati in funzione della storia del gruppo, della sua fondazione; è un'osservazione etnocomparativa volta a registrare componenti universali e le loro elaborazioni "etnocentriche" ovvero i sedimenti di altri gruppi.

Chi compie l'osservazione fornisce una rappresentazione formale alle emozioni non pensate, non viste dal gruppo, fungendo da "porta parola" (Käes, 2002) attraverso un lavoro di connessioni, legami. Il punto di vista dell'osservatore comprende e differenzia allo stesso tempo il dentro e il fuori, lo psichico e il sociale, il pensiero del gruppo e l'elaborazione soggettiva dell'individuo. La funzione di legame che ha l'osservatore è simile alla funzione del Preconscio. Transitando nell'area mentale del preconscio, delle rappresentazioni, l'osservatore attuerà un lavoro psichico di trasformazioni e narrazioni, creando le connessioni tra le "rappresentazioni di cosa" e le "rappresentazioni di parola". La posizione dell'osservatore, infatti, si va a collocare sul confine del gruppo, in quanto la sua funzione è di fornire una rappresentazione alle emozioni "non pensate", "non viste" che egli contiene. Per l'osservatore questo processo è un percorso lungo che segue dapprima l'andamento e l'elaborazione del gruppo, prestando particolare attenzione ai mutamenti che avvengono, e poi attraverso la successiva creazione di un'ulteriore rappresentazione: il protocollo, il resoconto con ulteriori nessi, legami.

La posizione privilegiata che l'osservatore assume nel gruppo gli permette di sperimentare quei processi di scoperta di senso attraverso l'ascolto che sono così importanti nel rapporto terapeutico e che è necessario apprendere perché nella realtà consueta sono generalmente molto abbreviati (De Polo, 2007).

L'osservazione è un lento processo di costruzione che come in ogni processo conoscitivo è relativo al luogo, al tempo in cui si svolge e a quanto l'ha preceduto. L'osservatore, attraverso le sue attitudini interne, ha il compito di ascoltare e raccogliere una serie di elementi slegati tra loro e privi di senso, che nell'evolversi del processo possono rivelare inaspettati nessi ed inattese possibilità di gettare luce su quanto fino a quel momento risultava incomprensibile. Questa lenta costruzione è possibile solo se è accompagnata da un lavoro di elaborazione dell'ansia, dell'invidia e della rabbia legate all'impossibilità di conoscere immediatamente l'oggetto.

L'osservatore è una memoria collettiva nei confronti del gruppo. E' un registratore che pensa e che vuole capire come mai lui e il gruppo pensano e sentono in un determinato modo, perché il terapeuta dice certe cose piuttosto che altre, e che cosa significa il suo pensare, sentire, capire in riferimento al gruppo e alle sue dinamiche. In questo senso l'esperienza di osservazione diventa utile sia al terapeuta sia all'osservatore. Al primo, attraverso l'analisi dei vissuti, permette una comprensione migliore di ciò che accade nel gruppo; al secondo dà la possibilità di osservare i momenti evolutivi del gruppo, di apprendere la tecnica di conduzione, e di imparare a fare un migliore uso di sé e delle proprie emozioni.

Osservare significa porsi in relazione con il gruppo, con il terapeuta, con sé, con le proprie parti "piccole", con quelle adolescenziali e quelle adulte e quindi entrare nella corrente dei processi emotivi che tale atto suscita. L'osservazione, silenziosa o partecipante, è inevitabilmente una variabile che modifica il quadro e la storia del gruppo, inducendo particolari costellazioni emotive (Corbella, 2003).

Ed è proprio a partire dai vissuti emotivi suscitati dal gruppo che l'esperienza di osservazione diventa un'occasione di acquisizione di competenze e un momento trasformativo della propria identità personale e professionale. L'osservatore, infatti, vive sulla propria pelle la complessità del gruppo e apprende dall'esperienza l'importanza di osservare l'altro attraverso di sé, e in una certa misura, il Sé attraverso l'altro.

## *Bibliografia*

- Anzieu, D., Béjarano, A., Kaës, R., Missenard, A., & Pontalis, J.B. (1972). *Il lavoro psicoanalitico nei gruppi*. Roma: Armando Editore.
- Anzieu, D. (1976). *Il gruppo e l'inconscio*. Roma: Borla.
- Api, V. (2001). La sapienza del sogno in un'esperienza di osservazione partecipante. *Gruppi*, 3, 13-43.
- Bion, W.R. (1971). *Esperienze nei gruppi*. Roma: Armando Editore.
- Bleger, J. (1970). *Il gruppo come istituzione e il gruppo nelle istituzioni*. In J. Bleger, *Psicoigiene e Psicologia Istituzionale*. Loreto: Libreria Ed. Lauretana, 1989.
- Borgogno, F. (1978). *L'illusione di osservare*. Torino: Giappicchelli.
- Borgogno, F. (1981). *Brevi cenni epistemologici sul metodo dell'osservazione della relazione madre-bambino*. Torino: Giappicchelli.
- Chiodi, A., Di Fratta, M., & Valerio, P. (2009). *Counselling psicodinamico di gruppo. Funzione e ruolo dell'osservatore negli interventi brevi*. Milano: FrancoAngeli.
- Compostella, S. (2004). *Il gruppo omogeneo per familiari di pazienti con trauma cranico*. In S. Corbella, R. Girelli, S. Marinelli (eds), *Gruppi omogenei*. Roma: Borla.
- Corbella Zucca, S. (1981). L'osservazione partecipata. Un'esperienza di due anni con un gruppo di osservatori. *Gli Argonauti*, 3, 10, 207-221.
- Corbella Zucca, S. (2003). *Storie e luoghi del gruppo*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- De Polo, R. (2007). *La bussola psicoanalitica tra individuo, gruppo e società*. Milano: FrancoAngeli.
- Devereux, G. (1970). *Saggi di Etnopsichiatria generale*. Torino: Armando Editore.
- Foulkes, S.H. (1976). *La psicoterapia gruppoanalitica*. Roma: Astrolabio.
- Giordana, C. (2004). Il gruppo omogeneo femminile dal vertice dell'osservazione partecipante: rivisitazione critica di un'esperienza. *Funzione Gamma*, 6, Retrieved from: <http://www.funzionegamma.it/wp-content/uploads/gruppo-omogeneo-femminile.pdf>
- Kaës, R. (1999). *Le teorie psicoanalitiche del gruppo*. Roma: Borla.
- Kaës, R. (2002). *La polifonia del sogno. L'esperienza onirica comune e condivisa*. Roma: Borla.
- Lezak, M.D. (1986). Psychological implications of traumatic brain damage for the patient's family. *Rehabilitation Psychology*, 31, 241-250.
- Livelli, N. (2003). Tu chiamale se vuoi, emozioni. Esperienza di osservazione in large group. *Gruppi*, 3, 115-118.
- Livingston, M.G., & Brooks, D.N. (1988). The burden on families of the brain injured: A review. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 3 (4), 6-15.
- Montesarchio, G., & Monteduro, G. (1984). *Osservazione e formazione in gruppoanalisi*. In G. Lo Verso & G. Venza (Ed), *Cultura e tecniche di gruppo nel lavoro clinico e sociale in psicologia*. Roma: Bulzoni.
- Neri, C. (2004). *Gruppo*. Roma: Borla.
- Nunziante Cesaro, A. (2003). *L'apprendista osservatore*. Milano: FrancoAngeli.

Salizzato, S., Cimenti, F., & Bargellesi, S. (2010). Gruppi di sostegno psicologico per familiari di persone con grave cerebrolesione acquisita: spunti di riflessione. *MR Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa*, 24 (3), 51-54.

Sava, V., & De Lorenzis, M.G. (1998). Dal punto di vista di un osservatore: Appunti, riflessioni e frammenti di un psicoterapia di gruppo con pazienti tossicodipendenti, *Psichiatria Generale e dell'Età Evolutiva*, 35, 345-368.

Scaglia, H. (1976). La position fantasmatique de l'observateur d'un groupe. In R. Käes, *Désir de former et formation du savoir*. Paris: Dunod.

Vanni, F. (1979). *Saggi di psicoterapia di gruppo*. Torino: Boringhieri.

Vanni, F. (1984). *Modelli mentali di gruppo*. Milano: Cortina.

Vanni, F. (1988). Modelli teorici di gruppo e di ricerca psicologica. In Trentini G. (ed) *Il cerchio magico, il gruppo come oggetto e come metodo in psicologia sociale e clinica*. Milano: Angeli.

## Malinteso

di Gabriele Profita\*

### *Abstract*

Il malinteso, nella sua impalpabilità, si propone come vero protagonista del mondo contemporaneo. Esso si mostra nei suoi effetti e si nasconde nelle sue origini. Il malinteso appartiene al momento presente ma si rivela sempre in un secondo momento, quando degenera nel conflitto e nell'interruzione delle interazioni. L'ipotesi del mio lavoro è che la diffusione del malinteso, nella realtà quotidiana delle relazioni umane e sociali, debba ricercarsi nell'assenza di un quadro certo e definito, in una realtà sociale che è priva di riferimenti stabili. Il dispositivo clinico, che nel lavoro di cura è la base di ogni intervento, nell'incertezza del quadro generale, nella trasmutazione dei valori di nietzeschiana memoria, abbisogna di costanti ridefinizioni e in assenza di ciò moltiplica i malintesi soprattutto quando si confrontano, nella relazione clinica, persone che riportano mondi culturali diversi.

*Parole chiave* malinteso culturale, setting clinico, senso comune, differenza culturale.

Il lavoro di ricerca che da un anno porto avanti sul malinteso culturale, nel dominio della cura, ha assunto nello sviluppo del suo programma uno spessore non previsto. Il malinteso è per sua stessa costituzione, del tutto opaco e scarsamente individuabile. All'inizio del mio percorso, ho avuto l'impressione che esso fosse qualcosa di poco importante, celato allo sguardo anche il più attento, questione evanescente e, tutto sommato, di scarsa importanza per il ricercatore. Mi veniva anche suggerito che ormai su questo tema, nell'ambito dell'etnopsichiatria, molto era stato fatto e compreso.<sup>1</sup> L'arte della dissimulazione, che il malinteso assume come propria veste, mi ha però ricondotto, come già per Jankélévitch (1980), alla fiaba dei vestiti dell'imperatore, di colui che si rivela solo allo sguardo ingenuo e disincantato del bambino. Solo in un secondo momento, tutti coloro che sono all'interno di un medesimo sistema di rappresentazione, ritrovano nel conflitto che finalmente si manifesta la parte attiva del malinteso, sotto forma di aggressività passiva o di atteggiamenti evitanti.

La levità del malinteso, (Jankélévitch lo definisce un *quasi nulla*) e, allo stesso modo, il suo rilievo nel mondo, la sua voglia di nascondersi nelle cause e di rivelarsi negli effetti, il suo accanimento trasformativo, se il malinteso è "ben inteso", oltre che a dominare la scena in ogni situazione o contesto del vivere, può simboleggiare il malessere sociale del secolo trascorso e di quello che ancora si dispiega. Ogni male (sociale) dà luogo, oltre che all'obbligo della ricerca di una cura, all'esigenza di cambiare abitudini e di modificare atteggiamenti verso se stessi e verso gli altri, di modificare la prospettiva con cui si guardano le cose. Allo stesso modo, può anche essere l'inizio di un ravvedimento, può dar luogo alla negoziazione del conflitto in atto, può rappresentare una sorta di *palabre* universale attorno ad una maestosa quercia, come nei villaggi africani, o nelle piazze delle nostre metropoli. Può diventare l'inizio di una discussione serrata, su cause e rimedi, a patto che si riconosca che l'altro ha concezioni ed esigenze altrettanto legittime delle nostre e, si situi al di fuori di ogni logica manipolativa.

---

\* Prof. Ordinario di Psicologia e Clinica della relazione, Dipartimento di Psicologia, Palermo.

<sup>1</sup> Ne avevo conferma, diretta e indiretta da Tobie Nathan, Bertrand Piret, Marie Rose Moro e Salvatore Inglese.



Perché allora studiare il malinteso, in un mondo che tende alla razionalità, alla definizione delle procedure e dei metodi, che sembra assistere al trionfo dell'equilibrio o degli equilibrismi, delle forze contrapposte ed equipotenti? In una società in cui la tecnologia e la macchina sembrano voler non lasciare spazio a equivoci e a fraintendimenti?

L'interrogativo attorno al quale ha ruotato la riflessione che mi ha accompagnato nella stesura di queste pagine, è rappresentato dal rapporto che s'instaura tra l'ordine tendenzialmente razionale e controllato del mondo e la diffusione capillare del malinteso. La considerazione più immediata sarebbe che la frammentazione del senso unitario delle cose abbia prodotto un mondo forse più efficiente e scintillante, ma privo di riferimenti e di unità, disarmonico e organizzato al tempo stesso. Dopo l'illuminismo, che ha scacciato gli *idola* oscurantisti, la democrazia che ha sostituito l'assolutismo, la tecnologia e la scienza, che ha soppiantato la magia, un nuovo germe, al tempo stesso benefico e malefico, domina la scena, il malinteso. Esso s'insinua dappertutto: nelle nostre esistenze private, nelle relazioni di lavoro, tra le generazioni o tra i sessi, tra nazioni o gruppi di potere, tra i condomini di uno stabile o tra partiti politici e soprattutto, rispetto alla visione di questo lavoro, tra persone appartenenti a culture diverse.

All'epoca in cui dominava un *misurato riserbo*, (Magris, 1999) si è avvicinato un mondo chiassoso, volubile e dissacrante, sempre più rivolto alla visibilità e all'esibizionismo, privo di sfumature e di chiaroscuri. Il dominio dell'apparenza nasconde e rivela la fine di valori relativamente stabili e l'inizio di un'epoca mutevole in cui ogni sforzo per comprenderla e anticiparla, è sempre in ritardo rispetto alla velocità impressa ai processi. S'invoca quello che oggi è considerato come lo scarto tra modernità e post-modernità e le parole chiave di questa trasformazione sono, velocità, istantaneità, rapidità, connessione, globalizzazione, individualismo, narcisismo, flessibilità, cambiamento, momento presente, ma soprattutto economicità, mercato, crescita, efficienza. Altri termini si potrebbero aggiungere, come quelli di tecnica, tecnologia, scientificità, organizzazione, razionalità, che insieme concorrono a dare un'idea del tempo presente e delle convulsioni che siamo chiamati a vivere. Le sentiamo ripetere ogni giorno sulla stampa, nei convegni scientifici, nei media e sono oramai così comuni che li sentiamo recitare anche tra non specialisti delle scienze umane e sociali. Questa terminologia, che appartiene al mondo dell'occidente e ne descrive la cifra, non fa parte della vita di popoli e di comunità che si riferiscono ad altri universi di senso, in modo particolare legati alla conservazione delle consuetudini e dei valori più antichi.

Nella nostra realtà quotidiana, può una condizione così nevrotica e nevrotizzante non dare luogo a malintesi? Forse nell'adottare un *misurato riserbo*, nel valorizzare le sfumature, vi è la possibilità di esprimere le differenze senza violenza e sopraffazione; al contrario i toni netti e perentori, lungi dal risolvere le ambiguità, le accentuano. Creano contrapposizione e conflitto, sospetto e paranoia. In una parola, l'uomo del risentimento<sup>2</sup>. Muoversi in un mondo veloce, in cui valori e cultura sono in continua trasformazione, significa muoversi nel caos. In mancanza di certezza e di condivisa solidarietà si acuisce il senso di un mondo violento e aggressivo, e s'istaurano sentimenti di difesa e di contro aggressività. Il sospetto si sostituisce alla fiducia, l'ambiguità alla franchezza, l'opacità alla chiarezza.

La finalità della cultura consiste nella capacità di conferire un ordine alle cose nella fiducia che sia condiviso. Come si esprime E. De Martino, (1977) il suo scopo è quello di evitare o di contrastare una crisi della presenza, di costruire un "ordine di valorizzazione delle cose" (p. 674 ), attraverso la classificazione, la distinzione, la capacità di ordinare secondo categorie. E' "l'evocazione dell'ordine dal caos" (Bauman, 2002, p. 46 ).

Ma i tempi di trasformazione di una cultura, sono necessariamente più lunghi della capacità di adattamento degli individui che ne condividono il senso. Rapide trasformazioni della cultura, non sono incorporate così rapidamente come dovrebbero. Al nuovo ordine che si

---

<sup>2</sup> A questo proposito si veda la posizione di F. Nietzsche (Trad. it., 1984) che definisce il risentimento come tipico dell'uomo reattivo che riguarda sia lo schiavo e le sue strategie di autodifesa, sia il signore che ne realizza una fonte del suo dominio. M. Scheler (Trad. it., 1975) ne addolcirà i termini attraverso l'idea che la solidarietà è presente in ogni individuo morale.

crea nel mondo, per effetto di processi economici rapidi e violenti, non corrisponde un adattamento interiore negli individui, i quali, magari senza consapevolezza, provano a mettere in atto meccanismi di difesa e di resistenza verso ciò che avvertono come estraneo e violento. I tentativi di resistenza al cambiamento impetuoso, sono una protezione dalle intense sofferenze e il senso di stupore che la realtà obbliga ad assumere. Mancano, nelle trasformazioni repentine, i riti (di passaggio) che assicurano, secondo Van Genep (1909) quella zona neutra, quel margine, che introduce gradualità, che “facilita i mutamenti di stato senza scosse violente per la società, né bruschi arresti della vita individuale e collettiva” (trad. it., p. 41).

Si dirà che tali ritualità riguardano i popoli arcaici, le società e le collettività pre-industriali, e non interessano le società moderne, che sono liberate dai gravi condizionamenti imposti da situazioni esistenziali in cui i bisogni primari non sono soddisfatti e che sono minacciate da rischi per la sopravvivenza. La società ipermoderna non ha bisogno di queste forme che scandiscono le condizioni evolutive dell'uomo e che la magia, conseguenza di una natura ingovernabile, è stata soppiantata dalla sicurezza che offre la tecnica. Ma rimane da dimostrare che i passaggi da una condizione all'altra, da una cultura all'altra non abbiano bisogno di separazioni anch'esse, che non vi sia la necessità di ciò che Freud chiamava l'elaborazione del lutto. La frenesia del nuovo, dell'oggetto che si rinnova, può cancellare del tutto la malinconica separazione da ciò che ci è appartenuto? La risposta è negativa se l'oggetto in questione, la cosa, come sostiene Remo Bodei (2009), possiede una sua intenzionalità e se siamo stati capaci di ancorarci a esso. Se al contrario l'oggetto, la cosa cade nella “banalità e nell'oblio”, se tutto è luminescente per un attimo e caduco nel successivo, allora il mondo si spopola, diventa maceria, come nel film *Wall-E* di Disney, dove l'ultimo robot della terra, ha il compito di spazzare i resti di un mondo inabitabile. Forse che l'uomo è fuoriuscito del tutto dalla natura? Il suo posto in un mondo denaturalizzato può essere l'origine di una robotizzazione, in cui perfino le emozioni possono essere controllate, così come gli affetti e i sentimenti? Nel film appena citato, la salvezza, in un mondo robotizzato, consiste in un'esile pianticella verde che sopravvive in una vecchia scarpa, che i robot cercano di distruggere. Come a dire che il tempo della natura, il tempo ciclico e della ripetizione, non può e non deve sopravvivere nella realtà estrema della tecnologia.

Allora ritornando al malinteso, chiediamoci se esso non possa trovare origine anche nell'assenza di riferimenti certi per i singoli e per le comunità. Se il suo “quasi niente” non sia il prezzo da pagare nell'epoca dell'incertezza e della insicurezza, peraltro sempre indesiderata. E, in particolare, se le persone impegnate nell'attività clinica o anche tutti coloro che vivono nel quotidiano, non debbano scontare una mancanza, una fragilità legata allo sfondo incerto in cui hanno luogo le relazioni. Ci sembra questo un argomento centrale. Ernesto De Martino (1997), in una delle appendici contenuta ne *Il Mondo magico* narra la storia del popolo nomade *Alchipa* che nelle sue peregrinazioni alla ricerca di sostentamento aveva l'abitudine di piantare un palo, *kauwa-auwa*, in ogni luogo in cui si fermava. Il palo, che riassumeva e conteneva, mediante iscrizioni e incisioni, la storia del popolo, aveva la funzione di indicare la direzione che il gruppo avrebbe ripreso il giorno successivo per continuare il viaggio e la ricerca della vita. L'inclinazione che avrebbe assunto durante la notte, avrebbe indicato il percorso da seguire il giorno successivo. Accadde però che il capo della comunità un giorno, nel tentativo di sradicarlo dal terreno, inavvedutamente, lo spezzò. Né seguì un'angoscia che, a poco a poco, li condusse a lasciarsi morire. Il loro centro di riferimento storico non poteva più essere ripristinato, la loro storia era andata distrutta. Come conclude De Martino “la comitiva Alchipa entrò in una crisi decisiva: essa avrebbe ora dovuto peregrinare senza centro” (p. 233). Ciò che sembra essenziale per ogni comunità e per i singoli individui che ne fanno parte, è avere un centro cui riferirsi o anche da cui ricominciare, è possedere un quadro di riferimento stabile e riconosciuto.

Nel quadro incerto, sostiene lo psicoanalista argentino José Bleger (2004), emergono le parti psicotiche della personalità. Il quadro<sup>3</sup> è considerato come “non processo” ossia come elemento fisso e stabile, implicito, grazie al quale è possibile vedere, studiare e analizzare, il processo che si svolge al suo interno. In altri termini risulta chiaro, cosa è in movimento e cosa, al contrario, sta fermo. Il problema consiste nel mantenere quanto più stabile possibile, il quadro, perché il processo possa dispiegarsi senza interferenze. Ma ciò che è importante, è che il quadro all'interno del quale si svolgono relazioni, nel corso degli anni, diventa un'istituzione. Così si esprime, infatti, Bleger:

Une relation humaine qui dure des années, au sein de laquelle se maintient un ensemble de normes et d'attitudes n'est rien moins qu'une véritable définition de l'institution. Le cadre est donc une institution à l'intérieur des limites de laquelle se produisent certains phénomènes auxquels nous donnons le nom de comportement. (p. 255 )

Il considerare il dispositivo clinico come un'istituzione, ci consente di ricongiungere teoricamente, ma anche nella pratica quotidiana, la dimensione individuale, la psiche individuale, con la dimensione istituzionale e comunitaria, ossia, in termini disciplinari la psicologia con la sociologia.

Funzione importante del quadro è di costituirsi anche come “un mondo fantasma”. Come per la relazione tra madre e bambino, quella tra l'individuo e il quadro o l'istituzione, è carica di desideri e di fantasie che, spesso, sostituiscono la realtà concreta e attuale.

ce qui est toujours là ne se remarque que lorsqu'il vient à faire défaut; il nous semble permis d'appliquer au cadre le néologisme utilisé par Wallon pour ce qu'il appelait les « ultra-chose » (ultra-things), c'est-à-dire tout ce qui, dans l'expérience, apparaît comme étant vague, indéfini, sans conceptualisation ou sans connaissance qui y soit applicable. Ce qui va constituer le Moi ce ne sont pas seulement les relations régulières et stables avec les objets et les institutions, mais les frustrations et les gratifications ultérieures qu'elles apportent. De ce qui est toujours présent, il n'y a pas de perception consciente. La conscience de l'objet qui manque ou qui gratifie vient plus tard; le premier pas est la perception d'une certaine «incomplétude». Ce qui existe dans la perception consciente de l'individu est ce que l'expérience lui a appris pouvoir manquer. D'autre part, les relations

---

<sup>3</sup> Nell'edizione originale il termine usato da Bleger è *encuadre*, la traduzione francese, *cadre*, mentre in italiano è stato tradotto con l'anglismo *setting*. Il termine “dispositivo” ha in questo contesto il significato che la filosofia le ha assegnato, a partire da Foucault che, senza mai darne una definizione precisa, lo utilizza costantemente, da “Sorvegliare e punire” (1975) ai “Dits et écrits” (1994): “ce que j'essaie de repérer sous ce nom, c'est, premièrement, un ensemble résolument hétérogène, comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, bref : du dit, aussi bien que du non-dit, voilà les éléments du dispositif. Le dispositif lui-même, c'est le réseau qu'on peut établir entre ces éléments”. (p. 299)

Per Foucault, il dispositivo è un contenitore, che ha la capacità di generare un contenuto e che risponde alla necessità di creare un ordine razionale. Nel dibattito sul dispositivo s'inseriscono anche Deleuze che sostiene che i dispositivi hanno lo scopo di generare la parola e la visibilità, e Agamben che ritiene che il dispositivo produca soggettivazione e che, in conclusione la cultura è un insieme di dispositivi. Aggiungiamo che il dispositivo psicoanalitico aggiunge, a quanto già detto, un elemento ulteriore, ossia che la cornice del dispositivo ha un'importanza fondamentale, in quanto consente di visualizzare la parte psicotica della personalità, in altri termini, la parte deviante e resistente al trattamento. Vi è certamente una stretta connessione tra il dispositivo e l'istituzione. Anche in linguistica Emile Benveniste nel suo *Vocabolario delle istituzioni indo-europee* (1976) ha evidenziato come il termine istituzione non vada inteso solo in senso restrittivo, ossia le istituzioni del diritto, del governo o quelle religiose, ma anche in senso più allargato ad esempio quelle meno “appariscenti che s'intravedono nelle tecniche, nei modi di vita nei rapporti sociali, nei processi di parola e di pensiero” (p. ); tutte le situazioni in cui vi è una regola, lì vi è una istituzione. Ogni istituzione inoltre, anche la meno appariscente, si collega con la società della quale è emanazione.

stables ou immuables (les non-absences) sont celles qui organisent et préservent le non-Moi et servent de base pour la construction du Moi selon les expériences frustrantes et gratifiantes. Le fait que le non-Moi ne soit pas perçu ne signifie pas qu'il n'existe pas psychologiquement pour l'organisation de la personnalité. La connaissance d'une chose n'apparaît que dans l'absence de cette chose, jusqu'à ce qu'elle se soit introjectée comme objet interne. Mais ce dont nous ne nous apercevons pas n'en est pas moins présent. Et 'C'est précisément pour cette raison que le «monde fantôme» est également présent dans le cadre, même lorsque celui-ci n'a pas été rompu. (p. 256 )

Questa lunga citazione del testo di Bleger, consente riflessioni non secondarie rispetto al malinteso. Possiamo pensare che la richiesta, più o meno consapevole che ognuno, non solo il bambino, fa al quadro, è quella di replicare sempre le stesse emozioni, richiediamo cioè che le cose ci si presentino sempre allo stesso modo, rassicurandoci della stabilità del quadro, della scena o dell'istituzione che ci contiene. In fondo, per ciascuno di noi "la mamma è sempre la mamma", pretendiamo che sia sempre presente e ci guidi sicura, e restiamo sbigottiti, frustrati e inquieti, quando scopriamo che è cambiato qualcosa, o che lei non è più la stessa. Allo stesso modo, dalle relazioni d'amore ci aspettiamo sempre delle conferme e la difficoltà maggiore è proprio quella d'accettare un'evoluzione che porta a una relazione meno simbiotica e più contrastata e conflittuale. Insomma tutti cerchiamo sempre di avere un quadro certo all'interno del quale muoverci e persino cambiare, ma purchè esso non si modifichi. Tutti ci muoviamo non solo nella realtà ma in un mondo fantasma desiderato come stabile, magari per lamentarci al suo interno. E' la parte simbiotica della personalità che si rivela solo nelle rotture e nelle variazioni del quadro, e che "smentisce la fusione, problematizza l'io".

Le organizzazioni sociali, all'interno delle quali viviamo un'intensa e lunga parte della nostra esistenza, sono però soggette a cambiamenti repentini di struttura, di ruoli, di posizioni, e spesso anche, le finalità non sono chiaramente definite, o nascondono evidenti ambiguità. Il quadro è sempre instabile e chi opera al suo interno, è costretto oltre che a continui e frustranti adattamenti, a non avere alcun criterio di riferimento per muoversi e si è costretti a subire continue rimodulazioni delle prospettive. La parte più stabile dell'io è continuamente sotto pressione, e si vive spesso oltre che un clima affannoso e disordinato, una incertezza che annichilisce. Per Bauman (op. cit.) il mondo globalizzato produce un effetto rivoluzionario: "la svalutazione dell'ordine in quanto tale".

Questo termine "svalutazione" richiama immediatamente Nietzsche e il nichilismo. Ne "la caduta dei valori cosmologici" afferma che "il *nichilismo* come *condizione psicologica* dovrà subentrare in primo luogo se avremo cercato un *senso* che non vi si trova... è diventare consapevoli della lunga dissipazione di forza, il tormento dell'invano, l'incertezza, la mancanza di occasioni per un ristoro qualsiasi, per acquietarsi ancora in qualche luogo – la vergogna di se stessi, come se ci si fosse troppo a lungo ingannati... Quel senso avrebbe potuto essere l'"osservanza" di un canone morale supremo in ogni occasione, l'ordinamento morale del mondo; o l'aumento dell'amore e dell'armonia dei rapporti fra le creature, o l'avvicinarsi a uno stato di felicità universale; o perfino lo scagliarsi verso uno stato di annientamento universale – uno scopo è sempre un senso". (1995, pp.11-12).

Tra le cose che Nietzsche sottolinea vi è "l'armonia dei rapporti tra le creature" ossia la ricerca dell'altro come antidoto all'avvelenamento della solitudine e dell'incomprensione. Sembra che uno dei problemi centrali del nostro tempo sia la perdita proprio del contatto armonico non competitivo con l'altro. Le posizioni, i ruoli, le appartenenze hanno all'origine l'ordine della filiazione. Oggi ciò significa che l'appartenenza istituzionale definisce un modo di essere e di operare maggiormente legato al ruolo e alla posizione e meno al gruppo d'origine. Si perde così facilmente la propria *humanitas* per assumere quella dettata dall'*habitus*.

Non è ancora finita: la cultura europea del nostro tempo sembra stordirci con il tema della svalutazione per riportarci ad un mondo mitizzato, ritratto con la nostalgia che il vecchio riserva alla sua giovinezza.

La crisi del periodo che giunge fino ad oggi, sembra essere riconducibile alla mancanza di verticalità, all'assenza di un ordine superiore che possa costituire un riferimento certo. La letteratura mitteleuropea è stata per lungo tempo colma di nostalgia per la *felix Austria*. Lo ricorda con intensa e rifinita cultura Claudio Magris (1999a; 1999b) "La letteratura difende l'individuale, il particolare, le cose, i colori, i sensi e il sensibile contro il falso universale che irreggimenta e livella gli uomini e contro l'astrazione che li isterilisce" (1999, p. 26 ). Dobbiamo dunque rifarci alla letteratura per comprendere l'uomo, i suoi affanni, le sue false conquiste, il suo male di vivere? Dobbiamo abbandonare le pretese di comprendere l'uomo attraverso le discipline sociali, almeno quelle che ricercano "il falso universale"? Certamente l'alternativa all'alienazione e alla disgregazione dell'oggi, non è connessa al vagheggiamento del tempo che fu. Le lancette dell'orologio non vanno mai in senso antiorario. Oggi viviamo nel mondo della tecnica, della velocità e del mondo interconnesso, con le conseguenze che da esso derivano. Viviamo anche in una realtà che ci pone di fronte costantemente l'alterità e che, di conseguenza ci porta all'interrogazione costante del noi. Il malinteso è il sintomo che va interrogato con caparbia e con costanza. Esso ha una caratteristica peculiare che lo rende sfuggente: appartiene all'ordine dell'istante e del tempo della velocità e dell'urgenza, è difficile coglierne la presenza e si può solamente ritrovarlo nell'a-posteriori, nella memoria e nella narrazione. Ma al tempo stesso crea una nuova prospettiva intersoggettiva che costringe ciascuno a ricercare nuove forme di rapporto con l'altro. In questo il malinteso è un agente che crea, potenzialmente, nuove forme di relazione, nuove possibilità d'intendersi. Voglio ancora ricordare la ricerca di M. De Certeau (1990) che in *L'invenzione del quotidiano* così si esprime "Sempre più sottomesso e sempre meno partecipe di questi grandi sistemi, (tecnici) l'individuo se ne distacca senza però poterne uscire, e non gli resta che giocare d'astuzia, escogitarne stratagemmi, scoprire nella megalopoli, elettronica e informatizzata, l'arte dei cacciatori di frodo e dei contadini di un tempo" (p. 21 ). E appena più sotto, "Resta dunque da elaborare una politica di queste astuzie... che deve inoltre interrogarsi su ciò che potrebbe essere oggi la rappresentazione pubblica ("democratica") delle alleanze microscopiche, multiformi e innumerevoli fra manipolazione e ricerca del potere, realtà sfuggente quanto diffusa di una attività sociale che gioca con l'ordine che la sovrasta". La ricerca sul malinteso culturale rientra proprio nel novero delle astuzie di cui parla De Certeau, un modo che l'individuo, alle prese con la macchina della modernità, ha di opporsi, di resistere, alle circostanze costrittive dell'ordine asfissiante della tecnica. Si tratta della rivendicazione della propria individualità e del mondo culturale di cui ciascuno è portatore. In un certo senso il malinteso deve allora dissimulare la sua presenza, essere scoperti significa non potere resistere all'assimilazione, soprattutto quando la provenienza, l'origine della propria storia sociale è legata al tempo della tradizione e della ciclicità, dell'eterno ritorno e della possibilità del riscatto. Il malinteso interculturale può insegnare, a noi che partecipiamo con le nostre astuzie a esso, che quello che non vediamo, è, tante volte, l'essenziale che ci sfugge, e riportarci ai tratti dell'umano sentire e dell'umano percepire l'altro, come chi ci riscatta dall'alienazione, dall'abitudine del ruolo, dalla noia del consueto. Il malinteso, in altri termini, è la spia che qualcosa non funziona così come invece vorrebbe la nostra pigrizia. E' uno stimolo alla ricerca del senso dell'umano e della partecipazione corale, il possibile riscatto dall'incomprensione e dall'ostinato rimanere nelle proprie preconcepite posizioni.

### *Bibliografia*

Benveniste, E. (1976). *Le Vocabulaire des institutions indo-européennes*. Paris: Minuit. Trad. it. *Il vocabolario delle istituzioni indoeuropee*. Torino: Einaudi,

Bleger, J., (2004) *Psychanalyse du cadre psychanalytique.*, In Kaes, R. (Ed) *Crise, rupture et dépassement*. Paris: Dunod.

Bodei, R. (2009). *La vita delle cose*. Bari: Laterza.

- Bauman, Z. (2002). *The Individualized Society*. Cambridge: Polity Press. Trad. it. *La società individualizzata*. Bologna: Il Mulino
- De Certeau, M. (1990). *L'invention du quotidien. L'Arts de faire*. Parigi: Gallimard.
- De Martino, E. (1977). *La fine del mondo*. Einaudi, Torino
- De Martino, E. (1997). *Il mondo magico*. Torino: Einaudi.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir: Naissance de la prison*. Paris: Gallimard. Trad. it. *Sorvegliare e punire: la nascita della prigione*. Torino: Einaudi.
- Foucault, M. (1994). *Dits et écrits*. Paris: Gallimard.
- Jankélévitch, V. (1980). *Le Je-ne-sais-quoi et le Presque-rien*. Paris: Edition du Seuil.
- Magris, C. (1999a). *Il mito asburgico*. Torino: Einaudi.
- Magris, C. (1999b). *Utopia e disincanto*. Milano: Garzanti.
- Nietzsche, F. (1968/1984). *Zur Genealogie der Moral. Eine Streitschrift*. Trad. it. *Genealogia della morale. Uno scritto polemico*. Milano: Adelphi.
- Nietzsche, F. (1995). *Der Wille zur Macht.* Trad. it. *La volontà di potenza*. Milano: Bompiani.
- Scheler, M. (1912). *Das Ressentiment im Aufbau der Moralen*. Trad. it. *Il Risentimento nell'edificazione delle morali*. Milano: Vita e Pensiero, 1975
- Van Gennep, A. (1909). *Les rites de passage*. Paris: Nourry. Trad. it. Torino: Boringhieri, 1981

## **Psicologia clinica e Autorità Giudiziarie: natura e limiti dell'intervento degli psicologi che lavorano con i Tribunali per i Minorenni (riflessioni per la ridefinizione del mandato sociale)**

**di Giuseppe Fucilli\*, Emanuela Soleti\*\***

### *Abstract*

Questo contributo propone anzitutto alcune considerazioni di carattere generale sul rapporto tra psicologia e contesto giuridico per poi analizzare più da vicino alcuni nodi critici della prassi clinica degli psicologi che lavorano interagendo con le Autorità Giudiziarie (AA.GG.) al fine di comprenderne affinità e possibili sinergie. Si propone quindi una riflessione sul setting e sul ruolo professionale degli psicologi, ipotizzando di ridefinirne la funzione come consulenza ai diversi soggetti coinvolti nel processo di tutela del minore, esplorandone potenzialità e limiti.

*Parole chiave:* Analisi della domanda, contesto giuridico, gestione del conflitto, valutazione delle capacità genitoriali, psicologia giuridica e minori.

### *Introduzione*

La collaborazione con le AA.GG. in varie forme e ruoli (CTU, Giudici Onorari, psicologi dei Servizi Sanitari e Sociali, consulenti di parte, ecc.) costituisce per i professionisti psicologi una delle interazioni professionali più interessanti e stimolanti degli ultimi anni, essa permette una integrazione delle competenze, una proficua "contaminazione dei saperi" fondata sul tentativo di rispondere a problemi, centrata sulla prassi operativa, e si sviluppa in un contesto sociale molto sensibile alle problematiche su cui lavora (pensiamo all'abuso e maltrattamento su minori, alle conseguenze sui figli delle separazioni conflittuali, al bullismo, solo per citarne alcuni).

Questo ambito operativo si è sviluppato mentre per la psicologia clinica è in atto (ormai da anni) un tentativo di ricostruire sia il proprio mandato sociale (a quali problemi socialmente rilevanti è chiamata a rispondere) che la cornice teorica e metodologica entro la quale operare, con una riflessione sulla natura dei propri obiettivi e del loro ancoraggio scientifico (Circolo del Cedro, 1997).

La cornice teorica cui ci riferiremo prevalentemente è quella della teoria della tecnica in psicologia clinica come sviluppata da Carli e dal suo gruppo di ricerca. In quel modello l'analisi delle relazioni e dell'emozionalità ad esse sottesa, il ruolo del contesto e la sua influenza sulle relazioni tra gli individui che vi prendono parte, sono l'oggetto dell'intervento psicologico-clinico. Questo si declina necessariamente entro specifiche organizzazioni caratterizzate da "culture locali" e "repertori culturali" (Carli & Panizza, 2002) la cui analisi diventa necessaria per l'individuazione degli obiettivi specifici di ogni intervento.

Queste riflessioni possono essere intese anche quale frutto della ricerca psicologica applicata alla rielaborazione del lavoro consultoriale, che vede quotidianamente incontrarsi due modelli, due organizzazioni (meglio dire due Istituzioni), con due linguaggi e "culture", quella psicologico clinica inserita nel contesto sanitario e quella giuridico forense, che si integrano con fatica e difficoltà.

Ci pare necessario riflettere sui quadri di riferimento scientifici di tale prassi che, operando con risorse limitate, in risposta a problemi rilevanti ed in tempi stretti, ha sempre bisogno di ulteriori spazi di riflessione perchè l'esperienza produca apprendimento.

Ci spinge a proporre questo contributo il rilievo dei nodi critici, delle difficoltà, a volte dei fallimenti che costellano il nostro lavoro di psicologi con le AA.GG., forse il bisogno e la speranza che riflettere, elaborare ipotesi, farle interagire con altri professionisti stimoli il confronto sul modo di concepire l'interazione professionale e ci aiuti nella costruzione di quadri di riferimento condivisi.

---

\* Dirigente psicologo psicoterapeuta, Consultorio Familiare di Capurso DSS N°10 ASL di BARI

\*\* Psicologa psicoterapeuta, Ph.D, assegnista di ricerca, Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia, Comunicazione, Università degli Studi "Aldo Moro" di Bari

Partiremo analizzando per linee generali la domanda delle AA.GG allo psicologo e come egli può trattarla professionalmente.

### *La domanda di intervento psicologico*

Ipotizziamo con Carli (Carli, 1993) che ogni relazione umana, e quindi anche ogni azione produttiva organizzata - nel nostro caso la gestione del conflitto entro l'organizzazione giudiziaria - avvenga entro una rappresentazione condivisa del contesto in cui la stessa si svolge, che questa rappresentazione sia "emozionata", ovvero comporti una lettura del significato affettivo attribuito agli individui, alle loro relazioni, all'azione ed a ogni elemento del contesto stesso.

Questa rappresentazione emozionata condivisa è la collusione, essa permette ai vari individui di avere una definizione più stabile e prevedibile dei loro ruoli e rapporti nel contesto.

L'autore sostiene che la domanda di intervento psicologico nasca dal "fallimento della collusione" ovvero dell'azione conforme ai significati (anche inconsciamente, emozionalmente rilevanti) collusivamente attribuiti alle relazioni nel contesto, i quali orientano i comportamenti delle persone che a diverso titolo ad esso prendono parte.

Nel caso del contesto giudiziario ci riferiamo a giudici, minori, genitori, psicologi, ass. sociali, ecc.

La domanda tende al ripristino entro la relazione con lo psicologo dell'equilibrio collusivo "fallito".

Ci chiediamo ora: perché e a quali condizioni un sistema organizzativo ed operativo che non tratta con una riflessione la dimensione emozionale, piuttosto la "agisce", fa riferimento alla competenza psicologica? In altre parole, quando "il sistema giuridico" percepisce un fallimento, dei problemi nel proprio lavoro, che mettono in crisi i rapporti e le rappresentazioni al suo interno, e pensa di rivolgersi ad uno psicologo?

Il contributo dello psicologo si iscrive entro il procedimento formale dell'Autorità Giudiziaria, ad es. un decreto del Tribunale per i Minorenni (T.M.), il quale per legge provvede alla tutela del minore in stato di pregiudizio o imputato di reati.

La stessa domanda di intervento allo psicologo è parte della procedura ed espressa dal giudice attraverso un atto giudiziario, che ha forme e tempi propri della giustizia, non sempre consoni all'azione professionale sociosanitaria. Pensiamo al contatto interpersonale, al bisogno di comunicare/accedere all'emozionalità, all'interiorità, con la dovuta delicatezza e al senso che può avere per gli operatori e per gli utenti avere una prima conoscenza dell'altro attraverso un atto formale, notificato da un ufficiale giudiziario.

Il T.M. (il Giudice Minorile) per fare quanto di sua competenza tratta dati in una forma compatibile con il sistema legale ed ha quindi estrema difficoltà a trattare "direttamente" le emozioni, le motivazioni e la realtà psichica in generale, realtà che però risulta di primaria importanza per la tutela dei minori.

Ad esempio un giudice, nell'applicare la legge, non può considerare l'odio o l'amore (per es. di un genitore verso suo figlio), ma deve e può considerare, secondo le procedure previste dal codice, solo i comportamenti osservabili e provabili in cui si traducono questo odio o questo amore.

La prima ipotesi che proporremo è che la domanda del T.M. potrebbe essere intesa quale richiesta di rendere trattabile (attraverso una sorta di "obiettivizzazione" e/o formalizzazione) dal sistema giuridico una realtà altrimenti ad esso inattuabile, ciò rientra nella prassi, nella cultura giuridica che orienta qualsiasi richiesta ai consulenti o agli operatori dei servizi.

In sintesi l'AG tratterebbe la realtà psichica come qualsiasi altro fatto concreto, la assume ove correttamente formalizzata, a questa prassi conforma la domanda di intervento psicologico.

La domanda tende così a riprodurre nel rapporto con lo psicologo la negazione, la difficoltà a riconoscere e trattare gli aspetti soggettivi ed emozionali, chiedendo che il professionista li riduca ad oggettività, "eliminando" l'imbarazzo e la confusione che quegli aspetti ingenerano.

Un altro aspetto della domanda concerne in qualche modo un intervento psicologico clinico presso l'utenza, intervento riconducibile spesso ad una logica "ortopedica", di riconduzione alla norma, per ripristinare o favorire il raggiungimento di una realtà affettiva e relazionale sufficientemente adeguata allo sviluppo del minore. Gli psicologi sarebbero in questo caso l'interfaccia sia percettivo che espressivo/operativo della legge verso la realtà, è chiesto loro di colmare lo iato esistente tra realtà legale e sostanziale, a volte anche quello tra fantasia di controllo onnipotente e le limitate capacità umane, e della legge stessa, di modificare la realtà.



Per approfondire l'ipotesi su esposta è utile un confronto più ampio tra le culture ed i linguaggi di psicologi e giuristi, un'esplorazione della "fase istituyente", come nascono e su cosa fondano il loro intervento. L'organizzazione giuridica è volta fundamentalmente alla gestione e regolazione del conflitto nei contesti di convivenza, pertanto esploreremo similitudini e differenze nel modo di rispondere a questa domanda sociale.

Ci serviremo per farlo dell'analisi di un esempio di ricorso all'intervento delle AA.GG., esempio che apparirà una semplificazione eccessiva per gli esperti "addetti ai lavori", ma nondimeno utile per stimolare una riflessione.

Supponiamo che un giudice debba operare per una vertenza tra due privati relativa alla richiesta di ricostruzione di un muro danneggiato per infiltrazione di umidità. Il giudice si servirà verosimilmente di un tecnico (per es. un ingegnere) per determinare la realtà fisica dell'infiltrazione e valutare gli eventuali danni; ciò sia per motivi "logistici" di spazio e tempo (non può recarvisi di persona) che per sua "incompetenza tecnica", infine egli stabilirà se, e a spese di chi, si dovrà riparare il muro (con l'intervento di un altro "tecnico" evidentemente). I tecnici sarebbero utilizzati in questo caso come "organo di senso" del giudice perché egli possa assumere e comprendere la realtà in questione e come "mano" del medesimo per riequilibrare e riparare al danno "facendo giustizia", con la "restitutio ad integrum".

Ciò vale anche per quanto viene chiesto dalle AA.GG. allo psicologo? Notiamo anzitutto che lo psicologo collabora con le AA.GG. condividendo lo stesso obiettivo finale, il benessere del minore, ma assumendo diversi possibili ruoli, di valutazione in risposta a quesiti posti dal giudice (CTU, CTP), psicoterapeutico, di supporto all'ascolto, di gestione di incontri protetti, per citarne alcuni.

La valutazione psicologico clinica richiede l'analisi del senso, delle premesse simboliche di quanto vissuto e che ha portato ad una domanda di intervento. Se utilizzassimo tale criterio psicologico piuttosto che giuridico, cioè non agissimo secondo procedure prescritte, ci potremmo chiedere: era proprio necessario arrivare davanti al giudice per una simile situazione? Perché i due contendenti non si sono rivolti autonomamente ad un tecnico di fiducia per valutare se c'era un danno e come avrebbe potuto essere "giustamente" riparato?

In altri termini il giudice trascura proprio l'aspetto psicologicamente più rilevante, non si chiede "come mai queste persone sono giunte sin qui?". Perché - fallito il tentativo di autoregolarsi - hanno smesso di cercare un accordo e si rivolgono al giudice, chiedendogli non tanto di tornare ad essere in grado di autoregolarsi, quanto di dirimere o "consumare" il conflitto (ma di fatto proseguendo con altri mezzi la lite) con la definizione di chi vince e chi perde?

Ci chiediamo inoltre: è così certo che il procedimento legale rappresenti sempre la modalità di gestione del conflitto meno pericolosa o dannosa rispetto alla "spontanea gestione delle parti", in particolare in materia di relazioni affettive? Adire a vie legali doma o eccita l'escalation simmetrica? Vincere, e quindi far soccombere l'altro, ha un valore nelle dinamiche familiari?

Il giudice trascura di "trattare con una riflessione" la conflittualità che, sola, motiva il ricorso ad un tribunale, piuttosto la assume come una premessa scontata e (re)agisce con l'autorità per legge conferitagli sino al definirne vincitore e soccombente (quando ciò è possibile).

Il giudice, nell'interpretare correttamente la sua funzione, non tratta (in termini di riflessione su) l'emozione, la dà per scontata, anzi, risponde assumendola (facendola propria) e reagendo con un'altra "azione emozionata" (l'autorità, il giudizio diventano classi emozionali) ed accetta di dirimere il conflitto sostituendosi alle spontanee competenze autoregolative dei sistemi naturali di convivenza. Il giudice deve, non può che fare proprio così, è la sua funzione, il suo lavoro, rientra nelle sue competenze.

Lo psicologo clinico, invece, agisce proprio per la ricostruzione delle competenze autoregolative, per farlo si occupa e tratta prevalentemente di emozione, relazionalità, e quindi per definizione non può trascurare la connotazione affettiva dei dati di realtà e come questa orienta, istituisce la dinamica della richiesta di intervento (molto interessanti le riflessioni in merito di Salluzzo, 2008).

A tal fine applica l'analisi delle relazioni, partendo dalla domanda, ovvero dal rapporto che intercorre tra lui e chi a lui si rivolge chiedendo un intervento. Egli analizza cosa fa la gente quando si rivolge a lui e come cerca di utilizzarlo. Nella domanda di intervento, infatti, sono riprodotte le

categorie, le fantasie, i significati che connotano il sistema che ha generato la situazione problematica. In questo modo lo psicologo analizza la collusione: le emozioni evocate dal contesto - nel nostro caso il contesto familiare, giudiziario e dei servizi sociosanitari - negli individui che ne fanno parte.

### *Il giudice e le sue emozioni*

L'esistenza di dimensioni emozionali e relazionali inerenti il procedimento giuridico familiare e minorile è evidentemente colta dai giuristi con i loro modelli spontanei di lettura: a nessuno sfuggirebbe il valore affettivo che hanno le dinamiche familiari, come queste com-muovano i diversi soggetti che prendono parte al procedimento.

Gli stessi giudici sono partecipi emotivamente alle dinamiche relazionali su cui quotidianamente sono chiamati ad intervenire, il punto dirimente è come i giudici possono considerare e gestire la propria reazione emotiva ai delicati fatti in questione: come un'inammissibile interferenza che pregiudicherebbe la neutralità, la terzietà del giudice o come una potenziale risorsa? A volte la stessa strategia difensiva delle parti pare proprio fondata non tanto sull'addurre e dimostrare dei fatti (che peraltro sono "fatti emozionali"), quanto sul far provare emozioni al giudice, "commuoverlo" alla propria visione dei rapporti familiari, rispondente agli interessi del cliente, portarlo a valorizzare e assecondare la propria posizione emotiva. D'altra parte comunicare e far comprendere fatti/stati emozionali, in ogni relazione umana, comporta anche il farli provare, il "metterli dentro" l'altro per muoverlo a soddisfare i propri bisogni. La strategia dei legali è comprensibile, emozionare per condurre alle proprie ragioni.

E come reagiscono quindi i giudici al tentativo delle parti di portarli sulla propria posizione emotiva? Sembra non si possano permettere di chiedere agli psicologi aiuto professionale per gestire il proprio coinvolgimento emotivo (l'equivalente di quello che gli psicoterapeuti chiamerebbero controtransfert) e farne una risorsa. D'altra parte, se una emozionalità è da loro presa in considerazione, è "collocata fuori da sé", nel sistema familiare (escludendo il sistema giuridico ed i giudici stessi, quindi i rapporti tra Servizi, utenti, avvocati, AA.GG. stesse ecc.).

Ne consegue che l'intervento psicologico volto ad analizzare e/o trattare l'emozionalità prescritto dalle AA.GG. minorili può riguardare solo la famiglia.

Non consideriamo questa scelta delle AA.GG. l'esito di un processo di difesa emotiva, quanto piuttosto una corretta interpretazione del loro ruolo nell'attuale ordinamento giuridico.

Un giudice ad esempio non può trattare direttamente il ricatto di un partner verso l'altro espresso attraverso il controllo sui figli, né la rabbia dei genitori esasperati dalle difficoltà che hanno nel prendersi cura del figlio, benchè queste dinamiche emotive interagiscano con - e/o si sostanzino attraverso - azioni giuridiche. Un giudice può trattare solo di dati concretamente rilevabili (per es. dei maltrattamenti rilevabili da un medico) ed ha bisogno di rendere "obiettivata" anche la realtà relazionale, nonché rendere le dinamiche familiari più comprensibili nei fini e nei significati attraverso una loro lettura psicologica. Il giudice non tratta direttamente emozioni, si serve di un tecnico che le rilevi e le trasformi rendendole .....una relazione scritta e firmata.

### *Sul linguaggio (il fallimento dell'obiettività)*

L'aspetto a nostro avviso problematico è che gli psicologi traducono la complessità affettiva e relazionale in concetti la cui validità attiene ad un ancoraggio teorico peculiare, non condivisibile facilmente da tutta la comunità scientifica o dal senso comune della gente, tra cui gli stessi utenti.

Quando noi utilizziamo in una relazione indirizzata ad una A.G. costrutti psicologici quali "introietto genitoriale", "inconscio", "proiezione" o "contenimento affettivo" noi scriviamo di cose che "non esistono" nella realtà esterna, essendo rappresentazioni costruite dalla nostra mente, con cui traduciamo una fenomenologia complessa e privata in un linguaggio, meno privato, forse, ma pur sempre e solo un linguaggio; non scriviamo di un dato immutabile e scontatamente sempre reale, come potrebbe essere un fatto concreto quale un abbandono, una ferita o una richiesta di adozione (assimilabili quindi alla infiltrazione di umidità di cui all'esempio).

Come direbbe Bateson (1976) "la mappa non è il territorio", il contesto relazionale e sociale muta costantemente trasformando il significato degli eventi che in esso accadono, il contesto non ha

confini chiari e costanti, potendo anzi questi "ampliarsi/divenire più complessi" all'infinito. Tentare di rendere obiettiva, in formato legale, la complessità emotivo-relazionale, si rivela illusorio quanto poco obiettivanti sono i nostri linguaggi e modelli teorici e i nostri strumenti tecnici.

Notiamo che questo non attiene ad un caso o, peggio, ad una difficoltà tecnica degli psicologi, quanto alla natura stessa dei fenomeni di cui trattiamo. Se di un fatto concreto possiamo, con tecniche sempre più sofisticate, riconoscere gli elementi di causa effetto, spiegare in questi termini e di conseguenza attribuire anche responsabilità e delineare "iter ricostruttivi o riparatori", tutt'altra cosa accade per la vita affettiva e relazionale.

I modelli psicodinamici e sistemici di lettura/analisi/ descrizione dei fenomeni relazionali si rifanno ad una logica circolare, della reciprocità collusiva, in cui la simbolizzazione segue le leggi di funzionamento del sistema inconscio (Matte Blanco, 1975).

I sistemi relazionali seguono principi logici non lineari: ricordiamo quando da bambini si litigava e poi si "cercava giustizia" pretendendo che un adulto riconoscesse chi avesse "iniziato per primo ad offendere"? Ecco, delle dinamiche affettive è impossibile definire univocamente chi causa cosa.

Non possiamo definire confini certi dell'attività psichica, pensiamo al modello psicodinamico della identificazione proiettiva, che descrive come parti del sé vengono "spostate" nell'altro, da questi "fatte agire", lì mantenute e controllate (per un esempio di funzionamento della identificazione proiettiva nella coppia: Dicks, 1967 e Zavattini & Norsa, 1997).

Alla complessità dell'oggetto si aggiunge un altro elemento di criticità legato all'indagine.

Lo psicologo nell'entrare in contatto, stimolare l'espressione e conoscere i fatti emozionalmente rilevanti, istituisce una relazione significativa con i suoi interlocutori, che comporta una riflessione ed una rilettura di quanto vissuto e promuove un cambiamento della realtà che l'A.G. committente avrebbe voluto fargli "fotografare".

Ciò perchè la partecipazione attiva dei vari individui sottoposti alla fase di valutazione e riconoscimento dei problemi è imprescindibile e pertanto va costruita "incontrando" le motivazioni ed interessi di tutti gli attori coinvolti. Appare dunque difficile scindere la fase di diagnosi da quella dell'intervento.

La prassi giudiziaria, invece, assimila la gestione delle dinamiche familiari a quella delle scienze esatte, scindendo valutazione e intervento. Pensiamo alle misure prescritte in osservanza alle valutazioni dei CTU, la cui gestione e realizzazione è poi affidata ai Servizi sociosanitari; l'intervento segmentato secondo una logica lineare è destinato a fallire perchè impossibilitato a tener conto delle "retroazioni", dei cambiamenti difensivi innestati, divenendo oggetto di facili confusioni e/o manipolazioni. La misura che può apparire opportuna in un certo momento diventa disfunzionale se non segue la costante evoluzione del nucleo familiare.

#### *Ulteriori aspetti della domanda di intervento allo psicologo da parte delle AA.GG.*

I "fatti" che attengono alle dinamiche familiari coinvolgono aspetti della persona, ruoli affettivi caratterizzati "legittimamente" dalla attesa di cure, ovvero che l'altro soddisferà i propri bisogni relazionali relativi ad aspetti/parti regressive dell'io.

Con il partner, con i figli, con i genitori, ci si aspetta l'adozione di un "registro" comportamentale e relazionale in cui è ovvio il prendersi cura, il dipendere, il riemergere di bisogni e atteggiamenti tipici dell'età infantile. Regredire comporta anche il manifestare la propria vulnerabilità nell'attesa che l'altro "non ne approfitti", che una certa categoria di "giudizio adulto", orientato alla reciprocità di diritti e doveri, sia sospeso; d'altra parte è ciò che rende familiare la relazione, non vi sono relazioni familiari senza regressione.

Lo stesso rapporto con lo psicologo elicitava regressione. Un individuo che durante un processo di valutazione è capace di entrare in contatto con i propri bisogni emotivi e con le proprie difficoltà, come può affidarsi ad uno psicologo, assumendo un atteggiamento regressivo che comporta una certa vulnerabilità, se poi quello psicologo "relaziona al giudice"? Se quel professionista è poi tenuto a utilizzare quello che è emerso nella relazione in un sistema non orientato alla regressione familistica dei rapporti, ma alla "dura lex sed lex"?

Questo conflitto nel setting psicologico rimanda a nostro avviso (ne è traslazione nella domanda di cura) al conflitto-problema vissuto dai pazienti con i loro familiari-controparte. Come è possibile essere in un registro di funzionamento regressivo ed al contempo formale-adulto? Il partner con cui un individuo deve condividere le scelte educative e la genitorialità è poi lo stesso che lo porta in

giudizio, casomai per questioni patrimoniali? Il bambino che si è teneramente accudito è poi lo stesso che può testimoniare, anche solo con il suo comportamento sintomatico, contro di sé, contro la propria capacità genitoriale? Può, chi per definizione ha condiviso la regressione, essere controparte in giudizio? Diremo che per legge ovviamente sì. Ma a che costo emotivo? Come attenuare il conflitto tra queste istanze vissute come inconciliabili? L'utilizzo entro il procedimento giuridico di elementi accessibili solo entro il patto collusivo e regressivo della relazione di coppia appare al partner inaccettabile (come una sorta di "vizio di forma" che renderebbe inammissibile una prova) e elicitava un ostinato rifiuto della sentenza che li tratta come meri dati "di realtà". Notiamo che se normalmente una sentenza è eseguita anche se non condivisa e compresa nel suo significato profondo tutt'altro avviene quando si interviene sulle relazioni familiari, in cui "esecutori" e destinatari, utenti del provvedimento coincidono.

Come può coesistere un sistema relazionale fondato su questo "registro" familistico con il sistema delle responsabilità formali e dei fatti, delle regole giuridiche, che poi la legge pone di fronte ai genitori o ai partners?

Potremmo ipotizzare che la domanda di intervento psicologico nasca da questo "campo semantico", dal fallimento del sistema simbolico che caratterizza la "cultura" delle famiglie quando deve interfacciarsi con il sistema giuridico e la sua "cultura", dall'interazione di due sistemi nella loro costante evoluzione.

#### *La dinamica organizzativa, gestire l'incontro tra due linguaggi*

Se dal punto di vista legale "la forma è la sostanza" perché è di quel formato che può trattare la legge, incontriamo un duplice problema:

- come mettere in forma legale una sostanza così complessa quale la realtà psichica;
- come rendere sostanzialmente più efficaci e traducibili in interventi concreti i provvedimenti adottati dal Giudice, utilizzando una lettura dei fatti psichici che restituisca loro senso.

La competenza del Giudice e del T.M. in generale, la giurisprudenza, rappresenta una tecnica forte (applicata indipendentemente dalla soddisfazione/relazione con il "cliente") che fonda su un sistema articolato e complesso di costrutti la cui validità è legata tra l'altro ad un corpus disciplinare dalle tradizioni antichissime.

Obiettivo del lavoro psicologico clinico è quello di aiutare le AA.GG. a leggere il contesto in cui operano e a cui sono rivolti i loro provvedimenti (nello specifico la dinamica sociale e familiare in cui vivono i minori) così migliorando la capacità di perseguire le proprie finalità (tutelare lo sviluppo corretto del minore).

Lo psicologo si propone di raggiungere questo obiettivo attraverso l'analisi delle dimensioni emozionali riproposte nel rapporto tra professionista e cliente.

La delega ad un tecnico-psicologo di trattare le dimensioni affettive considerate come "interferenze" (Grasso & Salvatore, 1997) ci impone però un'analisi di questa committenza per comprendere la reale efficacia degli interventi che la competenza psicologica può offrire.

Riteniamo inoltre che la competenza psicologica per essere utile allo stesso giudice debba anch'essa essere adeguata e conoscere l'ambito giuridico, altrimenti corriamo il rischio di un rapporto tra due tecniche forti improntato all'autoreferenza o alla collusione piena.

Fondato è il timore che sin'ora la psicologia si sia proposta come scienza della diagnosi e cura nella sua "veste" mutuata dal modello medico, o delle scienze esatte, o addirittura appropriandosi del linguaggio e della logica giuridica, passando dalla categorizzazione - già problematica - sano/malato a quella giusto/ingiusto, applicandola alle relazioni.

Cercando di porsi quali tecnici della psiche, accreditandosi un ruolo che comporta la capacità di valutare e intervenire su dati considerati certi, "veri" indipendentemente dal contesto, gli psicologi otterrebbero e darebbero reciprocamente certezze, riconoscimenti alle/dalle AA.GG., collusivamente evitando di constatare i limiti e l'impotenza, nel disegno di controllo della realtà psichica in cui l'azione delle stesse autorità sembra tradursi (Carli, 2010).

Come si organizza, quale posizione può quindi assumere lo psicologo quando risponde alle richieste delle AA.GG.?

Si lavora nella consapevolezza che non v'è rispondenza perfetta tra le competenze della psicologia e le richieste delle AA.GG., cercando di costruire una relazione di reciproca fiducia che renda possibile una sintonizzazione dei bisogni e dei modelli di intervento di ciascuno.

Per migliorare la collaborazione con le AA.GG. gli psicologi devono far evolvere l'attuale equilibrio collusivo e tollerare di lavorare nella consapevolezza dei limiti, dei conflitti, dei problemi, assumendo un onesto atteggiamento dialettico che costantemente permetta di interrogarsi su quanto si fa, ascoltando il linguaggio ed i saperi dell'altro, rinunciando ad ogni compiacenza ed ambizione, professando con coraggio e rispetto la propria competenza, tollerando il dubbio che produce pensieri e soluzioni nuove. Come contenere la frustrazione che questo atteggiamento comporta?

L'osservazione e l'intervento psicologico non può prescindere, ad esempio, dal considerare perché è stato richiesto, da chi e con quali obiettivi, e da come può essere utilizzato dal sistema giuridico e, non da ultimo, dalle parti private in contraddittorio. La richiesta di intervento psicologico e/o giuridico da parte di un genitore può rispondere ad un bisogno, ad un disagio reale del figlio (ad es. trascurato) ma essere formulata in modo da significare/comportare al contempo un attacco all'altro genitore che avrebbe conseguenze più gravi della stessa omissione di cure segnalata.

Inoltre il giudice non tratta la relazionalità nei procedimenti giudiziari, non gli interessa perché, come e da chi è stata promossa un'istanza, vi deve comunque dar corso indipendentemente dalla dinamica motivazionale delle parti, egli può solo in certi casi chiedere ad altri di rilevarla e trattarla, limitatamente al "sistema utente", ovvero famiglia/minori (ci dirà l'esperto con quali dinamiche relazionali siamo in contatto).

Il procedimento giudiziario a sua volta comporta nuove relazioni (tra cliente e avvocato, tra operatore e Giudice, tra psicologo, utente e Tribunale, etc..) con i relativi repertori collusivi (i giochi di alleanze, seduzioni, conflitti, controllo ecc.).

Di queste relazioni è importante tener conto. Lo psicologo può trovarsi ad analizzare ciascuna di esse (tra avvocato e cliente, tra giudice e le parti, ecc.) divenendo queste "parti" nuovi potenziali clienti interessati a comprendere come trattare la dinamica emotiva in cui sono coinvolti, per gestire professionalmente o al meglio il rapporto con i propri interlocutori (controparti, legali, clienti dei legali, giudici, altri esperti, ecc.).

La domanda di azzerare o attenuare il "disturbo" che l'emozionalità rappresenterebbe per il corretto svolgimento della procedura giudiziaria va ridefinita proponendo una diversa cornice organizzativa dell'intervento psicologico, tale da considerare e intervenire sull'intero sistema sociale e relazionale e non centrata solo sugli aspetti/parti designate dal giudice (Grasso & Salvatore 1997).

#### *Gli obiettivi dell'intervento*

Se il giudice, anche attraverso valutazioni di professionisti, rileva un contesto ambientale di pregiudizio per il minore fa obbligo agli adulti responsabili dello stesso di provvedere a modificarlo. Prescrive quindi dei comportamenti o un intervento per correggere il contesto in cui vive il minore.

Ovviamente l'ambiente relazionale del minore consiste prevalentemente nella sua famiglia.

I genitori sono, quindi, sia responsabili per il minore e della potestà che su esso esercitano che parte rilevante del contesto in cui lo stesso vive, quel contesto da modificare.

L'AG prescrive un intervento di tipo "manipolativo" teso a controllare sia aspetti dell'ambiente di vita del minore che il suo sviluppo emozionale, il contesto relazionale in cui vive come pure la realtà "interna" del minore. Il "gioco" manipolazione/contromanipolazione diventa così la prosecuzione naturale del conflitto relazionale che le diverse parti agiscono (pensiamo ad esempio a quanto avviene nelle separazioni conflittuali o tra famiglie e Servizi socio sanitari) rivolgendosi alle AG, senza sospensione dell'azione.<sup>1</sup>

Il rischio è di non poter pensare e riconoscere:

- Quali emozioni, quale collusione evoca il contesto giudiziale in tutti coloro che ne prendono parte pur con diversi ruoli e funzioni?

---

<sup>1</sup> Nella prassi attuale il Giudice prescrive un intervento con un decreto rivolto sia ai genitori che agli operatori dei servizi sociosanitari. Sarebbe forse utile proporre una procedura alternativa: il Giudice, rilevata una situazione di pregiudizio per un minore, prescrive ai genitori di modificarla, anche utilizzando un intervento psicosociale (che sta a loro promuoverlo!) e ne controlla l'evoluzione dopo alcuni mesi. Il Giudice così non prescrive direttamente agli operatori di seguire (spesso inseguire) il caso né individua e indica ai genitori l'operatore cui rivolgersi. Chi controlla e chi promuove cambiamenti non può coincidere totalmente.

- Come "agiscono" dette emozioni? Come prefigurano e orientano l'intervento delle AG già a partire dalla promozione dell'azione legale, da come viene impostata l'istanza?

Il TM ha quale sua peculiarità nel contesto del sistema giudiziario quella di perseguire e tutelare lo sviluppo corretto e il benessere del minore piuttosto che di gestire, attenuare, regolare il conflitto sociale nei diversi contesti di convivenza: "fare giustizia" si traduce per il T.M. nella tutela dell'interesse prevalente del minore.

Se in ogni altro contesto giudiziale le dinamiche emozionali influiscono sulla realizzazione dell'obiettivo "confondendo" o ritardandone la corretta realizzazione, nel contesto minorile l'agito collusivo impedisce radicalmente il perseguimento dell'obiettivo: la collusione impedisce lo sviluppo ed il cambiamento del minore e dei suoi caregivers secondo linee evolutive positive.

Un provvedimento collusivo con le dinamiche relazionali delle parti, che ad esempio presuma scontatamente il disinteresse dei genitori per lo sviluppo dei figli, comporta una contraddizione evidente, crea un'impasse, ostacola lo sviluppo che il provvedimento intende promuovere.

Forse proprio questo spiega perché è più intensa la collaborazione tra gli psicologi e quelle AA.GG che si occupano di minori e famiglia

La collusione attiene a dinamiche affettive profonde, non facilmente "osservabili" essendo per definizione "inconsce"! Pertanto si rischia che buona parte della "cultura locale" (Carli & Panizza, 1999) che si sviluppa nel contesto operativo dei diversi T.M istituisca la collusione rendendola ancor più "invisibile" e "potente" (capace di imporsi ai vari individui che vi prendono parte).

Ad esempio chiedere a dei genitori di esercitare il loro ruolo trattandoli come degli infanti da curare o controllare può tradursi in una "pretesa" che confonde i diversi attori (genitori ed operatori dei servizi) coinvolti in implicite richieste contraddittorie.

In quale "posizione emozionale" sono messi i diversi interlocutori del TM? Ad esempio gli operatori dei servizi pubblici sono trattati quali professionisti "terzi" o quali parte integrante e "controllata" dal T.M? E quale la domanda di intervento psicologico dell'utente/paziente?

#### *Verso la costruzione di un'identità*

Come psicologi accingendoci all'intervento, per definire il setting, ci domandiamo "chi mi propongo di diventare per questo cliente per trattare le sue richieste?" Non possiamo permetterci di perdere l'identità colludendo con le richieste esplicite o implicite del sistema che ci interpella. E' un sistema in cui i diversi individui, dai familiari ai professionisti coinvolti, propongono o accolgono istanze dettate da motivazioni o vissuti che, sovente, risultano parziali, non riescono a tenere conto dell'insieme, di parte, nel senso di contrapposto all'altra parte, e "scisse" in quanto espressione solo di una parte dell'io, e propongono conseguentemente alleanze di lavoro fondate sulle medesime scissioni e limitazioni.

Ciò vale anche quando si svolgono ruoli professionali "di parte" o delle funzioni di controllo, quali quelle assunte dai servizi sociosanitari.

E' compito del professionista accompagnare chi si rivolge a lui a comprendere qual è il vantaggio reale, quali le azioni o interventi professionali più adatti per tutelare il benessere dei minori, sia che si tratti dei suoi figli, di ragazzi a lui affidati, che di minori per i quali lavora.

Clinicamente la domanda cruciale è: come interpretare la funzione psicologica integrando, mettendo insieme i diversi "pezzi del sè" degli utenti, la cui frammentazione e contrapposizione ha portato alla situazione problematica ed al ricorso alle AA.GG.? E come farlo essendo (spesso) consulente di una sola delle parti? Come essere al servizio dell'insieme agendo solo attraverso una o alcuna delle parti?

Come mantenere la propria identità professionale, come non identificarla o confonderla quindi con le diverse funzioni descritte nei decreti delle AA.GG e "invocate/attese" dalle parti? Pensiamo ad es. al monitoraggio, alla valutazione, alla mediazione, all'ascolto finalizzato a raccogliere testimonianze, sostenere psicologicamente, relazionare, essere ascoltati in udienza, dare o prescrivere indicazioni comportamentali, ecc.

E' possibile trattare in termini psicologico-clinici tali domande? è possibile trattarle ponendosi obiettivi integrativi delle competenze dell'utente e del committente? E' possibile rispondere in termini non sostitutivi, spesso collusivi? In sostanza, è possibile funzionare quale consulente come in qualsiasi altro ambito di intervento psicologico? L'esperienza suggerisce risposte non scontate.

*Lo psicologo come consulente al processo di tutela del minore: il caso della valutazione delle capacità genitoriali (VCG).*

Lo psicologo clinico quindi non lavora solo per il nucleo familiare. Se agisse quale consulente al processo di tutela del minore -affiancando i diversi professionisti ed enti a ciò preposti, dai servizi sociosanitari alle AA.GG - lo psicologo si porrebbe l'obiettivo di sostenere ciascun cliente a promuovere il benessere del minore. Il lavoro di consulente consiste nell'aiutare i clienti a rappresentarsi i problemi e la loro funzione, collocandoli nel complesso sistema giudiziale e sociale in cui operano, attraverso l'esplorazione dei vissuti emotivi e delle relazioni (Schein, 1992). Lo psicologo porta i "clienti" a riflettere e chiedersi "come sto funzionando per perseguire gli obiettivi di tutela del minore in questo contesto?".

Lo psicologo non avrebbe più una funzione sostitutiva quanto piuttosto di supporto alle competenze ed ai ruoli che ciascuno ha, primo tra tutti le competenze ed il ruolo genitoriale, ma anche quelle dei legali, dei giudici, degli altri operatori sociali, ove divenissero suoi clienti.

Una delle difficoltà maggiori nella promozione del cambiamento attraverso la consulenza psicologica è la necessità di tutelare l'equilibrio narcisistico del cliente, il bisogno di "non perdere la faccia" che ne è il correlato sociale.

Da questo punto di vista agire per conto delle AA.GG o sottoporsi ad intervento su mandato delle AA.GG può costituire un serio ostacolo aggiuntivo. Maggiori resistenze le incontrano le persone con ruoli di autorità, che sentono di dovere a loro volta tutelare l'equilibrio delle organizzazioni, formali o informali, loro affidate: pensiamo ai genitori, ma anche agli operatori o agli stessi giudici.

Proviamo a rileggere in questo senso la funzione di monitoraggio delle condizioni dei minori o di valutazione delle capacità genitoriali, sovente richieste anche agli psicologi dei servizi con provvedimenti del T.M. Indicheremo con il termine valutazione quello che Carli e Paniccia definiscono processo di verifica "In primo luogo sottolineiamo la profonda differenza tra valutazione (giudizio categoriale riferito a una persona o a un'organizzazione: ad esempio le università *virtuose*), e verifica (esplorazione criteriata del raggiungimento di obiettivi prefissati e concordati; quindi dell'evolversi di una relazione e dei suoi prodotti)" (Carli & Paniccia, 2010, p.4).

Il modello che proponiamo ritiene che lo psicologo non dovrebbe agire secondo il ruolo emozionale che la valutazione o il monitoraggio tendono a fargli assumere, così come è atteso collusivamente dalle parti: una sorta di "gioco a guardia e ladri" in cui sta allo psicologo indagare, "andando oltre" lo scontato tentativo del "paziente" di dissimulare capacità e correttezza, ed al giudice di vagliare "con diffidenza" quanto a lui relazionato.

La tecnica dello psicologo, cioè, non si dispiega nella lettura di quanto avviene "entro" il paziente, come se il contesto di monitoraggio o valutazione fossero ininfluenti, e quindi la competenza genitoriale una caratteristica intrinseca ed immutabile delle persone.

Lo psicologo piuttosto sospende la fantasia relazionale proposta, rilegge anzitutto la sua relazione con committenti ed utenti, i ruoli da questi assunti, per capire i problemi in campo.

Se accetta il mandato del giudice di rilevare o intervenire "scientificamente", di oggettivare le dinamiche relazionali, come scrivono Carli e Paniccia (2010, p.3) "Lo psicologo si pone al di fuori della relazione con le persone, con i gruppi, con le organizzazioni con i quali ha a che fare. L'attribuzione (diagnostica) di caratteristiche stabili all'individuo, la capacità di definirlo come appartenente a un gruppo connotato da specifiche invarianze, gli Alessitimici ad esempio, comporta per lo psicologo l'illusione di potersi situare in una posizione che non prevede l'analisi di specifiche dinamiche relazionali con l'oggetto studiato e classificato. Da ciò deriva la certezza di poter fare a meno della relazione, con le sue componenti emozionali; quindi di poter fare a meno dell'affettività, di potersi sottrarre al grande problema della soggettività in psicologia. Ne consegue la pretesa che senza relazione, senza affettività e senza soggettività, la psicologia possa acquisire uno statuto più credibile di "scienza"

Si tratta a nostro avviso invece di accompagnare "le parti", e segnatamente i genitori, ad un percorso di riconoscimento di quanto accaduto nella relazione con i figli o accade nel processo di valutazione, sviluppando nei genitori la capacità di riflessione sul perché si è giunti alla situazione che ha motivato la A.G. a chiedere la valutazione o il monitoraggio.

E' un percorso di riconoscimento graduale dell'esistenza di situazioni di pregiudizio, della loro rilevanza sulla salute dei minori, di quanto essa dipenda da loro comportamenti o omissioni e, eventualmente, anche delle "cause", delle spinte motivazionali e dei modelli relazionali sottostanti,

cosa li ha spinti ad agire così (Cirillo, 2005). Si tratta di promuovere nei genitori un processo di costruzione di "committenza interna" alla valutazione.

Non sono forse i genitori i più interessati, al di là delle capacità genitoriali, al benessere dei figli? Secondo i consulenti di processo "non si ruba mai il problema al cliente", in questo caso "non si rubano i bambini", le cure e l'interesse per i figli (Schein, 1992).

Il "frutto" di una valutazione o monitoraggio così condotto, cioè quanto poi verrà relazionato alle A.G. committenti primarie, è proprio la descrizione del processo di valutazione, la relazione che si è sviluppata tra psicologo e genitori, inclusa la capacità di questi ultimi di comprendere il senso della valutazione, ovvero la tendenza a restare "bloccati" nel ruolo collusivamente prefigurato, vivendo il processo valutativo con insofferenza, diffidenza, vittimismo, seduzione, compiacenza o altre configurazioni relazionali collusive difensive.

Lo psicologo si propone quindi di valutare insieme, meglio, sostenere nei genitori le capacità di autovalutazione dell'efficacia o del fallimento dei loro modelli genitoriali spontanei, degli equilibri collusivi che hanno caratterizzato il loro funzionamento familiare. Tali equilibri collusivi hanno evidentemente comportato dei problemi, un fallimento, come rilevato in qualche modo dalle AA.GG. e la loro comprensione è pertanto fondamentale. Come dirimente è valutare se i genitori sono in grado di riconoscere propri atteggiamenti disfunzionali e cambiare.

E' utile sottolineare che il resoconto non comporta la sostituzione al ruolo del giudice, ma ne supporta le competenze valutative, perché ciò avvenga lo psicologo sta attento a non conformarsi alle aspettative di ruolo delle AA.GG., evita di agire con atteggiamenti "emozionati" improntati alla collusione, né soddisfa bisogni di approvazione, di legittimazione del ruolo professionale, di potere, di compiacenza all'autorità, ecc..

Che relazione col giudice è capace di instaurare lo psicologo quando resoconta? Con quali occhi descrive? Quali parole sceglie? Ecco un interessante oggetto di studio autoriflessivo.

#### *La valutazione delle capacità genitoriali ai fini dell'adozione*

Un caso particolare può essere considerato, in quest'ottica, la valutazione delle capacità genitoriali (VCG) in funzione dell'idoneità all'adozione. Spesso le coppie chiedono agli operatori perché valutare le loro capacità ai fini dell'adozione quando poi per la stragrande maggioranza dei genitori vale il criterio inverso per cui sono idonei a meno che non si dimostri il contrario?

Già, perché valutare le capacità genitoriali di chi ha patologie fisiche, da un varicocele ad una menopausa precoce, in un ambito peraltro così delicatamente connesso all'equilibrio narcisistico, all'autostima? Quale setting valutativo, quale alleanza di lavoro è possibile? Anche qui agire per adempimento formale, quanto elusivo del significato profondo, della richiesta delle AA.GG. porta ad una parata della "funzione scenica dell'io": le coppie mettono in mostra le loro buone capacità, descrivendosi in modo idealizzato oppure compiacente alle attese del valutatore.

Una ipotesi di lavoro è proprio quella di portare la coppia a comprendere e stabilire insieme il senso – gli obiettivi pensati in funzione di problemi - della valutazione, partendo dall'analisi della loro richiesta adottiva, del potenziale fallimento dei loro modelli familiari/genitoriali spontanei, adatti certamente alla esperienza genitoriale naturale, ma non sempre alle peculiari difficoltà del percorso adottivo. Ci si chiederà insieme come riproporre con efficacia i propri "repertori culturali familiari" in una situazione così diversa da quella in cui sono stati acquisiti.

E' necessario accompagnare la coppia a riconoscere i bisogni peculiari del minore adottando nel corso della sua crescita e come loro potenzialmente reagirebbero, quali problemi sono in grado di pre-vedere, quali frustrazioni si aspettano, di quali risorse dispongono, e valutare se è opportuno procedere con l'adozione (interessante in merito leggere Ferri Monaco & Peila Castellani, 1994).

Agire quale consulente al processo valutativo in atto, dividerne gli obiettivi, comporta più facilmente un'alleanza di lavoro che, fondando processi autoriflessivi, costruisce un legame tra la coppia e il servizio che continuerà a seguire e sostenere l'iter adottivo. Questo stile di contatto permette un maggiore "scongelo delle difese" e quindi l'accesso alle dimensioni emotive, alle vulnerabilità ad esse connesse, offrendo una relazione supportiva perché autentica.

*Analizzare la domanda nei contesti giudiziari per fondare un'alleanza di lavoro realistica.*



Noi psicologi non possiamo essere più motivati dei nostri pazienti o imporre loro una motivazione, quanto cercare di incontrare i loro interessi per fondare un'alleanza di lavoro. Non sempre possiamo lavorare pensando a ciò che *si deve* fare, al mandato che l'autorità ci conferisce, piuttosto ci troveremo spesso a cercare di capire cosa *si può* fare, uscendo dall'onnipotenza di cui ci investono a volte i "clienti", le stesse AA.GG., perché i limiti del nostro "dominio" professionale sono strutturanti, per noi e per tutti loro.

Cosa chiedono le AA.GG. agli psicologi rispondendo a ciò che le parti hanno chiesto loro?

Manca anzitutto un'analisi della domanda delle stesse istanze promosse dalle parti alle AA.GG., un'analisi che ne valuti almeno la congruenza con l'interesse del minore. A questo esistono interessanti eccezioni, ad esempio quando viene valutata la ricaduta sul minore dell'istanza - promossa da una parte - di riconoscimento o disconoscimento di un minore, o attribuzione di cognome, o di autorizzazione a contrarre matrimonio anticipato.

Per svolgere una simile funzione lo psicologo dovrebbe affiancare i diversi "attori" che formulano tali istanze o ad esse rispondono. Lo psicologo assumerebbe in questo caso diversi "ruoli" a seconda di chi ne è committente (se chiamato da genitori oppure da avvocati, o dalle AA.GG. o da altri Servizi Sociali, ecc.) pur mantenendo la stessa funzione professionale.

In ogni possibile articolazione del suo ruolo per lo psicologo sussiste il costante "pericolo" di intervenire non riconoscendo la dinamica collusiva in atto e comportarsi realmente come un "operatore sociale giudiziario", un "esecutore di sentenze" un "consigliere o un valutatore di parte". Il rischio è di prendere in considerazione quale "luogo dell'intervento" la realtà problematica rilevata/proposta dalle AA.GG. che, come su detto, può vedere e trattare solo la "realtà oggettiva, esterna", al di là del suo significato "interno" ai soggetti.

Piuttosto che intervenire nella ricostruzione del significato che tale realtà assume per tutti i diversi attori, ovvero sulla realtà "interna" (le motivazioni profonde, i significati che hanno per i diversi soggetti le azioni giudiziali in atto), lo psicologo è schiacciato sulla pretesa oggettivizzazione delle dimensioni emozionali che spesso non facilita l'elaborazione dei conflitti e il superamento della loro negazione. Se una persona non riesce a vedere/accettare alcuni aspetti della sua realtà interna non sarà facile aiutarlo a superare le resistenze utilizzando l'"oggettivo" rilievo del Giudice o dello psicologo perito.

Se già dover essere costretti a chiedere aiuto comporta normalmente una posizione psicologica difficile (Schein,1992) vissuta come inferiore a quella di colui che aiuta, il contesto giudiziale evoca fantasie colpevolizzanti o anche al contrario di trionfo sull'altro che rendono ancor più difficile accettare i propri limiti, riconoscere proprie manchevolezze o errori.

Il trionfo, la vittoria sull'altro, vissuto come controparte, è un ostacolo alla riflessione, alla elaborazione delle dinamiche intrapsichiche pari alla vergogna, al vissuto di perdere la faccia, del "soccumbente" che vede evidenziare e stigmatizzare i propri errori dall'Autorità Giudiziaria di fronte a tutti. Ciò vale per tutti, inclusi gli operatori e i professionisti che a quel contesto prendono parte.

Ancora sull'oggetto dell'intervento: il caso delle separazioni conflittuali

Potremmo metaforicamente descrivere la situazione degli interventi richiesti dalle AA.GG. paragonandola allo spettacolo delle ombre cinesi. E' come cercare di cambiare l'immagine, l'ombra proiettata sullo schermo, intervenendo direttamente sulla stessa piuttosto che sulla scena, posta tra schermo e fonte luminosa, che la "produce".

L' intervento prefigurato dai giudici può tener presente (e cercare di intervenire modificandola) solo la rappresentazione del problema come costruita dalle parti (come acquisita e riportata dal provvedimento dell'A.G.) non il modo stesso di costruirla (cosa porta le parti a rappresentarla così). Così facendo lo psicologo rischia di porsi un oggetto di lavoro illusorio, che persegue obiettivi concepiti entro la cultura giuridica e "ortopedica" (intrecciando tutela dello sviluppo al riconoscimento delle ragioni e dei torti) operando per adempimento ad una prescrizione assimilabile alla esecuzione di qualsiasi sentenza, ad esempio alla riparazione di un danno.

Lo psicologo, accettando di intervenire con questa motivazione, rischia di colludere con la tendenza degli utenti a proiettare le parti del sé, a "passare il tempo" a reagire a quello che gli altri hanno fatto loro, piuttosto che al fine di promuovere un ripensamento su ciò che ciascuno fa a se stesso o di sé, della sua vita, dei suoi figli.

Ricordiamo il caso di un giudice che, attestata la irriducibile conflittualità dei genitori separati,

chiedeva allo psicologo quale fosse la migliore modalità di affidamento dei loro figli; a nostro avviso invertendo l'ordine logico dell'intervento, nessuna collocazione dei figli può domare il conflitto coniugale, su cui si continua a non intervenire, e che i minori continuano a subire.

Lo psicologo non interverrebbe sulle premesse simboliche che portano il cliente da lui, sull'apparato produttore di significati, ma eseguirebbe quanto dal sistema giuridico e dagli utenti già stabilito e "dato per scontato".

Nel caso della tutela dei minori nelle separazioni conflittuali la domanda dei genitori pare essere più che altro mirata a influire sulle decisioni del giudice o a negare ed opporsi a quanto da questi stabilito piuttosto che a riflettere sulla propria capacità genitoriale.

L'attenzione di questi utenti è su "cosa l'altro genitore sta facendo a mio figlio" piuttosto che cercare aiuto per riconoscere, elaborare e trasmettere i propri modelli genitoriali e affettivi. Ciascun partner chiede di trattare "come l'altro ostacola il mio progetto di vita" piuttosto che aiuto per imparare a collaborare o interagire con quanto l'altro sta facendo a lui ed al figlio, con ciò spesso rinnegando la natura stessa sia del legame da cui il minore è nato che della scelta di quel partner. Ad esempio possono esistere valenze compensatorie inconsce nella scelta del partner che poi vengono meno (perdono la loro funzionalità, con la separazione); quindi gli ex partner si accusano proprio di essere portatori di quelle caratteristiche per le quali un tempo si attraevano ed amavano, e cercano paradossalmente di impedire che l'altro genitore le trasmetta alla prole, o che i figli vi si identifichino, investendo di tale mandato i diversi consulenti e le stesse Istituzioni (Servizi Sociosanitari, AA.GG.).

La richiesta allo psicologo è spesso di raggiungere un fine prestabilito nella testa del cliente, il cambiamento di fatti e comportamenti concreti, come l'affidamento dei figli o la riconquista della potestà genitoriale, mentre l'elaborazione e la riflessione sul modo di vedere e dar senso alla propria storia affettiva producono un cambiamento non predeterminabile, che esita in "stati" che spesso non rispondono alle attese iniziali delle famiglie, del giudice o dello stesso psicologo.

### *Conclusioni*

Abbiamo cercato di riflettere sulla prassi professionale degli psicologi che collaborano con le AA.GG. per contribuire a costruire un nuovo mandato sociale, una committenza (nelle diverse e nuove articolazioni possibili) più consapevole dei limiti e delle reali potenzialità/modalità d'uso della psicologia. Un'ipotesi di "bugiardo ad uso di psicologi e giuristi" e di tutti coloro che, spontaneamente, hanno improntato il loro lavoro ad una prassi, pur proficua e rilevante sia per la professione psicologica che per le AA.GG. minorili e non, ma ancorata ad un modello "dell'esperto" che merita una revisione critica in funzione di una più efficace collaborazione.

Non è facile valutare quanto la psicologia clinica, storicamente sviluppatasi mimando la prassi medica, come riflessione sul fallimento della relazionalità collusiva che la caratterizza con alcuni tipi di pazienti, sia riuscita poi ad emanciparsi dall'intervenire stereotipicamente secondo le attese di quel contesto culturale. Se assumendo quindi la categoria "sano/malato" per fondare e legittimare il proprio intervento, per definirne gli obiettivi, lo psicologo ha promosso ma anche limitato la propria prassi, cosa accade se adotta la categorizzazione giusto/ingiusto?

Oggi che dalla "mimesi medica" gli psicologi clinici si stanno allontanando, ampliando il proprio mandato sociale, ci siamo proposti di riflettere sulla collaborazione con le AA.GG., una nuova ed interessante prassi che si poggia su una cultura del cliente orientata dalla giurisprudenza (e non più quindi dalla medicina). Come possono gli psicologi costruire un modello di intervento capace di differenziarsi gradualmente dalle attese collusive della cultura giuridica in appoggio alla quale questa volta si interviene?

Obiettivo di questo lavoro è quello di stimolare una riflessione, dei pensieri che vadano a interagire con l'esperienza professionale quotidiana del lettore per contribuire a rispondere a queste domande.

### *Bibliografia:*

Bateson, G. (1976). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi Edizioni.

Carli, R. (1993). *L'analisi della domanda collusiva*. in R.Carli (Ed), *L'analisi della domanda in psicologia*

*clinica* (pp 5-39). Milano: Giuffrè Editore.

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). *L'analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2010). Editoriale. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 1-8.

Circolo del cedro (1997). Tre tesi e sei questioni sulla psicologia clinica. Materiali a confronto. *Psicologia Clinica*, 3, 133-141.

Cirillo, S. (2005). *Cattivi genitori*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Dicks, H.V. (1992). *Tensioni coniugali. Studi clinici per una teoria psicologica dell'interazione*. Trad. It. Roma: Borla.

Ferri Monaco, M., & Peila Castellani, P (1994). *Il figlio del desiderio: Quale genitore per l'adozione?* Torino: Bollati Boringhieri.

Grasso, M., & Salvatore, S. (1997). *Pensiero e decisionalità. Contributo alla critica della prospettiva individualista in psicologia*. Milano: FrancoAngeli.

Matte Blanco, I. (1975a). *The Unconscious as Infinite Sets. An Essay in Bi-logic*. London: G. Duckworth & Company Ltd. Trad. it *L'inconscio come insiemi infiniti*. Torino: Einaudi, 1981

Salluzzo, M.A. (2008). La collusione del consulente col sistema giudiziario della separazione. *Link, Rivista scientifica di psicologia*. Luglio, 54-62.

Schein, E.H. (1992). *Lezioni di consulenza: l'attualità della consulenza di processo come risposta necessaria alle sfide dello sviluppo organizzativo*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Zavattini, G.C., & Norsa, D. (1997). *Intimità e collusione: teorie e tecnica della psicoterapia analitica della coppia*. Milano: Raffaello Cortina

## **Il ruolo della variabilità intraindividuale nel Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività**

**di Christian Chicherio<sup>\*</sup>, Erika Borella<sup>\*\*</sup>, e Patrizio Tressoldi<sup>\*\*</sup>**

### *Abstract*

La variabilità intraindividuale (VII) è divenuta un oggetto di studio di varie ricerche interessate a comprendere i meccanismi che spiegano il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività – ADHD. Individui con ADHD mostrano in modo sistematico tempi di risposta (TR) più lenti e variabili rispetto a individui con sviluppo normale in varie prove cognitive. L'obiettivo di questo lavoro è di mostrare come, in diverse prove di inibizione cognitiva, la VII permetta di distinguere bambini con ADHD da bambini con sviluppo normale. A tal fine verranno presentati i) i principali metodi utilizzati per esaminare la VII nell'ADHD, ii) i risultati di studi che hanno analizzato la VII in bambini con ADHD in prove di inibizione. Infine verrà discussa l'importanza di considerare la VII come strumento complementare nella diagnosi dell'ADHD.

*Parole chiave: ADHD, variabilità intraindividuale, prove di inibizione, tempi di risposta*

### *Introduzione*

Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD) è un disturbo complesso dello sviluppo che si caratterizza per inappropriati livelli di inattenzione, iperattività e impulsività. L'ADHD, come definito dal DSM-IV-TR, è inoltre un disturbo comune che riguarda il 3.6 % di maschi e il 0.85% di femmine. Nonostante varie teorie eziologiche siano state proposte per spiegare le difficoltà comportamentali e cognitive nell'ADHD (Barkley, 1997; Pennington & Ozonoff, 1996; Sergeant, Geurts, & Oosterlaan, 2002; Sergeant Geurts, Huijbregts, Scheres, & Oosterlaan, 2003) non è ancora stato identificato un modello causale universale o un deficit neuro-cognitivo specifico per l'ADHD. Questo può dipendere dal fatto che la maggior parte degli studi cognitivi e neuropsicologici con individui con ADHD si sono focalizzati su misure globali della prestazione e in particolare su misure di tendenza centrale (media); di conseguenza le differenze inter- e intra-individuali sono considerate come variazioni aleatorie o errori di misura. Infatti delle risposte lente (distrazioni) o veloci (anticipazioni) sono generalmente considerate come dei valori erratici

---

<sup>\*</sup> Unità di Neuropsicologia, Servizio di Neurologia, Dipartimento delle Neuroscienze Cliniche, Ospedali Universitari di Ginevra, Svizzera.  
Facoltà di Psicologia e delle Scienze dell'Educazione, Università di Ginevra, Svizzera.

<sup>\*\*</sup> Dipartimento di Psicologia Generale, Università di Padova.

Corrispondenza a Christian Chicherio, Unità di Neuropsicologia, Servizio di Neurologia, Dipartimento delle Neuroscienze Cliniche, Ospedali Universitari di Ginevra, Svizzera, Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4, 1211 Genève 14, e-mail: christian.chicherio@hcuge.ch

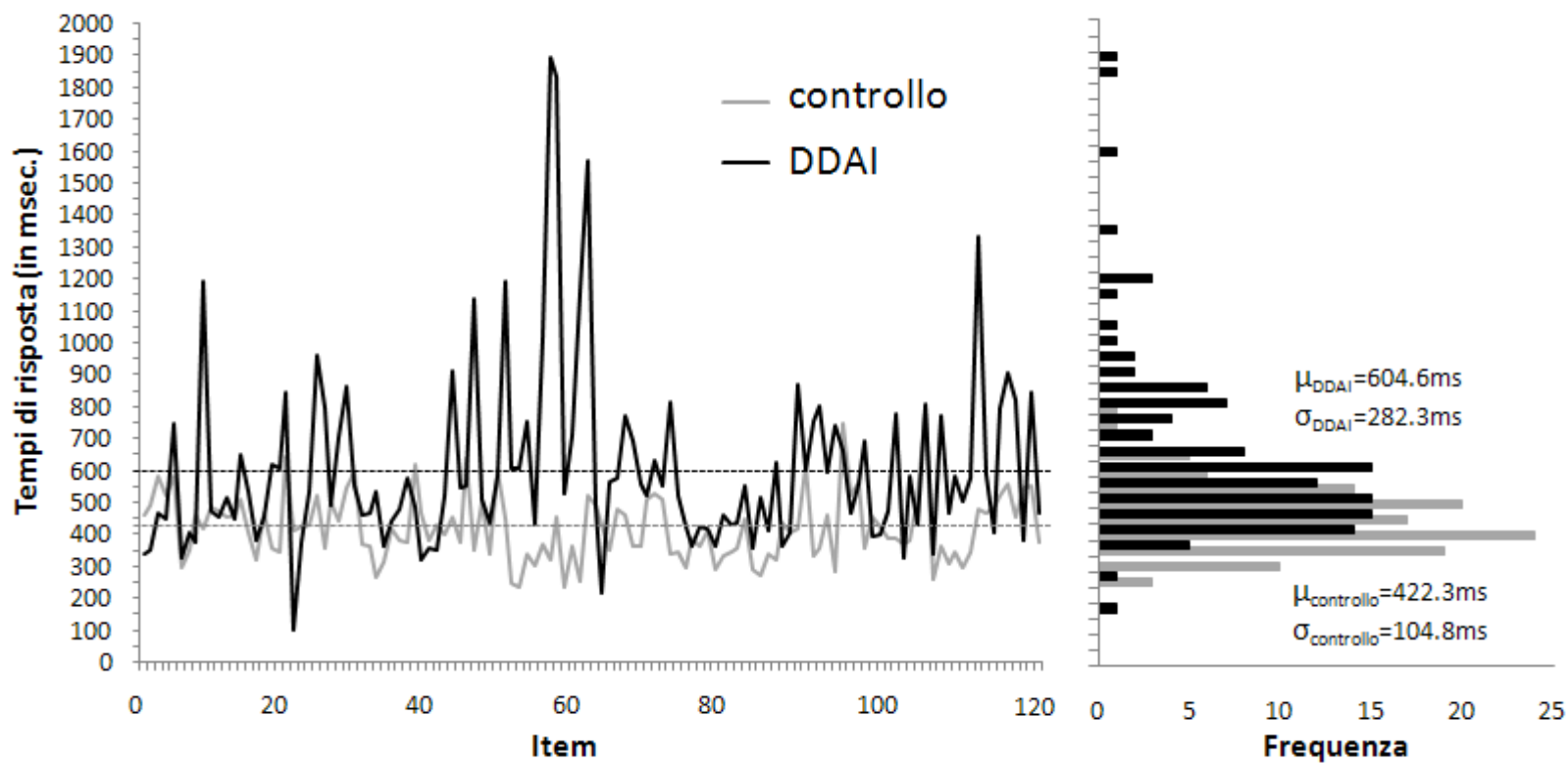
e quindi escluse dalle analisi. Ciononostante la variabilità nella prestazione può fornire informazioni importanti per comprendere le differenze individuali nella cognizione e nei processi relati all'apprendimento. Variazioni sistematiche nel comportamento a breve termine, ossia fluttuazioni nella presentazione durante una prova cognitiva, forniscono informazioni complementari che possono essere oscurate da analisi basate sui livelli medi di prestazione. Quindi, indipendentemente dal livello medio di prestazione, un aumento nella variabilità intra-individuale (VII) nei tempi di risposta di una data prova giocherebbe un ruolo cruciale nel definire il comportamento in individui con ADHD.

Recentemente, l'aumento di VII nei tempi di risposta è infatti stato anche proposto come una caratteristica comune, e un tratto distintivo, dei bambini con ADHD e in generale con bambini con difficoltà d'apprendimento rispetto a bambini con sviluppo tipico (crf. Castellanos & Tannock, 2002). La VII sarebbe quindi uno "strumento" molto più affidabile rispetto a misure globali della prestazione (media/somma delle risposte corrette, degli errori, dei tempi di completamento, o indici derivati) ottenibili con diverse prove neuropsicologiche (Doyle Biederman, Seidman, Weber, & Faraone, 2000; Hinshaw, Carte, Sami, Treuting, & Zupan, 2002; Nigg & Casey, 2005; Pennington & Ozonoff 1996; Sergeant, Geurts, & Oosterlaan, 2002).

A titolo di esempio, nella Figura 1 (parte sinistra) viene illustrata la traiettoria individuale dei tempi di risposta di due bambini di 10 anni, uno con sviluppo normale e uno con ADHD, in una prova semplice di tempo di risposta con 120 item, in cui viene chiesto di rispondere il più rapidamente possibile, premendo un tasto, quando appare una croce sullo schermo del computer. Come si può notare dalla Figura, il bambino con ADHD presenta una maggiore fluttuazione (o inconsistenza) nelle risposte durante la realizzazione del compito rispetto al bambino con sviluppo normale, con delle ovvie conseguenze sulla distribuzione individuale dei TR in termine di media e varianza nei dati (parte destra).

Figura 1.

Traiettorie e distribuzioni individuali dei tempi di risposta in una prova di tempo di reazione semplice con 120 item (premere un pulsante all'apparizione di una croce sullo schermo del computer) (dati tratti da Borella et al., in stampa).



Nota.  $\mu$ =media individuale;  $\sigma$ =deviazione standard individuale (DSI).

L'aumento della VII comportamentale nei TR in bambini con ADHD viene interpretata come una difficoltà nell'elaborazione delle informazioni e in particolare in un deficit nel mantenere un adeguato controllo (o ripartizione) dell'attenzione.. Tali VII più importante è infatti generalmente attribuita a cambiamenti strutturali e funzionali nel cervello fra i quali la riduzione del volume o l'iperintensità nella materia bianca, le alterazioni nella materia grigia in particolare nella corteccia frontale, la limitazione nell'efficienza dell'attività frontale durante compiti che richiedono risorse attentive e esecutive, le più ampie fluttuazioni tra le connessioni delle reti neuronali (MacDonald, Nyberg, & Bäckman, 2006). La VII rifletterebbe inoltre meccanismi endogeni del cervello come una modulazione disfunzionale del sistema dei neurotrasmettitori (catecolamine e noradrenaline) con conseguenze nefaste nella fedeltà della trasmissione del segnale neuronale nei circuiti fronto-striatale-cerebellare. Tuttavia ad oggi sono ancora poco diffuse le ricerche che analizzano la VII negli studi sull'ADHD.

Per tale motivo, in questo lavoro, intendiamo riassumere i principali risultati delle ricerche che hanno esaminato la VII in bambini con ADHD. A tal fine verranno presentati i) i principali metodi e i diversi indici utilizzati per esaminare la VII nell'ADHD, ii) i risultati di studi che hanno permesso di distinguere bambini con sviluppo normale da bambini con ADHD in prove di inibizione, la quale funziona è vista come il deficit centrale di questi bambini. Infine verrà discussa l'importanza di considerare la variabilità come strumento complementare per delineare il profilo cognitivo di disturbi di sviluppo e realizzare la diagnosi dell'ADHD.

Nelle prove di inibizione cognitiva i bambini con ADHD mostrano in generale maggiori difficoltà dei controlli bambini con sviluppo tipico. I processi inibitori vengono considerati comunemente come il deficit centrale nell'ADHD che conseguentemente affetta altri processi esecutivi (crf. Barkley, 1997; Sergeant, Geurts, & Oosterlaan, 2002). E' però da notare che non vi sono risultati concordanti, infatti l'effetto di scala dei studi che sostengono tale prospettiva è molto moderato e notevolmente variabile. Per tale motivo, il dimostrare che individui con ADHD sono in generale inconsistenti nelle prove di inibizione, mostrando un'alta VII nei tempi di risposta, porterebbe a considerare la VII come un indice più oggettivo di un disturbo generale in processi più basilari che influenzano secondariamente l'efficienza dei processi inibitori (crf. Borella, de Ribaupierre, Cornoldi, & Chicherio, in corso di stampa).

### ***Criteri per la selezione degli articoli***

L'analisi è stata condotta sugli articoli in cui veniva analizzata la VII nell'ADHD in prove di attenzione/inibizione, reperiti utilizzando le seguenti banche dati: *Web of Science, PubMed, Social Abstracts, ERIC, Psychology and Behavioral Science, PsycINFO, Psychology E-Books, Catalogo OPAC, Ovid, APA PsycNET, Medline*; con combinazioni delle seguenti parole chiave: *intra-individual variability AND (children with ADHD OR ADHD children) AND (inhibition OR attention interference OR executive control OR attentional control)*.

Gli studi presi in considerazione sono riportati in Tabella 1. Per ciascuna ricerca abbiamo riportato il campione, il compito di inibizione cognitiva, i risultati principali relativi ad una maggiore, minore o uguale VII nell'ADHD rispetto a altre popolazioni (bambini con sviluppo tipico, o altri disturbi dell'apprendimento) e gli indicatori di VII utilizzati.

<b>Autori (Anno)</b>	<b>Campione</b>	<b>Compito attenzione/inibizione</b>	<b>di VII</b>	<b>Analisi /Indicatore</b>
Leth-Steensen et al. (2000)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 17 ADHD C</li> <li>• 18 controlli (appaiati per età)</li> <li>• 10 controlli (più giovani)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TR con 4 scelte</li> </ul>	+	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DSI</li> <li>• Analisi Gaussiane</li> </ul>
Swanson et al. (2000)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 44 ADHD</li> <li>• 21 controlli</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stroop</li> <li>• Cued-detection</li> <li>• Go-change task</li> </ul>	+	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DSI</li> </ul>
Kuntsi et al. (2001)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 46 gemelli ADHD</li> <li>• 47 gemelli controlli</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stop-signal</li> </ul>	+	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DSI</li> </ul>

Tabella 1. Riassunto delle ricerche che hanno analizzato la variabilità intraindividuale nei TR in prove di inibizione con bambini ADHD



---

Castellanos et al. (2005)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 24 ADHD</li> <li>• 18 controlli</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eriksen Flanker</li> </ul>	+	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DSI</li> <li>• Analisi di frequenze/spettrali</li> </ul>
---------------------------	---	---	---	---

---

Hervey et al. (2006)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 65 ADHD</li> <li>65 controlli appaiati (età, sesso, etnicità, ...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuous Performance Test</li> </ul>	+	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DSI</li> <li>• Analisi ex-Gaussiane</li> </ul>
----------------------	--	---	---	---

---

Klein et al. (2006)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 57 ADHD (D,II,C)</li> <li>• 56 controlli</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuous Performance Test</li> <li>• Go/No-go</li> <li>• Stop-signal</li> </ul>	+	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DSI/CVI</li> <li>• Simmetria</li> </ul>
---------------------	--	--	---	--

---

Johnson et al. (2007b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 23 ADHD</li> <li>• 21 autistici</li> <li>• 18 controlli</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sustained Attention to Response Task (sequenze fisse o randomizzate)</li> </ul>	+	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DSI</li> <li>• Analisi delle frequenze/spettrali</li> </ul>
------------------------	---	--	---	--

---

de Zeeuw et al. (2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 38 ADHD (21 II /C, 15 D, 16 oppositivi, 20 non oppositivi)</li> <li>• 31 controlli</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stop-signal</li> </ul>	+	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CVI</li> </ul>
Di Martino et al. (2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 29 ADHD</li> <li>• 26 controlli</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eriksen Flanker</li> </ul>	+	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DSI</li> <li>• Analisi di frequenze/spettrali</li> </ul>
Geurts et al. (2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 53 ADHD</li> <li>• 25 autistici</li> <li>• 32 DSA, DSA+ADHD</li> <li>• 21 sindrome di Tourette</li> <li>• 85 controlli</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Go-change task</li> </ul>	+	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DSI</li> <li>• DSI dei tempi più veloci/lenti</li> <li>• Analisi ex-Gaussiane</li> <li>• Analisi di frequenze</li> </ul>
Morein-Zamir et al. (2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15 ADHD</li> <li>• 15 controlli</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stop-signal</li> <li>• Tracking task</li> </ul>	+/=	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DSI</li> </ul>
Christiansen Oades (2009)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 35 ADHD</li> <li>• 24 controlli (fratelli)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stroop (con priming negativo)</li> </ul>	+	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DSI/CVI</li> </ul>

- 37 controlli

Spencer et al.  
(2009)

- 49 bambini (studio di follow-up su 3 giorni)
- Tempo di reazione semplice (compito di discriminazione)

- + • DSI moda

Vaurio et al.  
(2009)

- 57 ADHD
- 83 controlli
- Go/No-go task (versione semplice e complessa)

- + • CVI
- Analisi ex-Gaussiane
- Analisi di frequenze/spettrali

Borella et al.  
(in stampa)

- 23 ADHD
- 23 controlli
- Color-Stroop
- Tempo di reazione semplice

- + • DSI
- DSI dei tempi più veloci/lenti
- CVI
- Analisi ex-Gaussiane

Note: ADHD=Disturbo da Deficit di Attenzione/Ipperattività; D=ADHD Disattenti; II=ADHD Iperattivi/Impulsivi; C=ADHD Combinati; DSA=Disturbi Speifici di Apprendimento; DSI=deviazione standard individuale; CVI=coefficiente di variazione individuale; TR=tempo di reazione; VII=Variabilità intraindividuale; (+)=Differenze tra i gruppi nella VII; (=)=Similitudine tra i gruppi nella VII.

#### *Indici di IIV*

Come emerge dalla Tabella 1, per operationalizzare la VII nei TR sono utilizzati vari indici statici e globali; solo questi ultimi forniscono informazioni sulla successione delle risposte durante un compito.

#### *Metodi statici*

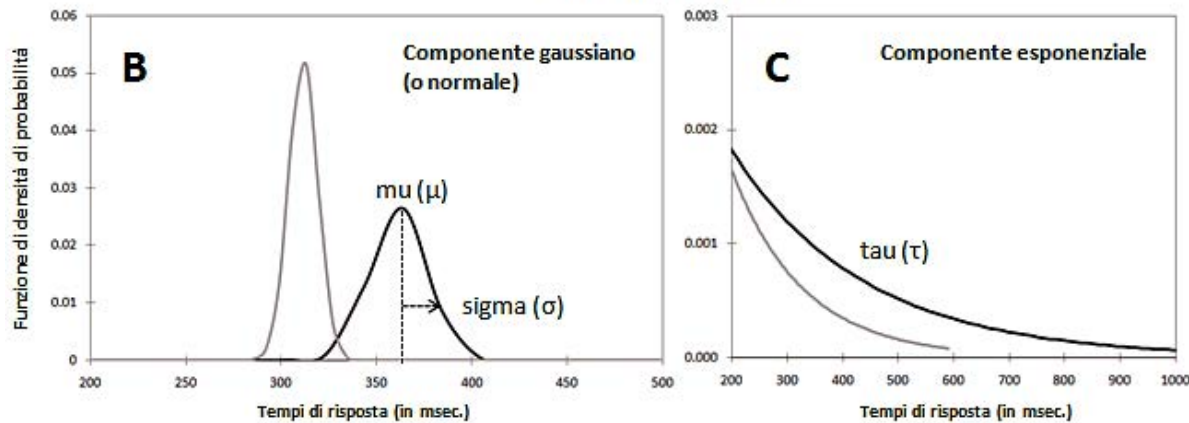
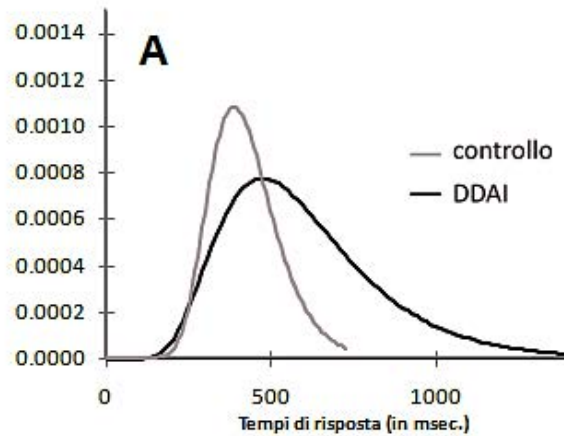
I metodi statici più frequenti (vedi Tabella 1) sono la deviazione standard intraindividuale (DSI) dei tempi di reazione, il coefficiente di variazione intraindividuale (CVI). L'indice DSI è la misura tradizionalmente più usata con tempi di reazione e rappresenta la deviazione standard dell'individuo. Poiché la DSI dipende dalla media tra gli item, è stato proposto il CVI che si ottiene dividendo la DSI per il valore medio individuale (MI) dei TR e moltiplicandolo per 100 –  $(DSI/MI)*100$ . L'utilizzo e il calcolo dei due indici presuppone però una distribuzione sottogiacente normale (o gaussiana) dato che tale è la funzione di probabilità definita dai due indici.

Tra le misure di VII sono anche utilizzate la simmetria (skewness) e l'appiattimento (curtosi) che descrivono se e quanto la forma della distribuzione dei TR si discosta dalla curva normale; tali parametri sono spesso usati con altri indicatori globali (DSI e CVI) più informativi.

Più interessante è invece l'utilizzo delle analisi ex-Gaussiane che permettono di estrarre tre parametri associati a distinti aspetti della distribuzione dei TR di uno stesso individuo. I parametri della distribuzione ex-Gaussiana (vedi Figura 2) sono: *mu* e *sigma*, che rappresentano rispettivamente la media e la deviazione standard della funzione normale (o gaussiana) e *tau*, che rappresenta la media e la deviazione standard della funzione esponenziale.

Figura 2.

Distribuzione ex-Gaussiana. (A) Scomposizione della distribuzione individuale dei tempi di risposta di due bambini di 10 anni, uno con sviluppo tipico (in grigio) e uno con ADHD (in nero), nella componente (B) normale e (C) esponenziale della distribuzione (dati tratti da Borella et al., in stampa).



Nota.  $\mu(\mu)$ =parametro dell'analisi ex-Gaussiana rappresenta la media della componente gaussiana (o normale) della distribuzione;  $\sigma(\sigma)$ =parametro che rappresenta la deviazione standard della componente gaussiana (o normale) della distribuzione;  $\tau(\tau)$ =parametro che rappresenta la media a la deviazione standard della componente esponenziale della distribuzione.

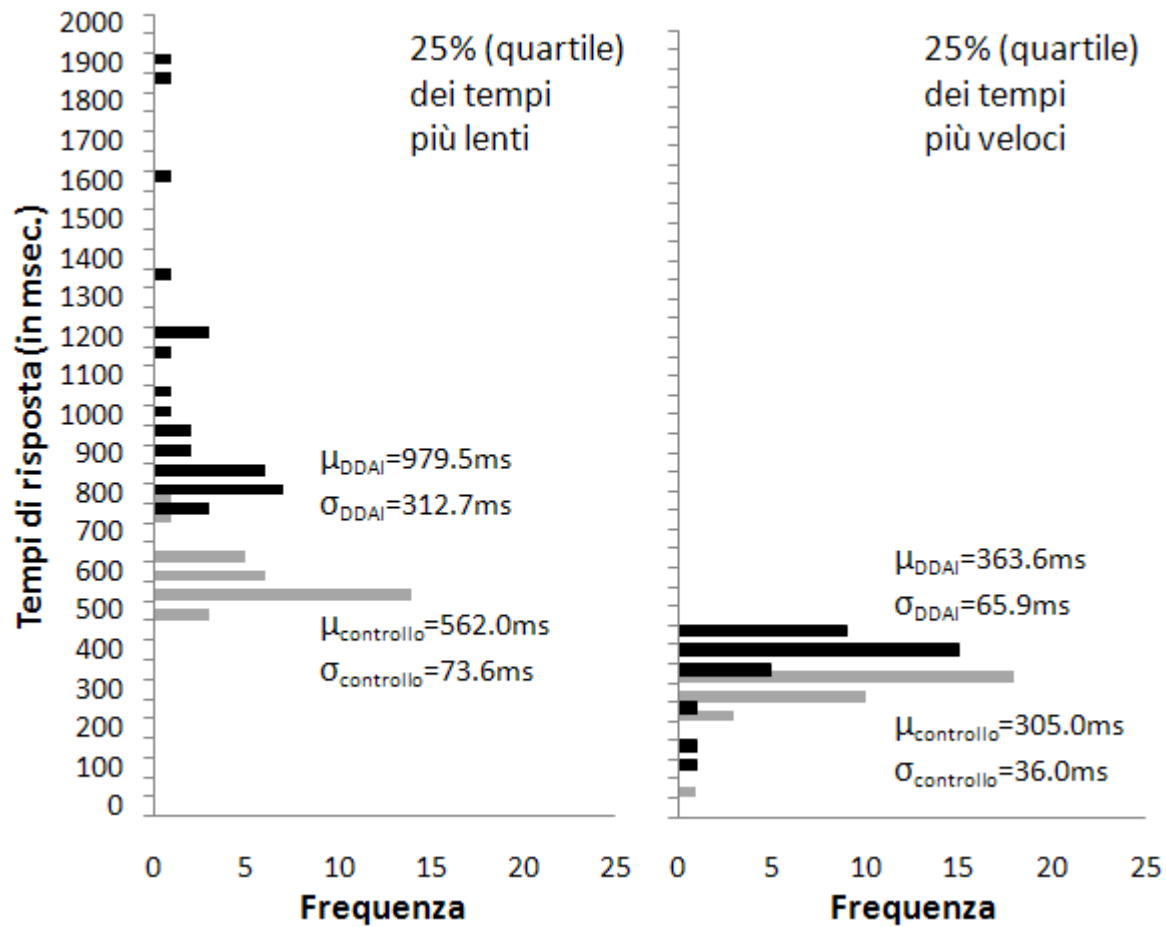
Il parametro *tau* nella distribuzione è associato alla lunghezza assoluta della coda della distribuzione dei TR più lenti. Inoltre, il rapporto *tau* diviso *sigma* è stato usato come indice più adeguato dell'asimmetria della distribuzione, in quanto considera la lunghezza della coda della distribuzione dei tempi più lenti relativamente alla distribuzione dei tempi più rapidi (crf. Heathcote, Brown, & Mewhort, 2002).

Per ottenere i parametri ex-Gaussiani sono disponibili due programmi informatici gratuiti messi a disposizione quali: RTSYS (Heathcote, 1996), che necessita l'utilizzo di prove con almeno un centinaio di TR per stimare i parametri, e il QMPE (Heathcote, Brown, & Mewhort, 2002; Cousineau, Brown, & Heathcote, 2004), che necessita circa 40 TR.

Complementariamente alle analisi ex-Gaussiani, alcuni studi utilizzano il DSI del 25% dei tempi più veloci (quartile inferiore) e il DSI del 25% dei tempi più lenti (quartile superiore) per identificare le differenze tra gruppi e semplificarne l'interpretazione (per un'illustrazione, vedi Figura 3).

Figura 3.

Distribuzioni individuali del 25% dei TR più veloci e del 25% dei TR più lenti (quartile inferiore e superiore) a una prova semplice con 120 item di due bambini di 10 anni, uno con sviluppo tipico (in grigio) e uno con ADHD (in nero) (dati tratti da Borella et al., in press).



Nota.  $\mu$ =media individuale;  $\sigma$ =deviazione standard individuale (DSI).

*Metodi dinamici*



I metodi dinamici utilizzano le analisi delle frequenze, quali: la trasformazione logaritmica Fast Fourier e le analisi dello spettro di frequenza (o analisi spettrali) (ad es., crf. Castellanos et al., 2005). Le analisi delle frequenze e analisi spettrali individuano la presenza di componenti cicliche nelle serie temporali e quindi, rivelano potenziali differenze tra gruppi in specifici pattern di periodicità (o ricorrenza) nelle risposte. Con tali metodi si possono perciò confrontare sia l'ampiezza di specifici picchi di frequenza sia l'importanza relativa delle oscillazioni in tale banda a confronto con altre bande. In tale modo, un aumento della VII può anche essere rilevato per specifiche bande di frequenza temporale, rivelando possibili fonti di aumento nella VII nei bambini con ADHD (Johnson et al., 2007b). Inoltre, l'analisi dei pattern anormali di periodicità nelle risposte comportamentali rifletterebbe un funzionamento inefficiente o alterato in reti cerebrali specifiche. Johnson et al. (2007b) ad esempio evidenziano una maggiore presenza di alte frequenze e basse frequenze, indicando delle risposte anormalmente lente che vengono ripetute da un item all'altro (ricorrenza rapida) e nel corso del compito (ricorrenza più lenta) nei bambini con ADHD rispetto ai controlli. Tali risposte sono interpretate come dovute rispettivamente a un deficit del controllo delle risposte fasico (a breve termine) associato a circuiti fronto-parietali e tonico (a più lungo termine) associato a circuiti dei ganglioni della base e meccanismi cerebrali. Efficienti procedure di elaborazione e analisi dei dati con tale metodo sono a disposizione gratuitamente e sono basate sui linguaggi di programmazione R (vedi [www.r-project.org/](http://www.r-project.org/)) o MathLab.

#### *La VII nelle prove di inibizione cognitiva in bambini con ADHD*

Dai 15 articoli trovati emerge chiaramente come i bambini con ADHD siano più lenti, ma allo stesso tempo più variabili nei tempi di risposta nelle prove di attenzione/inibizione. Come si evince dalla Tabella 1, i metodi statici sono quelli maggiormente usati in particolare la DSI, e CVI. Dalla Tabella 1 emerge, infatti, come cinque studi utilizzino solo la DSI (Christiansen & Oades, 2009; Kunsti, Oosterlaan, & Stevenson, 2001; Morein-Zamir, Hommersen, Johnston, & Kingstone, 2008; Spencer et al., 2009; Swanson et al., 2000) e un solo studio il CVI (de Zeeuw et al., 2008). Inoltre una sola ricerca utilizza i due indici globali (DSI e simmetria/curtosi) (Klein, Wendling, Huettner, Ruder, & Peper, 2006). Mentre Borella et al. (in stampa), Hervey et al. (2006), Leth-Steensen, Elbaz e Douglas (2000) e Vaurio, Simmonds e Mostofsky (2009) utilizzano indici di VII derivati dalla forma della distribuzione ex-Gaussiana. Infine, cinque studi utilizzano metodi dinamici, di cui quattro si basano su una combinazione di analisi frequenziali e di analisi spettrali (Castellanos et al., 2005; Di Martino et al., 2008; Johnson et al., 2007b; Vaurio et al., 2009), mentre uno solo sulle analisi spettrali (Geurts et al., 2008).

In particolare, Christiansen e Oades (2009) analizzano la VII in una versione informatizzata della prova di interferenza del Color-Stroop per la quale vengono registrati i tempi di risposta per ogni stimolo. I loro risultati indicano che i bambini con ADHD a confronto dei controlli dimostrano nei TR un effetto di interferenza (cioè la differenza fra i TR mediani corretti associati ai stimoli incongruenti e i TR mediani corretti associati ai stimoli neutrali) paragonabile però una VII più forte. In questo studio, gli autori usano una misura tradizionale – la DSI – per quantificare la VII nei TR. Nel Go/No-Go task, il quale richiede pure un livello elevato di controllo delle risposte, Hervey et al. (2006) dimostrano che i valori dei parametri tau e sigma delle analisi ex-Gaussiane sono più elevati per i bambini con ADHD, suggerendo delle risposte più variabili attraverso l'intera distribuzione dei TR e non specificamente per le risposte più lente. Inoltre, il parametro mu è inferiore ai quello dei controlli, indicando che i bambini con ADHD rispondono in modo più rapido. Leth-Steensen et al. (2000) analizzando la VII in un compito relativamente semplice di TR decisionale, e nel quale la richiesta attenzionale è minima, trovano dei TR più lenti e più variabili sulla base della media e della DSI però dei valori più elevati per il solo parametro ex-Gaussiano tau (con dei parametri mu e sigma paragonabili). Queste divergenze tra i studi possono

provenire da differenze nel livello di controllo delle risposte richiesto dal compito. Purtroppo, Vaurio et al. (2009) usano due varianti del Go/No-Go task mentre modificano il livello di complessità (o la richiesta cognitiva). Gli autori osservano dei valori tau e sigma più elevati nei bambini con ADHD a confronto dei controlli, indipendentemente della versione del compito.

Questi risultati suggeriscono che l'aumento della VII sia dovuto a risposte anormalmente lenti in modo intermittente quando il compito richiede un livello basso di controllo. Mentre, un livello di controllo più elevato sarebbe associato ad una VII più forte attraverso l'intera distribuzione delle risposte (cioè nelle risposte rapidi e lenti). Questi risultati parlano in favore di un'inefficienza nei meccanismi critici di preparazione della risposta. Di conseguenza, Vaurio et al. (2009) concludono che entrambi possano contribuire all'aumento della VII in bambini con ADHD. Tali risultati non avrebbero potuto essere evidenziati ricorrendo a metodi convenzionali nell'analisi dei TR. Inoltre, è da notare che i compiti più comunemente utilizzati nella ricerca sull'ADHD – Go/No-Go task, Stop-signal task e Color-Stroop – misurano distinti aspetti dell'inibizione. Dalla rassegna di questi studi emerge quindi come vengano utilizzati più indici di VII per avere informazioni complementari sui vari meccanismi di elaborazione delle informazioni. E' anche da rilevare come gli indici dinamici se pur utilizzati, non solo sono molto complessi ma anche di difficile interpretabilità, rendendoli di improbabile uso in clinica (Castellanos et al., 2005; Geurts et al., 2008; Vaurio et al., 2009). In generale gli studi con analisi di frequenza suggeriscono che i bambini con ADHD rispetto ai controlli non sono in grado di modificare le loro risposte in modo efficace per adattarsi alla complessità del compito: i bambini con ADHD non riescono a rallentare o accelerare le loro risposte con la stessa frequenza dei controlli per massimizzare la loro efficienza e precisione nel compito. Inoltre è da notare come in tutti gli studi siano analizzati processi che si sviluppano nell'arco di pochi minuti o secondi (vedi Figura 1) e che necessitano quindi di un grande numero di item per le prove che sono presentate; quest'ultima è una condizione necessaria per analizzare le distribuzioni individuali (Hultch, MacDonald, & Dixon, 2002) o esaminare la costanza o i cambiamenti della prestazione nel tempo (Baltes & Nesselroade, 1979).

E' anche interessante notare come alcuni lavori utilizzino la VII per esaminare se questa permetta anche di fornire informazioni sulla comorbidità. de Zeeuw et al. (2008) mostrano come indipendentemente dalla comorbidità i bambini con ADHD siano più variabili (usando il CVI) dei controlli e allo stesso tempo che i bambini con ADHD iperattivi/compulsivi e combinato presentano una VII più forte rispetto a bambini con ADHD disattenti nello Stop-signal test (nel quale uno stimolo frequente "go" produce una risposta prepotente da inibire in presenza del segnale "stop" meno frequente). Johnson et al. (2007b) hanno confrontato un gruppo di bambini ADHD con un gruppo di bambini autistici usando due versioni del Sustained Attention Response to Task, una con una sequenza fissa degli stimoli (cifre 1 a 9), e una con frequenza aleatoria. I partecipanti dovevano rispondere ad ogni cifra (stimolo "go") all'eccezione della cifra 3 (segnale "stop"). I loro risultati, basati su un uso congiunto di metodi statici e dinamici (DSI e analisi delle frequenze/spettrali), evidenziano che i bambini ADHD hanno una maggiore variabilità rispetto ai bambini con sviluppo tipico e quelli con autismo, che non sono diversi tra loro. Al contrario, in una variante del Stop-signal task Geurts et al. (2008) trovano come la VII sia più ampia in bambini con ADHD/autismo e bambini con autismo rispetto a bambini con solo ADHD e bambini con sviluppo tipico. Questo lavoro rappresenta finora l'approccio più completo, e dunque più pertinente, nello studio della VII nei TR, poiché gli autori usano sia indici statici globali e basati sulla forma sottogiacente della distribuzione dei TR (analisi ex-Gaussiane) che indici dinamici (analisi di frequenze) nell'analisi di uno stesso compito. Nonostante questi dati discordanti e la necessità di condurre ulteriori studi che analizzino la VII considerando la comorbidità, la VII emerge essere un tratto che distingue bambini con ADHD da bambini con sviluppo tipico.

Di particolare rilievo è lo studio di Borella et al. (in corso di stampa), in cui si è analizzata la VII nei TR in bambini con ADHD e bambini con sviluppo tipico nel Color-Stroop (usando una variante nella quale i vari tipi di stimoli – neutrali, congruenti e incongruenti – vengono presentati aleatoriamente in una condizione unica e non in condizioni separate per ogni tipo di stimolo) e in una prova semplice di tempo di reazione

senza componente decisionale (all'apparizione di una croce sullo schermo del computer). I loro risultati evidenziano un effetto di interferenza paragonabile tra i due gruppi quando viene considerato il livello medio della prestazione. Però, i bambini con ADHD rispetto ai controlli presentano una maggiore VII nelle risposte, indipendentemente dal tipo di stimolo (incongruente o neutrale). E' anche da notare come i bambini con ADHD presentino maggiore VII nelle risposte nella prova semplice di tempo di reazione che richiede un controllo attentivo minimo. Ciò suggerisce come il deficit spesso osservato in compiti di inibizione, in particolare quando si considera il controllo dell'interferenza, potrebbe essere dovuto a un deficit centrale nei processi di elaborazione dell'informazione. Tale deficit sarebbe dovuto ad un malfunzionamento nella riproduzione dell'informazione a livello neurale che influenzerebbe a sua volta l'organizzazione e la produzione della risposta motoria, con possibili conseguenze sull'efficienza dei processi inibitori. Questo lavoro dimostra quindi l'importanza di considerare la VII come uno strumento complementare nella diagnosi dell'ADHD e più affidabile rispetto a misure globali della prestazione ottenibili in prove di inibizione. Tale approccio si oppone alle teorie dominanti suggerendo un deficit di controllo di interferenza nell'ADHD; l'inibizione potrebbe perciò rappresentare un meccanismo meno fondamentale di quanto si creda nell'ADHD.

## Conclusioni

La prestazione comportamentale in prove cognitive è solitamente analizzata considerando il livello medio del rendimento dell'individuo, assumendo quindi che vi sia una certa stabilità della prestazione. Le variazioni attorno a questo valore medio sono perciò considerate come "rumore" o errore di misurazione. Negli ultimi anni, però, un numero sempre più crescente di studi suggerisce che le fluttuazioni individuali – VII – nella prestazione comportamentale quando si analizzano i tempi di risposta non sono solo legate al caso, ma possono diventare un oggetto di studio di per sé. Infatti, come emerge dai risultati presentati nel presente lavoro, l'esame della VII può essere considerato un indice oggettivo che permette di distinguere i bambini con sviluppo normale da bambini con ADHD. Come emerge dagli studi sulla VII, indipendentemente dal modello teorico utilizzato per spiegare l'ADHD, la concordanza dei risultati mostra come la VII nei TR possa essere considerata come aspetto caratterizzante del profilo dei bambini con ADHD, molto più affidabile rispetto a misure globali della prestazione essendo anche esente da diversi aspetti in particolare legati a differenze metodologiche (Kuntsi, Oosterlaan, & Stevenson, 2001, Douglas, 1999). Allo stesso tempo, la VII, come suggerito da Castellanos et al. (2005), potrebbe essere considerata una caratteristica generale di disturbi dello sviluppo o dell'apprendimento – ad es., forme di autismo o casi di comorbidità tra ADHD e autismo (cfr. Geurts et al., 2008; Leth-Stenssen, Elbaz, & Douglas, 2000) – che può fornire preziose indicazioni nella fase di diagnosi. Ciononostante, sono ancora troppi pochi gli studi che hanno esaminato la VII in altri disturbi (vedi Borella, Chicherio, Sensini, & Cornoldi, 2011; Masutto & Cornoldi, 1992).

Non si deve, inoltre, dimenticare che nel caso dell'apprendimento, e più in generale dello sviluppo, le fluttuazioni a livello delle risposte possono anche essere di natura adattativa, spiegando le differenze qualitative negli apprendimenti degli individui indicando i) tentativi di utilizzo di varie strategie prima di adottare quelle più adeguate e abbandonare quelle meno adeguate, ii) l'uso di processi di elaborazione la cui efficienza migliora progressivamente con lo sviluppo. Un certo livello di VII nei tempi di risposta può, quindi, anche riflettere l'integrità del funzionamento cognitivo dell'individuo; al contrario fluttuazioni più ampie nei tempi di risposta sono sicuramente un indicatore di disadattamento.

La discussione sul ruolo della variabilità nell'ADHD non si limita però alla sola letteratura cognitiva. In effetti, i sintomi dell'ADHD interagiscono con l'ambiente mostrando ampie differenze a seconda del contesto e del caregiver (Guevremont & Barkley, 1993). La comprensione della variabilità tra individui e della VII a livello cognitivo ha quindi implicazioni cliniche importanti.

In conclusione, gli studi sulla VII nelle prove di inibizione cognitiva mostrano come la VII sia un potenziale fattore predittivo e affidabile dell'ADHD. Ulteriori ricerche permetteranno di fare chiarezza, con l'utilizzo di indici di VII, sui deficit neuropsicologici dell'ADHD e più in generale nei disturbi dello sviluppo.

### *Bibliografia*

Gli articoli riportati con (\*) asterisco sono inclusi nella ricerca della letteratura discussa in questa rivista.

Baltes, P.B., & Nesselroade, J.R. (1979). History and rationale of longitudinal research. In J.R. Nesselroade & P.B. Baltes (Eds.), *Longitudinal research in the study of behavior and development* (pp. 1-39). New York: Academic Press.

Barkley, R.A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.

(\*) Borella, E., de Ribaupierre, A., Cornoldi, C., & Chicherio, C. (in press). Is the role of inhibition in ADHD so fundamental? Evidence from increased intraindividual variability in the Color-Stroop test. *Child Neuropsychology*. Manuscript submitted for publication.

(\*) Castellanos, F.X., Sonuga-Barke, E.J., Scheres, A., Di Martino, A., Hyde, C., & Walters, J.R. (2005). Varieties of attention-deficit/hyperactivity disorder-related intra-individual variability. *Biological Psychiatry*, 57, 1416-1423.

Castellanos, F.X., & Tannock, R. (2002). Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: The search for endophenotypes. *Nature Review Neuroscience*, 3, 617-628.

(\*) Christiansen, H., & Oades, R.D. (2009). Negative priming within a stroop task in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, their siblings, and independent controls. *Journal of Attention Disorders*, 13, 497-504.

Cousineau, D., Brown, S., & Heathcote, A. (2004). Fitting distributions using maximum likelihood: Methods and packages. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 36, 742-756.

(\*) de Zeeuw, P., Aarnoudse-Moens, C., Bijlhout, J., König, C., Post Uiterweer, A., Papanikolaou, A., et al. (2008). Inhibitory performance, response speed, intraindividual variability, and response accuracy in ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 808-816.

(\*) Di Martino, A., Ghaffari, M., Curchack, J., Reiss, P., Hyde, C., Vannucci, M., et al. (2008). Decomposing intra-subject variability in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 64, 607-614.

- Douglas, V.I. (1999). Cognitive control processes in attention-deficit/hyperactivity disorder. In H.C. Quay, & A.E. Hogan (Eds.), *Handbook of disruptive behavior disorders* (pp. 105–138). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Doyle, A.E., Biederman, J., Seidman, L.J., Weber, W., & Faraone, S.V. (2000). Diagnostic efficiency of neuropsychological test scores for discriminating boys with and without attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 477-488.
- (\*) Geurts, H.M., Grasman, R.P., Verté, S., Oosterlaan, J., Roeyers, H., van Kammen, S.M., et al. (2008). Intra-individual variability in ADHD, autism spectrum disorders and Tourette's syndrome. *Neuropsychologia, 46*, 3030-3041.
- Guevremont, D., & Barkley, R.A. (1993). Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children. In S. Hooper, G. Hynd, & R. Mattison (Eds.), *Child Psychopathology: Diagnostic criteria and clinical assessment* (pp. 137-178). New York: LEA.
- Heathcote, A. (1996). RTSYS: A computer program for analysing response time data. *Behaviour Research Methods, Instruments & Computers, 28*, 427-445.
- Heathcote, A., Brown, S.D., & Mewhort, D.J.K. (2002) Quantile maximum likelihood estimation of response time distributions. *Psychonomic Bulletin and Review. Psychonomic Bulletin & Review, 9*, 394-401.
- (\*) Hervey, A.S., Epstein, J.N., Curry, J.F., Tonev, S., Arnold, L.E., Conners, C.K., et al. (2006). Reaction time distribution analysis of neuropsychological performance in an ADHD sample. *Child Neuropsychology, 12*, 125-140.
- Hinshaw, S.P., Carte, E.T., Sami, N., Treuting, J.J., & Zupan, B.A. (2002). Preadolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder: II. Neuropsychological performance in relation to subtypes and individual classification. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1099-1111.
- Johnson, K.A., Kelly, S.P., Bellgrove, M.A., Barry, E., Cox, M., Gill, M., et al. (2007a). Response variability in attention deficit hyperactivity disorder: Evidence for neuropsychological heterogeneity. *Neuropsychologia, 45*, 630-638.
- (\*) Johnson, K.A., Robertson, I.H., Kelly, S.P., Silk, T.J., Barry, E., Dáibhis, A., et al. (2007b). Dissociation in performance of children with ADHD and high-functioning autism on a task of sustained attention. *Neuropsychologia, 45*, 2234-2245.
- (\*) Klein, C., Wendling, K., Huettner, P., Ruder, H., & Peper, M. (2006). Intra-subject variability in attention-deficit hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry, 60*, 1088-1097.
- (\*) Kuntsi, J., Oosterlaan, J., & Stevenson, J. (2001). Psychological mechanisms in hyperactivity. I. Response inhibition deficit, working memory impairment, delay aversion, or something else? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*, 199-210.
- (\*) Leth-Steensen, C., Elbaz, Z.K., & Douglas, V.I. (2000). Mean response times, variability, and skew in the responding of ADHD children: A response time distributional approach. *Acta Psychologica, 104*, 167-190.

MacDonald, S.W., Nyberg, L., & Bäckman, L. (2006). Intra-individual variability in behavior: Links to brain structure, neurotransmission and neuronal activity. *Trends in Neurosciences*, 29, 474-480.

(\*) Morein-Zamir, S., Hommersen, P., Johnston, C., & Kingstone, A. (2008). Novel measures of response performance and inhibition in children with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 1199-1210.

Nigg, J.T., & Casey, B.J. (2005). An integrative theory of attention-deficit/ hyperactivity disorder based on the cognitive and affective neurosciences. *Developmental Psychopathology*, 17, 785-806.

Pennington, B.F., & Ozonoff, S. (1996). Executive functions and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 37, 51-87.

Sergeant, J.A., Geurts, H., Huijbregts, S., Scheres, A., & Oosterlaan, J. (2003). The top and the bottom of ADHD: a neuropsychological perspective. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 27, 583-592.

Sergeant, J.A., Geurts, H., & Oosterlaan, J. (2002). How specific is a deficit of executive functioning for attention-deficit/hyperactivity disorder? *Behavioural Brain Research*, 130, 3-28.

(\*) Spencer, S.V., Hawk, L.W.Jr, Richards, J.B., Shiels, K., Pelham, W.E.Jr, & Waxmonsky, J.G. (2009). Stimulant treatment reduces lapses in attention among children with ADHD: the effects of methylphenidate on intra-individual response time distributions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 805-816.

(\*) Swanson, J., Oosterlaan, J., Murias, M., Schuck, S., Flodman, P., Spence, M.A., et al. (2000). Attention deficit/hyperactivity disorder children with a 7-repeat allele of the dopamine receptor D4 gene have extreme behavior but normal performance on critical neuropsychological tests of attention. *Proceedings of the National Academy of Science of the United States of America*, 97, 4754-4759.

(\*) Vaurio, R.G., Simmonds, D.J., & Mostofsky, S.H. (2009). Increased intra-individual reaction time variability in attention-deficit/hyperactivity disorder across response inhibition tasks with different cognitive demands. *Neuropsychologia*, 47, 2389-2396.

## Tra cura e custodia: un'esperienza di psicoterapia di gruppo con pazienti internati in Ospedale Psichiatrico Giudiziario.

di **Alessandro Ridolfi\***, **Maria Antonietta Lettieri\***, **Franco Scarpa\*\***, **Benedetta Vittoria\*\*\***,  
**Lucia Tarchi\*\*\***

### *Abstract:*

**Introduzione:** Da diversi anni la ricerca mostra che gli interventi psicoterapeutici in gruppo rappresentano una metodica di lavoro con pari efficacia rispetto agli interventi individuali e consentono una maggiore efficienza (costi/benefici). In questa ricerca/intervento si è tentato di applicare il modello EAIE al lavoro in gruppo con pazienti internati in OPG. **Obiettivo:** Aiutare i pazienti a uscire dall'isolamento relazionale e conseguentemente; Acquisire capacità di ascolto e rispetto dei tempi degli altri; Sostenere il riconoscimento di analogie e differenze nei vissuti; Ricostruire e arricchire i significati soggettivi relativi ad aspetti salienti della vita attuale, passata e futura.

**Metodo:** lavoro in the group/by the group con pazienti internati in OPG, in fase di compenso, autori di reati contro la persona. Applicazione da parte di due giudici ciechi del Group Climate Questionnaire Short Form (GCQ-S) al fine di misurare l'evoluzione temporale di 3 variabili di processo: coesione, evitamento e conflitto. **Risultati:** l'analisi statistica mostra che le variabili osservate tramite il GCQ-S mantengono valori accettabili oltre i cut off attesi e presentano un pattern temporale compatibile con una progressiva evoluzione dei processi di coesione e una riduzione del conflitto e dell'evitamento.

**Conclusioni:** Anche con pazienti molto gravi il gruppo sembra costituire uno spazio di elaborazione personale e di condivisione su temi ad alta pregnanza soggettiva; progressivamente sembra svilupparsi inoltre un maggiore livello di intimità e reciproco sostegno. I pattern emersi configurano tendenze nel tempo di indubbio interesse, di cui però andrà valutata la significatività statistica con una sperimentazione più ampia.

*Parole chiave:* Gruppo, Coesione, Reati, Psicosi, EAIE

Il gruppo [...] ha sempre una relazione complessa con il gruppo più grande,  
cioè con il reparto di pazienti ricoverati in cui è collocato.  
[...] L'efficacia del gruppo di pazienti ricoverati  
e spesso la sua esistenza dipendono in larga parte dal sostegno amministrativo".  
(Yalom & Leszcz, 2005, p.481)

### *Introduzione*

Il presente lavoro si propone, attraverso una ricerca qualitativa, di valutare l'efficacia di un trattamento psicoterapeutico di gruppo rivolto a pazienti internati presso l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo Fiorentino.

Negli ultimi anni stiamo assistendo ad un crescente interesse nell'acquisizione di conoscenze teoriche e di buone pratiche in ordine all'implementazione di interventi psicoterapici individuali e di gruppo efficaci. In particolar modo le psicoterapie di gruppo sono considerate più convenienti in termini di costi/benefici rispetto alle psicoterapie individuali (Burlingame, Mackenzie & Strauss, 2004) oltre che di grande importanza per quei pazienti il cui trattamento farmacologico risulta insufficiente. Pur essendo in costante e globale aumento, le psicoterapie di gruppo restano confinate per lo più ai pazienti dei servizi ambulatoriali o delle Comunità Terapeutiche e Riabilitative. In ambito istituzionale-ospedaliero si tende a privilegiare prevalentemente la relazione di cura duale (medico e/o psicologo-paziente) e meno frequenti sono gli interventi di gruppo.

---

\* Psicologi, consulenti ASL 11 – Empoli

\*\* Medico psichiatra – Dirigente responsabile U.O. Salute in Carcere – ASL 11 – Empoli

\*\*\* Psicologhe tirocinanti, ASL 11 – Empoli

Sebbene le prime rassegne sistematiche sulla psicoterapia di gruppo risalgano a più di sessant'anni fa, è soltanto negli anni settanta che i risultati delle ricerche empiriche acquistano rilevanza scientifica e clinica (Smith, Glass & Miller, 1980).

Negli ultimi venti anni si è accumulata una mole di ricerche sempre più estesa e convincente dell'efficacia degli interventi psicoterapici in gruppo (Lo Coco, Giannone & Lo Verso, 2006), anche se non sempre tali ricerche si sono rivelate prive di nodi critici, facendo emergere un divario tra ricerca teorica e applicazioni sul campo (Lo Coco, Prestano & Lo Verso, 2009), soprattutto in relazione all'analisi dei processi di cambiamento che rimangono stabili nel tempo (Laurenceau, Hayes & Feldman, 2007)

Com'è noto, la buona riuscita di un gruppo dipende da molteplici variabili (anche di ordine contestuale) tra le quali la cultura e l'organizzazione del servizio all'interno del quale tale attività deve inserirsi.

Nel lavoro che presentiamo, il setting di gruppo ha assunto un particolare valore simbolico poiché ha messo ancora più in evidenza, rispetto alla presa in carico duale, le contraddizioni di un luogo in cui le esigenze di cura e quelle di custodia si fronteggiano (talora opponendosi).

Nell'analisi sull'intervento va dunque tenuto presente che la condizione di internamento impone un equilibrio tra due mandati istituzionali, quello della funzione contenitiva (custodia) e quello della funzione terapeutica (cura). I due mandati, spesso in antitesi tra loro, hanno implicazioni sulla "domanda" da parte dei pazienti internati, sul "clima" terapeutico generale e su tutta la gamma di interventi proposti loro (ad es. evoluzione dei processi terapeutici in gruppo).

Nell'intervento ci siamo orientati per un gruppo aperto, dando ai pazienti libertà di partecipare agli incontri, che si svolgono a cadenza settimanale in un luogo ed in un orario definiti. Il riferimento mentale temporale è la dimensione *hinc et nunc* della singola seduta, pur rimanendo nel gruppo un nucleo stabile di pazienti in grado di trasmettere le norme e le regole ai nuovi pazienti.

Il gruppo si configura in tal senso come un peculiare luogo della relazione dove essa stessa può diventare comunicazione attraverso la risonanza e il processo speculare e dove si possono sviluppare e costruire nuove modalità affettive e nuovi significati. L'intervento si basa sulla concezione del gruppo come contesto interpersonale e in particolare come "incontro con ciò che non si conosce". Nel setting gruppale emergono due livelli di esperienza interconnessi tra loro: il livello individuale e il livello di gruppo.

A livello individuale l'intervento si configura come una psicoterapia in gruppo (*in the group*) per ciascuno dei partecipanti. A questo livello può essere osservato lo scaturire momento-per-momento dei processi connessivi e associativi rispetto al focus di attenzione del paziente. I dati osservabili ineriscono il processo psichico emergente nell'incontro e il modificarsi di volta in volta dei vissuti correlati (pregnanza soggettiva del tema, interventi e *feedback* reciproci dei partecipanti, comportamenti verbali e non verbali, stile e risorse del conduttore ecc.).

A livello di gruppo l'intervento è prevalentemente indiretto. Esso si configura come un processo unitario e globale del quale può essere osservata la continua riorganizzazione in processi intersoggettivi emergenti relativi al clima, alla coesione, all'alleanza terapeutica e all'empatia, ovvero ai fattori individuati come significativi nelle ricerche sull'efficacia dei trattamenti in gruppo (Burlingame, Mc Clendon & Alonso, 2011; Yalom & Leszcz, 2005).

In sintesi, l'insieme dei due livelli di esperienza consente l'incontro in gruppo tra persone con storie di vita diverse e permette, a ciascun partecipante, nella misura in cui gli è soggettivamente possibile, di "avvertire" condizioni potenziali di ascolto, accoglienza, accettazione, comprensione e nel contempo di avvertire e "accostarsi" a sentimenti di solitudine, rabbia, dolore ecc. (Erskine, 2010).

Poter ascoltare e stare vicino alla sofferenza di un'altra persona o poter offrire aiuto o sostegno all'altro è un'esperienza nuova e preziosa per pazienti che spesso sentono non solo di non riuscire ad aiutare se stessi ma di non avere niente da offrire agli altri. La consapevolezza di essere importante per gli altri diventa così una conferma del proprio valore.

In altre parole in gruppo è possibile per ciascun partecipante ricevere e dare terapia (De Polo, 2007).



Il gruppo è condotto con una modalità “a ponte” tra il modello di lavoro *in the group* e quello *with the group* (Erskine, 2010), vale a dire con interventi terapeutici col singolo paziente all'interno e con l'intero gruppo. La modalità di lavoro *in the group* rappresenta tuttavia la componente metodologica terapeutica preminente.

Sia i processi terapeutici individuali che quelli in gruppo possono essere studiati attraverso quattro costrutti che caratterizzano il fondamento teorico clinico del nostro intervento. Tali costrutti fanno riferimento alle basi epistemologiche del modello integrativo *Evolutività, Affettività, Intersoggettività, Esperienzialità* (EAIE) concepito da Menoni e Iannelli (2009; 2010a; 2010b; 2011), del quale riportiamo una breve sintesi.

*Evolutività*: il costrutto si riferisce, in una prospettiva ontogenetica, allo sviluppo dei processi e dei sistemi alla base del sé, secondo il principio che la condivisione della propria esperienza affettiva, normalmente vissuta come fenomeno “interno”, consente di connettere e dunque di integrare e arricchire progressivamente rappresentazioni di sé. I dati di diverse ricerche psiconeurobiologiche documentano che i processi di costruzione del sé sono organizzati evolutivamente da sistemi emozionali-motivazionali prototipici (Panksepp, 1998; Watt, 2007). In particolare tali ricerche documentano l'esistenza di tre sistemi prototipici capaci di operare continue mediazioni in senso integrativo tra processi evolutivi interni ed epigenesi. Il primo si configura come sistema di ricerca di natura appetitiva (*seeking system*), il secondo di difesa (dispone di codici affettivi quali la paura, il disgusto, la rabbia), il terzo finalizzato alla connessione sociale (i cui codici affettivi sono accudimento-protezione, piacere/voglia, gioco, panico-stress da separazione) (Menoni & Iannelli, 2011).

*Affettività*: il costrutto fa riferimento alla globalità e complessità degli affetti intesi come dimensioni peculiari (anche) degli esseri umani. Il modello di intervento configura una metodologia che ha come focus la consapevolezza dei processi emotivi. Il lavoro clinico si sviluppa mediante una elaborazione in rappresentazioni sempre più focalizzate della persona e della sua storia. In un contesto di reciprocità sociale a prevalente “marcatatura positiva” (sicurezza, validazione affettiva, calore, rispetto, assenza di giudizio) i processi di regolazione affettiva e costruzione dei significati personali possono avvenire in una condizione di *relatedness* e di proattività, vale a dire di sfida positiva del sé ad “esistere di fronte agli occhi degli altri”. In tali circostanze la persona diviene il protagonista attivo di ciò che gli accade. Quando in gruppo è possibile sperimentare attivamente le proprie emozioni, i processi esplorativi consentono in ogni momento di potersi incontrare, di potersi sganciare dallo scambio relazionale e di provare a fidarsi e affidarsi (ad es. chiedendo/offrendo aiuto). Le ricerche documentano come tali processi intersoggettivi siano comprensibili in termini di pattern cangianti di funzioni del sé meglio note come *Agency, Mineness, Ownership*; esse rappresentano per il sé flussi di informazioni prevalentemente di natura affettiva, motoria e percettiva (Cermolacce, Naudin & Parnas, 2007; Legrand, 2007; Northoff & Panksepp, 2008).

Da questa prospettiva il lavoro terapeutico *in the group* tende pertanto a promuovere dinamiche relazionali caratterizzate per la presenza di condizioni interpersonali a “sfida eludibile” o, in altre parole, a “contatto emotivo non coercitivo” e tende in ogni momento a consentire e facilitare il ritrovamento di condizioni individuali di sicurezza entro le quali è possibile “esistere” ed “esplorare” in gruppo.

*Intersoggettività*: si configura come un insieme di processi di consapevolezza che partecipano alla costruzione del senso di identità personale e di reciprocità: riconoscersi, riconoscere l'altro, “entrare in relazione”.

Il lavoro clinico è orientato al coinvolgimento attivo e progressivo dei pazienti; in ogni momento la dinamica intersoggettiva che il terapeuta stimola tende tuttavia a cercare di mantenere in equilibrio la proposta a entrare in gioco per il paziente e la percezione da parte dello stesso della possibilità di non farlo.

Il processo di modulazione emozionale e di arricchimento dei significati, che corrisponde a una crescita della complessità dei processi di rappresentazione, sembra avvenire pressoché unicamente in contesti relazionali caratterizzati da attivazione emotiva in condizioni di sicurezza

prevalente e comunque intorno ai limiti della “finestra di tolleranza”, ma non molto oltre (Siegel, 1997).

L’attivazione dei sistemi emotivo-motivazionali in condizioni limite (sui limiti della finestra di tolleranza) si riflette in una progressiva costruzione di capacità intra-interpersonali quali “accorgersi”, “accettare”, “dare senso e significato”, “esprimersi”. Tali processi si modificano momento-per-momento e rappresentano potenziali sequenze evolutive che avvengono mediante estensione dei significati e articolazione dei vissuti, fino ad essere precursori di differenziazione e sviluppo in forme più complesse e flessibili del sé (Menoni & Iannelli, 2011).

*Esperienzialità*: il costrutto fa riferimento all’articolarsi del lavoro clinico in sequenze di percezione, orientamento, contatto ed esplorazione delle emozioni, con una focalizzazione iniziale sul “qui e ora” (sensazioni, movimenti, pensieri ecc.). In gruppo, questo processo di “possibile” contatto con la propria dimensione affettiva e con i significati pregnanti connessi, può essere colto a partire da tre vertici di osservazione: paziente-terapeuta-gruppo.

Sotto il profilo esperienziale, il lavoro terapeutico evita attivamente che l’intervento avvenga in condizioni di disregolazione emozionale, ovvero al di fuori della “finestra di tolleranza” soggettiva (Siegel, 1997) essendo quest’ultima in stretta connessione con le capacità di resilienza personali (Menoni & Iannelli, 2011). La ricerca clinica documenta infatti come al di fuori di quest’area di tolleranza, si possano produrre stati di alterazione potenzialmente traumatica e dissociativa con impoverimento dei significati e rottura dei nessi associativi entro “spiralì chiuse”, con rischi psicopatologici (Schore, 2003a; 2003b).

In sintesi, nel gruppo il processo naturale di sintonizzazione affettiva (*attunement*), che la clinica ha individuato evolvere tramite cicli di regolazione-rottura-riparazione (Beebe & Lachmann, 2002), così come quello di condivisione-differenziazione dell’esperienza soggettiva (Stern, 1985), costituiscono un focus di lavoro continuativo e sono costantemente monitorati nella loro evoluzione momento-per-momento.

Il processo di arricchimento dei significati insieme a una estensione della consapevolezza emotiva corrisponde ad un ampliamento delle aree di contatto-esplorazione-comunicazione affettive; ciò implica una riduzione dei processi di impoverimento e di esclusione difensiva a vantaggio di un arricchimento e di una inclusione affettiva (Fosha, 2003).

### *Obiettivi*

L’intervento in gruppo rappresenta uno spazio dove è possibile sperimentare vissuti e elaborare significati affettivi per il sé attraverso processi attivi di partecipazione/coinvolgimento sociale (*social engagement*). Pertanto come obiettivo principale ci siamo posti di:

- stimolare i pazienti ad uscire dal loro isolamento relazionale. Nel contempo la partecipazione al gruppo ha consentito di conseguire altri obiettivi a corollario:
- Acquisire capacità di ascolto e rispetto dei tempi degli altri.
- Sostenere il riconoscimento di analogie e differenze nei vissuti.
- Ricostruire arricchendo i significati soggettivi relativi ad aspetti salienti della vita attuale, passata e futura.

### *Metodologia*

L’importanza del gruppo è legata (in particolare in questo modello) alla capacità di ciascun partecipante di cogliere, condividere e comunicare esperienze personali insieme agli altri.

Il racconto o l’ascolto di una esperienza personale, dare o ricevere *feedback*, rappresentano alcune tra le tante modalità che consentono potenzialmente di connettere livelli diversi di esperienza interna e interpersonale, permettendo in tal modo di costruire ponti attraverso processi psichici pregnanti: rievocazione, sperimentazione affettiva, desiderio ecc. Colte da questa prospettiva le funzioni dei partecipanti al gruppo possono essere così identificate (Ridolfi, Fressoia & Ulivi, 2011):

- Accettazione (i partecipanti come “compagni di viaggio”),
- Condivisione (i partecipanti possono condividere esperienze),
- Sostegno (i partecipanti offrono attivamente sostegno),
- Imitazione (i partecipanti costituiscono modelli di confronto/riferimento),
- Specchio (i partecipanti rimandano un’immagine mediante “restituzioni”),
- Sfida-Giudizio (i partecipanti sono testimoni-giudici).

### Destinatari

Sul piano psicopatologico il gruppo è eterogeneo per età e patologia (pazienti psicotici con marcata tendenza al ritiro sociale, pazienti con disturbi di personalità e pregresse condotte di abuso che presentano comportamenti maladattivi, pazienti cronici con una lunga storia di fallimenti terapeutici).

Il gruppo è costituito da un nucleo di presenze stabili aperto tuttavia con gradualità a nuovi ingressi in parte predisposti per ovviare alle potenziali uscite e/o dimissioni dei partecipanti. Il numero massimo di pazienti è fissato in sette-otto.

Per ciascuno dei pazienti selezionati è stata operata una scelta condivisa con lo psichiatra referente in ordine all’ampliamento della presa in carico che ha previsto l’integrazione della presa in carico psicofarmacologica e psicoterapica individuale con quella in gruppo.

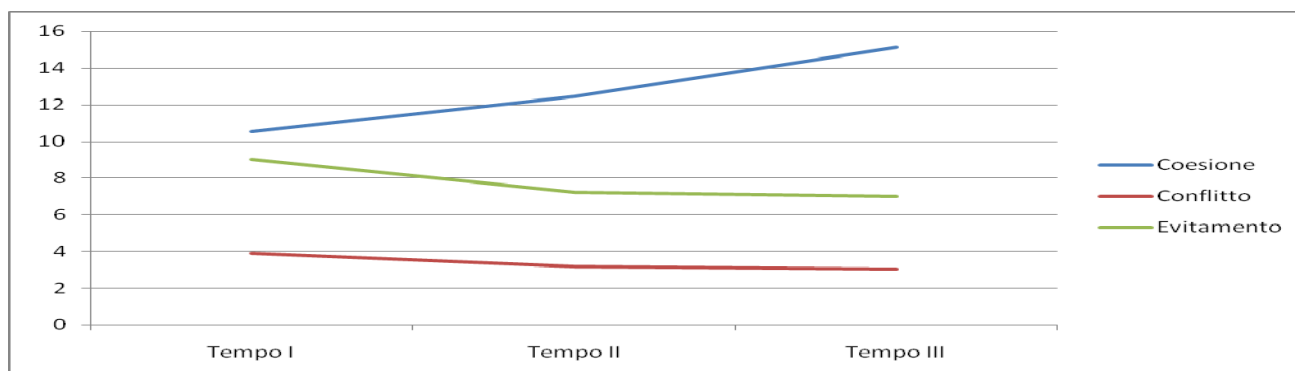
### Strumenti di verifica

Abbiamo avviato una valutazione preliminare dell’intervento rispetto all’efficacia.

Pur consapevoli dei limiti metodologici di una ricerca condotta con un esiguo numero di partecipanti e con una ridotta evidenza quantitativa, abbiamo utilizzato uno strumento per la valutazione del funzionamento globale del gruppo, il *Group Climate Questionnaire – Short Form* (GCQ-S), di cui è disponibile una validazione italiana (Costantini et al., 2002) e abbiamo predisposto un breve questionario di valutazione da parte dell’utente (*customer satisfaction*).

- Group Climate Questionnaire- Short Form (GCQ-S), creato da MacKenzie nel 1983, considera il funzionamento globale del gruppo e non l’esperienza del singolo all’interno del gruppo. Il questionario è composto da 12 item e misura tre dimensioni: coesione (coinvolgimento, grado di apertura), conflitto (rabbia, tensione, sfiducia) ed evitamento (conformismo, negazione di responsabilità). Le risposte prevedono una scala Likert da 0 a 6 punti e devono essere compilate dal conduttore del gruppo o da un osservatore esterno alla fine di ciascun incontro di gruppo. I risultati sono dati dai punteggi medi degli item per ogni sub scala. Sono stati considerati tre periodi di pari lunghezza (tre mesi) come riferimento per la valutazione diacronica dei risultati

Grafico 1. Tendenza clima di gruppo.



### Risultati

La frequenza media della partecipazione al gruppo è dell'89% e indica la stabilità del gruppo e la continuità della partecipazione nel tempo.

Di seguito presentiamo in sintesi i dati derivati dalla valutazione di due giudici ciechi che fanno parte del team di ricerca e che hanno assistito ai gruppi oggetto della presente ricerca.

Il coefficiente di concordanza di Kendall dei due valutatori è risultato per le tre sub scale pari a

Coesione:  $W = 0.6538$  ( $\text{ChiSq} = 14.3831$   $\text{df} = 11$   $p = 0.2125$ )

Conflitto:  $W = 0.5105$  ( $\text{ChiSq} = 11.2314$   $\text{df} = 11$   $p = 0.4241$ )

Evitamento:  $W = 0.2015$  ( $\text{ChiSq} = 4.4328$   $\text{df} = 11$   $p = 0.9555$ )

Tabella 1. Medie e deviazioni standard delle sub-scale GCQ-SF.

	Tempo		
	Tempo I	Tempo II	Tempo III
Coesione	M= 10,54; d.s. = 2,8	M: 12,45; d.s. = 2,3	M = 15,1; d.s = 2,7
Conflitto	M= 3,9; d.s = 2,2	M: 3,19; d.s. = 1,8	M = 3,06; d.s. = 1,5
Evitamento	M= 9; d.s. = 2	M: 7,2; d.s. = 1	M = 6,99; d.s. = 3,6

Grafico 4. serie Andamento coesione

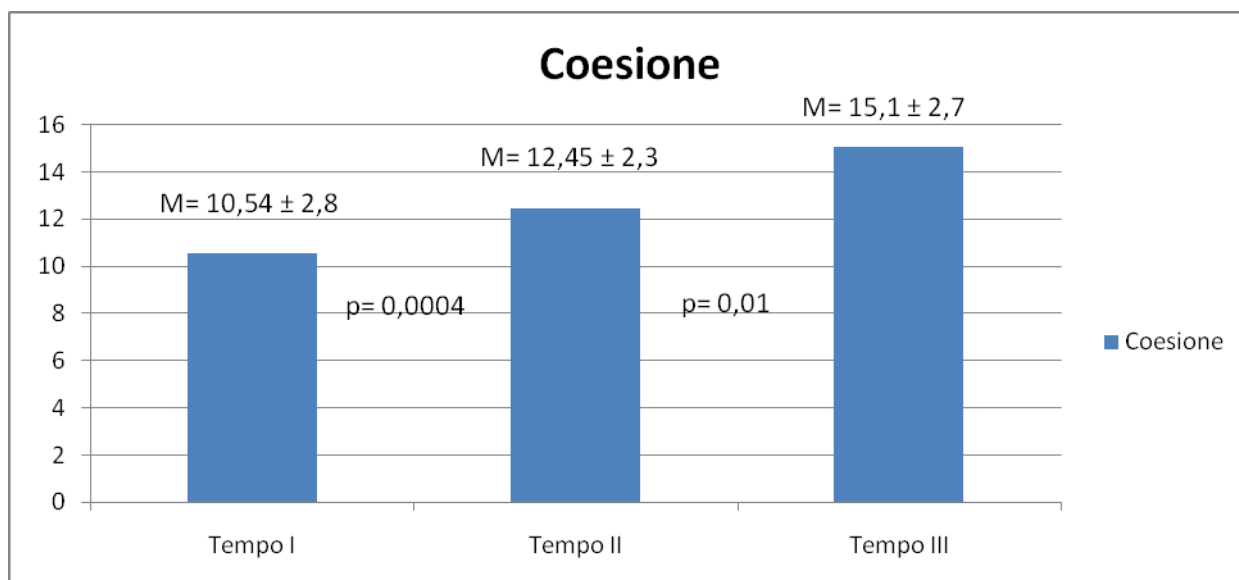
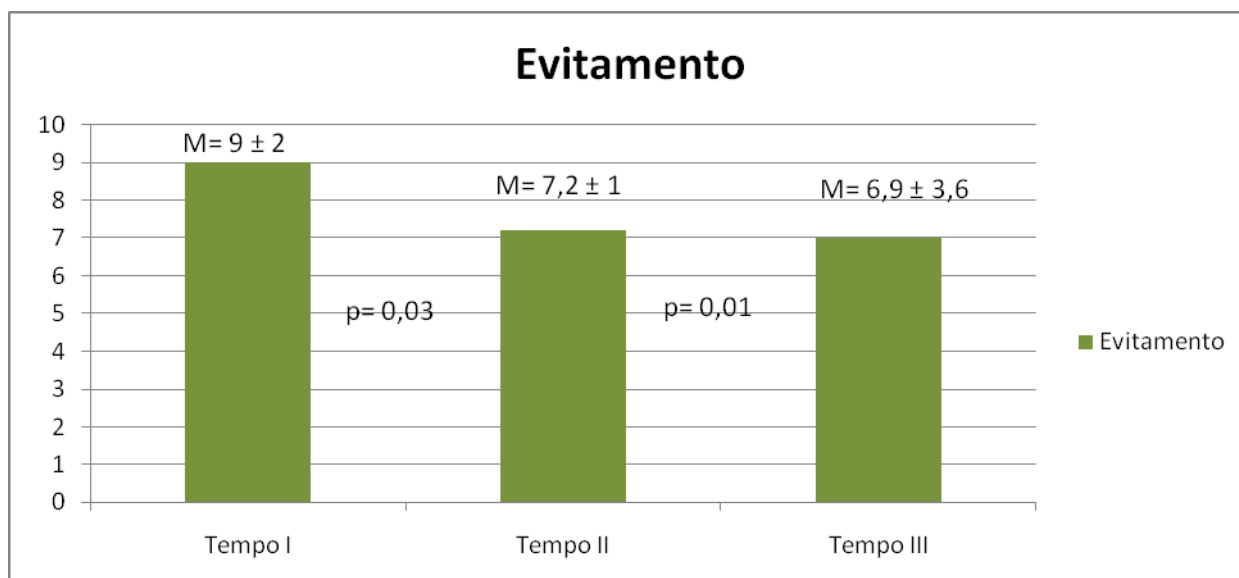


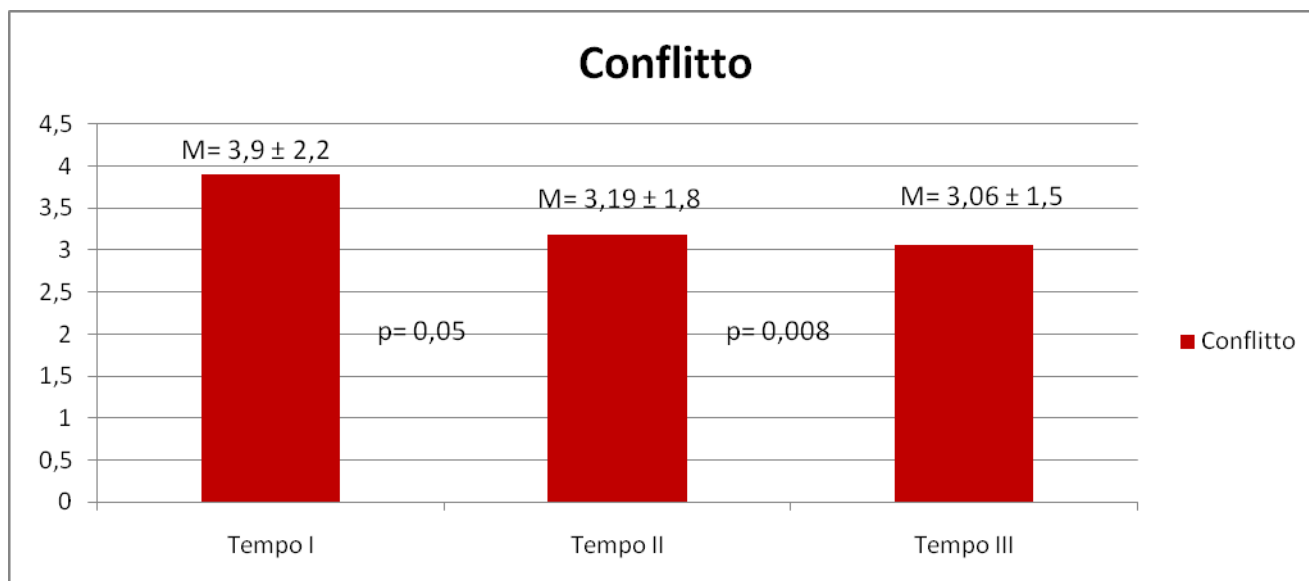
Grafico 5. Andamento evitamento.



Il questionario anonimo di gradimento relativo alla partecipazione all'intervento di psicoterapia in gruppo, costituito da sette item, mostra dati positivi (chiarezza degli obiettivi, adeguatezza del luogo di svolgimento del gruppo, rispetto dei tempi previsti ecc.). I risultati ottenuti indicano un punteggio medio di 27, più che soddisfacente (cut-off pari a 21).

La scala dell'evitamento (Grafico, 6) non è risultata attendibile, per cui non è stata validata (Costantini et al., 2002). Gli item che riguardano questa scala (3;5;9) appaiono inglobabili dal punto di vista concettuale nella scala "conflitto" poiché sono anch'essi interpretabili come "clima di gruppo negativo".

Grafico 6. Andamento conflitto.



### Conclusioni

In questo lavoro abbiamo cercato di rappresentare l'importanza dell'intervento psicoterapeutico in gruppo all'interno del contesto OPG. Pur nella consapevolezza dei limiti di questa ricerca possiamo sostenere che il lavoro in gruppo rappresenta in un contesto caratterizzato dalla convivenza coattiva delle persone, un intervento con un forte valore aggregante attraverso il quale combattere il profondo senso di solitudine e chiusura egoistica che spesso sono presenti nel vissuto di questi pazienti.

Indipendentemente dai risultati che sono preliminari e del tutto parziali, anche con pazienti molto gravi il gruppo sembra poter costituire uno spazio di elaborazione personale e di condivisione su temi ad alta pregnanza soggettiva.

Le serie temporali delle variabili osservate mostrano infatti un maggiore livello di intimità e reciproco sostegno tra i membri del gruppo. I pattern emersi e che stanno ulteriormente profilandosi configurano tendenze nel tempo di indubbio interesse, di cui però andrà valutata la significatività statistica in una sperimentazione più ampia.

Particolarmente importante come ulteriore linea di ricerca sarà inoltre proseguire nell'analisi dell'evoluzione dei processi intersoggettivi presenti in gruppo anche in relazione a una selezione dei pazienti più mirata, che consenta una focalizzazione e un intervento ancora più tagliato su misura per aumentare l'efficacia e la prospettiva di cura delle persone in trattamento.

### Bibliografia

Burlingame, G.M., Mackenzie, R.K., & Strauss, B. (2004). Small Group Treatment: evidence for effectiveness and mechanism of change” In M. Lambert (Ed.), *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (pp.647-696), 5<sup>th</sup> ed. John Wiley and sons, New York.

Burlingame, G.M., Mc Clendon, D.T., & Alonso, J. (2011). *Cohesion in Group Therapy*, 48(1), 34-42.

Cermolacce, M., Naudin, J., & Parnas, J. (2007). The “minimal self” in psychopathology: Re-examinig the self-disorders in schizophrenia spectrum. *Consciousness and Cognition*, 16, 703-714.

Costantini, A., Picardi, A., Podrasky, E., Lunetta, S., Ferraresi, G. & Balbi, A. (2002). Questionario sul Clima di Gruppo: validazione di una misura di processo per le psicoterapie di gruppo. *Rivista di psichiatria*, 37(1), 14-19.

De Polo, R. (2007). *La bussola psicoanalitica tra individuo, gruppo e società*. Milano: FrancoAngeli.

Erskine, R.G. (2010). Relational Group Psychotherapy: the helaing of stress, neglect and trauma. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 1(1), 1-10.

Fosha, D. (2003). *Dyadic regulation and experiential work with emotional and relatedness in trauma and disorganized attachment*. In M.F. Solomon, D.J. Siegel (Eds.). *Healing trauma: attachment, trauma, the brain and the mind*. (pp. 221-281). New York: Norton.

Legrand, D. (2007). Pre-reflective self-as-subject from experimental and empirical perspectives. *Consciousness and Cognition*, 16, 583-599.

Lo Coco, G., Giannone, F., & Lo Verso, G. (2006). *La ricerca in psicoterapia di gruppo*. In N. Dazzi, V. Lingiardi & A. Colli (Eds.). *La ricerca in psicoterapia: Modelli e strumenti* (pp. 49-64). Milano: Raffaello Cortina

Lo Coco, G., Prestano, C., & Lo Verso, G. (2009). *L'efficacia clinica delle psicoterapie di gruppo*. Milano: Raffaello Cortina.

Northoff, G., & Panksepp, J. (2008). The trans-species concept of self and the subcortical cortical midline system. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(7), 259-264.

Laurenceau, J-P., Hayes, A.M., & Feldman, G.C. (2007). *Some Methodological and Statistical Issues in the Study of Change Processes in Psychotherapy*. *Clinical Psychological Review*. 27(6): 682–695.

Menoni, E., & Iannelli, K. (2009). *Il modello integrative E.A.I.E. (Evolutivo, Affettivo, Intersoggettivo, Esperienziale)*. Relazione al convegno processi di vita e psicoterapia: intersoggettività, sviluppo, riparazione e cambiamento. Firenze AIPP, 5 settembre 2009.

Menoni, E., & Iannelli, K. (2010a) *The Integrative model (EAIE) Evolution, Affect, Intesubjectivity, Experience. A proposal*. Paper presentato a XXVI Conference SEPI Firenze, 27-30 maggio 2010.

Menoni, E., & Iannelli, K. (2010b). *Un modello di psicoterapia integrativa: EAIE*. Paper presentato al I Congresso Internazionale. Il Neo-Funzionalismo. Napoli, 8-9 maggio, 2010.

Menoni, E., & Iannelli, K. (2011). *Modelli psicoterapeutici integrativi e neuroscienze*. In P. Petrini e A. Zucconi (Eds.) *Psicoterapie e neuroscienze* (pp.171-208). Roma: Alpes.

Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York, Oxford University Press.

Ridolfi, A., Fressoia, F., & Ulivi, S. (2011). *La formazione terapeutica come viaggio in the group: una prospettiva integrativa*. In P. Moselli (Ed.) *Il nostro mare affettivo*, (pp. 203-206). Roma: Alpes.

Siegel, D.J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford Press. (Trad. it. *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza relazionale*. Milano, Cortina, 2001).

Siegel, D. (2003). *An interpersonal neurobiology of psychotherapy: The developing mind and the resolution of trauma*. In M.F. Solomon & D.J. Siegel (Eds.) *Healing Trauma: Attachment, mind, body, and brain*, (pp.1-56). New York: Norton

Schore, A. (2003a). *Affect regulation and the repair of the self*. New York, MA: Norton.

Schore, A. (2003b). *Affect dysregulation and disorders of the self*. New York, MA: Norton.

Smith, M.L., Glass, G.V., & Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD. John Hopkins University Press.

Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis developmental psychology*, New York, Basic Books, (Trad it. *Il mondo interpersonale del bambino*. Bollati Boringhieri, Torino, 2000).

Watt (2007). *Toward a neuroscience of empathy. Integrating cognitive and affective perspectives*. *Neuropsychoanalysis*, 9, 119-140.

Yalom, I.D., & Leszcz, M. (2005). *The Theory and practice of Group Psychotherapy -5th Edition* (Trad. it.) *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*, Bollati Boringhieri, Torino, 2005.

## Un servizio di psicologia in un contesto ospedaliero: risorse e criticità

di **Andrea Cappabianca\***, **Fabiana Gallo\*\***, **Alberto Vito\*\*\***

### *Abstract.*

L'articolo presenta uno studio d'archivio relativo a 144 cartelle cliniche relative alle prestazioni dell'anno 2011 svolte presso l'U.O.S.D. di Psicologia Clinica dell'A.O.R.N. Ospedali dei Colli di Napoli. I dati analizzati consentono di effettuare interessanti considerazioni sul ruolo dello psicologo in ospedale. Tale contesto, infatti, è rappresentato socialmente come il luogo della cura del corpo in cui, il più delle volte, viene riconosciuto un ruolo di secondo ordine al disagio psicologico. Le trasformazioni dei processi di cura in ambito ospedaliero, conseguenti al progresso scientifico e tecnologico oltre che ad una maggiore attenzione ai bisogni dell'utenza, comportano l'incremento delle esigenze attinenti la sfera della soggettività, delle relazioni, della comunicazione, della gestione dello stress, riferite sia ai pazienti ed ai loro familiari che agli operatori ed alle strutture. In tal senso lo psicologo si pone da un lato come punto di riferimento per la presa in carico di tali bisogni, dall'altro come motore propulsore di un cambiamento culturale ormai necessario.

*Parole chiave:* Psicologia ospedaliera, psicologia e medicina, disturbi mentali in medicina generale, worried well, HIV.

### *Le funzioni della psicologia in ospedale*

Un'importante ricerca dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Üstün & Sartorius, 1995), ha mostrato che il 24% dei pazienti della medicina generale è affetto da un disturbo psichiatrico. Secondo studi più recenti condotti in Italia, invece, i disturbi psichiatrici - soprattutto di tipo ansioso-depressivo - riguardano il 12,4% dei pazienti della medicina generale e tale percentuale sale al 17,9% se si includono anche i disturbi sottosoglia (Menchetti, Bortolotti, Bombi & Berardi, 2007). Inoltre, l'assenza di adeguate procedure diagnostiche, che pesano sul bilancio del Servizio Sanitario Nazionale, non consente di scoprire una specifica eziologia per circa un terzo dei sintomi che i pazienti riferiscono al medico di base, facendo quindi pensare a somatizzazioni, ad un disturbo depressivo o ansioso (Tarsitani & Biondi, 2009).

Nonostante l'affermarsi pluridecennale del modello bio-psico-sociale per la definizione del concetto di salute e, con la Carta di Ottawa (1986), il recente ulteriore riconoscimento dell'importanza dei bisogni spirituali del malato da parte dell'OMS, si continua però ad assistere ad una polarizzazione dell'attenzione e delle risorse ai soli aspetti fisici del benessere (La Torre & Diamante, 2000).

Ciò avviene anche quando un fattore psicologico potrebbe essere una concausa della patologia somatica. In altri termini, il più delle volte, sia gli operatori della sanità che gli stessi malati si preoccupano principalmente della patologia organica e riconoscono un ruolo di secondo ordine al disagio psicologico che sperimentano.

Soprattutto in ospedale tali questioni assumono fondamentale importanza. Di fatto, la sola condizione di ricovero comporta la totale destrutturazione delle abitudini quotidiane ed impone un nuovo adattamento ai luoghi ed ai ritmi dell'Istituzione: si pensi alla condivisione degli spazi, alla rinuncia alla privacy, allo stato di dipendenza da operatori e familiari, alla scarsa attenzione ai bisogni emotivi del paziente. Se a questo si aggiunge la sofferenza fisica e l'impatto che la malattia può avere sul progetto di vita di una persona, si comprende quanto sia imprescindibile il lavoro di psicologi che si occupino del trattamento di coloro che sono affetti da patologie organiche. E' quindi indispensabile fare il possibile per migliorare il contesto ospedaliero da un lato, e dall'altro offrire contenimento al malato durante il percorso che deve affrontare, cercando di potenziare le risorse individuali e familiari, proponendo riorganizzazioni cognitive che lo spingano a guardare la

\* Psicologo Tirocinante U.O.S.D. Psicologia Clinica A.O.R.N. Ospedali dei Colli, Napoli

\*\* Psicologa Volontaria U.O.S.D. Psicologia Clinica A.O.R.N. Ospedali dei Colli, Napoli

\*\*\* Responsabile U.O.S.D. Psicologia Clinica A.O.R.N. Ospedali dei Colli, Napoli



situazione che vive da punti di vista diversi, e sostenendolo tanto nell'accettazione della patologia quanto nell'adattamento ad essa ed alla nuova realtà che si trova a vivere.

Per questo motivo sono sorte, nel nostro Paese, Unità Operative di Psicologia Ospedaliera, anche se la diffusione non è omogenea in tutto il territorio nazionale (meno presenti al sud), con il principale obiettivo di migliorare la qualità globale del processo di cura e di assistenza, lavorando sulle risonanze emotive e sulle rappresentazioni, che malati, familiari e operatori sviluppano di fronte alla malattia o al trauma ad esso connesso.

#### *Attività dell'Unità Operativa S.D. di Psicologia Clinica dell'A.O.R.N. Ospedali dei Colli*

Nel 2011, nel quadro della riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Campania, si è costituita l'A.O.R.N. Ospedali dei Colli, in cui sono confluite l'A.O. Monaldi, specializzata prevalentemente in patologie di tipo pneumo-cardiovascolare, l'A.O. Cotugno, specializzata in patologie infettive e diffuse, ed il Centro Traumatologico Ortopedico, già presidio ospedaliero dell'Asl Napoli 1.

All'interno della neo Azienda è presente l' U.O.S.D. di Psicologia Clinica mentre in passato, presso l'A.O. Cotugno era attiva, dal 2003, l'Unità Operativa S. di Psicologia Ospedaliera, collocata all'interno della struttura complessa di Psichiatria di Consultazione ed Epidemiologia Comportamentale. Attualmente, presso l'Ospedale Cotugno, sono presenti uno psicologo dirigente, con formazione psicoterapeutica ad orientamento sistemico-relazionale, con funzione di responsabile del Servizio e un gruppo di circa 10 psicologi e psicoterapeuti borsisti, volontari e tirocinanti; presso l'A.O. Monaldi vi è una psicologa dirigente inquadrata nell'UOC di Neonatologia; nei tre presidi, inoltre, sono presenti psicologi borsisti e volontari nell'UOC di Oncologia, nell'UOSD Centro per il Trattamento del Tabagismo, nell'UOSD Trapianti Cuore, nell'UOC di Neurologia, nel UOC di Ospedalizzazione a Domicilio, partecipanti a periodiche riunioni ed attività di aggiornamento.

Le prestazioni dell'U.O.S.D. di Psicologia Clinica presso l'ospedale Cotugno si articolano prevalentemente in:

1. attività clinica: le principali aree di intervento psicologico sono la psicopatologia, la sofferenza psicologica connessa con la patologia organica (ad esempio pazienti affetti da HIV, oncologici).

L'intervento dello psicologo può essere rivolto a tutti i pazienti in ospedale, sia ricoverati, sia in regime di day-hospital che in trattamento ambulatoriale.

Durante la degenza, l'intervento psicologico si articola in consulenze nei reparti previa richiesta del medico o del paziente stesso e dei suoi familiari; talvolta questo intervento è svolto insieme allo psichiatra, affinché possano essere valutati sia gli aspetti di tipo strettamente psicologico, che gli aspetti relativi ad una patologia psichica più grave che necessitano di interventi anche farmacologici. La consulenza è concordata di volta in volta con i medici del reparto, affinché intorno al paziente si crei una vera e propria rete di sostegno che lo consideri nella sua totalità mente-corpo.

Il servizio ambulatoriale è rivolto sia agli ex degenti dell'ospedale che a pazienti esterni, che sino a quel momento non hanno avuto alcun rapporto diretto con la struttura, i quali possono afferire al servizio attraverso richiesta del medico curante. Gli interventi ambulatoriali si articolano, sostanzialmente, a tre livelli: interventi di tipo consulenziale, di breve termine, focalizzati sul problema, che possono anche proseguire con una presa in carico più strutturata; trattamenti di psicoterapia individuale, di coppia e familiare ad orientamento sistemico-relazionale, con un massimo di sedici incontri; valutazioni psicodiagnostiche attraverso la somministrazione di questionari psicologici con la stesura di relazione scritta. Tali attività vengono talvolta svolte in collaborazione con gli psichiatri, laddove è suggerita un'integrazione tra gli interventi strettamente psicologici e quelli farmacologici.

Una parte significativa dell'attività clinica è rivolta ai pazienti affetti da HIV per i quali viene utilizzato un apposito modello di intervento in cui l'assistenza psicologica è proposta sin dal primo contatto col paziente, che viene accompagnato nella fase diagnostica e in tutto l'iter della malattia. Nel trattamento con tali pazienti le aree di maggiore interesse riguardano la qualità della vita e dei

rapporti interpersonali con il proprio partner, con i propri genitori, con i propri figli, con i propri amici, la consapevolezza della propria malattia, la progettualità personale, i desideri e le paure. Tali questioni sono considerate di volta in volta rispetto alle esigenze del paziente, rispettando la sua assoluta libertà di scelta, ma favorendo un processo che mira alla presa di coscienza delle dinamiche più profonde che incidono su questi rapporti. E' inoltre importante individuare le risorse e gli affetti del paziente e le reti di relazioni formali che possono sostenerlo, attivando anche interventi per sostenere il carico emotivo dei caregivers. In tal senso, la consulenza può essere anche allargata ad un eventuale coniuge, effettuando una consulenza di coppia, e alla famiglia, ove il paziente lo richieda espressamente e ne senta la necessità: ciò con l'intento di aiutare il paziente a comunicare la sua condizione e per migliorare la qualità della vita sia delle persone sieropositive sia di coloro ad esse più vicini.

Un campo specifico d'intervento riguarda il trattamento dei "worried well", ovvero i pazienti ipocondriaci che sebbene abbiano un rischio di infezione basso o nullo, nutrono un'apprensione smisurata nei confronti dell'HIV (Vito, Mauriello, Nardini & Viparelli, 2006).

E' attivo, inoltre, il centro per la cura del tabagismo, indirizzato sia al personale dipendente dell'ospedale, sia agli utenti esterni. Esso si avvale di una equipe formata da psicologi ed un pneumologo, operando con un approccio integrato che tiene conto tanto delle problematiche psicologiche connesse con l'abitudine del fumo, tanto degli aspetti fisici che il tabagismo comporta. Il problema viene affrontato in primis attraverso incontri individuali, condotti da uno psicologo, con una finalità informativa ed educativa che fa luce sui costi e benefici dell'abitudine al fumo, successivamente viene appositamente adibito un setting in cui approfondire la storia personale di ogni fumatore e le abitudini legate al fumo; i colloqui prevedono un'analisi della motivazione al trattamento, con una prima fase di auto-osservazione cui fa seguito il programma vero e proprio di disassuefazione. I trattamenti farmacologici sono di pertinenza del pneumologo.

2. attività di formazione. Il servizio cura la formazione di laureati in psicologia che possono svolgere tirocinio presso la struttura e di specializzandi in psicoterapia; si effettua un'attività di supervisione, aggiornamento professionale, attività seminariali e convegni. Inoltre, partecipa alle attività di formazione dell'A.O. rivolte a tutto il personale, per le tematiche di specifica competenza.

3. attività di ricerca. Sono in corso ricerche sulla qualità della vita in pazienti laringectomizzati, sulla percezione del tabagismo come problematica psicologica nella popolazione, sui disturbi neurocognitivi in soggetti HIV (Cfr. Vito, D'Alessandro & Parrella, 2011; Mauriello, Vito & Starace, 2002; Nardini et. al., 2005; Starace et al., 2006; Vito, Lupoli, & Tizzano, 2006; Vito, Tizzano & De Micco, 2006)

Sono presentati, in questa sede, i dati relativi alle prestazioni dell'anno 2011 che offrono lo spunto per alcune considerazioni.

#### *La ricerca*

Nell'intento di individuare le caratteristiche della popolazione di utenti che nell'anno 2011 hanno usufruito delle attività del Servizio, svolte esclusivamente presso il presidio Cotugno, abbiamo intrapreso una ricerca d'archivio relativa alle cartelle cliniche che fanno riferimento a circa 550 prestazioni per 144 utenti<sup>1</sup>. I dati raccolti, analizzati statisticamente, riguardano le seguenti variabili: sesso, età, tipo di diagnosi, trattamento e numero di sedute effettuate.

#### *Risultati*

---

<sup>1</sup> Si fa riferimento esclusivamente alle prestazioni fornite direttamente dall'UO di Psicologia Clinica. Non sono comprese le prestazioni psicologiche erogate da colleghi presenti nella struttura, ma afferenti ad altri reparti.

Dall'analisi delle cartelle cliniche si osserva che i 144 pazienti che hanno usufruito delle attività della nostra Unità Operativa sono in prevalenza uomini, 81, pari al 56,3%, rispetto alle donne, 63, pari al 43,8% (tab. 1).

SESSO (tab. 1)

	frequenze	percentuali
maschio	81	56,3%
femmina	73	43,8%

Di essi, 36 hanno un'età compresa tra i 31 e i 40 anni (pari al 25,0%), mentre 34 pazienti hanno un'età compresa tra i 41 e i 50 anni (pari al 23,6%), 32 pazienti hanno un'età compresa tra i 51 e i 60 anni (pari al 22,2%), 22 pazienti hanno un'età compresa tra i 21 e i 30 anni (pari al 15,3%), 11 pazienti hanno un'età compresa tra i 61 e i 70 anni (pari al 7,6), 4 pazienti hanno un'età compresa tra gli 11 e i 20 anni (pari al 2,8%), 3 pazienti hanno un'età compresa tra 0 e 10 anni (pari al 2,1%) ed infine 2 pazienti hanno un'età maggiore di 70 anni (pari al 1,4%) (tab. 2). In sostanza, circa il 70% hanno un'età compresa tra i 30 e 60 anni ed il 15% hanno tra i 20 ed i 30 anni. Non essendo il nostro un ospedale pediatrico, è comprensibile che la percentuale di bambini sia molto bassa (prevalentemente ricoverati per sospette meningite o encefalopatie), mentre la percentuale bassa di adolescenti può essere attribuita all'immagine dell'ospedale di malattie infettive nell'immaginario cittadino, non facilitante il contatto.

ETA' (tab. 2)

	frequenze	percentuali
0 - 10	3	2,1%
11 - 20	4	2,8%
21 - 30	22	15,3%
31 - 40	36	25,0%
41 - 50	34	23,6%
51 - 60	32	22,2%
61 - 70	11	7,6%
> 70	2	1,4%

Per quanto riguarda la diagnosi<sup>2</sup> si può osservare che quelle più frequenti nell'anno 2011 riguardano le conseguenze emotive legate all'HIV e i disturbi della sfera ansioso-depressiva: 49 pazienti (pari al 34,0%), infatti, hanno diagnosi di un disturbo psichiatrico HIV-correlato (ansia, depressione, disturbi del sonno legati all'HIV), mentre a 23 pazienti è stato diagnosticato un disturbo ansioso (pari al 16,0%) e a 21 pazienti un disturbo depressivo (pari al 14,6%).

Seguono 7 pazienti con disturbi correlati a patologie organiche diverse dall'infezione da HIV (pari al 4,9%) e 7 pazienti con diagnosi di deficit cognitivi (pari al 4,9%). I pazienti con diagnosi di worried well e ipocondria sono 6 (pari al 4,2%) come quelli con diagnosi di disturbo alimentare (4,2%). Con diagnosi di tabagismo sono stati riscontrati 5 pazienti (pari al 3,5), a 4 pazienti è stata diagnosticata una psicosi (pari al 2,8%) e a 3 pazienti problemi relazionali (pari al 2,1%). Seguono, infine, 2 pazienti con diagnosi principale di alcolismo (pari all'1,4%), 2 con diagnosi di tossicodipendenza (pari all'1,4%), 1 paziente con diagnosi borderline (pari allo 0,7%), 1 paziente con diagnosi di fobia scolastica (pari allo 0,7%) ed 1 paziente con disturbo acuto da stress (pari allo 0,7%) (tab. 3).

Pur considerando la genericità dei criteri diagnostici (tra l'altro, molti pazienti hanno doppia diagnosi ma in tal caso ne è stata riportata solo la principale<sup>3</sup>) sono possibili alcune osservazioni. La netta prevalenza dei soggetti affetti da HIV+ (più di un terzo del totale dei pazienti) è spiegabile

<sup>2</sup> Si precisa che si fa riferimento a criteri diagnostici piuttosto ampi. Considerato che diversi pazienti sono stati visti una sola volta, per attività consulenziale, è evidente che la diagnosi deve essere considerata solo indicativa e non ha caratteristiche di validità medico-legale. Si tratta di un indicatore esplicativo utilizzato esclusivamente per tale ricerca.

<sup>3</sup> Ciò può spiegare perché sono sottostimate le diagnosi di Tossicodipendenza.

dal tipo di specializzazione dell'Ospedale e dalla mission storica del nostro Servizio, e conferma quanto sia importante la presenza di figure che si occupino degli aspetti psicologici dell'infezione da HIV/AIDS. Anche i 6 casi di "worried well" sono comunque indirettamente connessi a tale patologia e confermano la nostra specifica competenza a trattare tali pazienti (Vito, Mauriello, Nardini & Viparelli, 2006). Allo stesso tempo, il fatto che circa un altro terzo degli utenti si sia rivolto al nostro servizio per problematiche di tipo ansioso-depressivo ed anche la notazione che è presente comunque lo spettro delle maggiori classi di psico-patologia, fanno riflettere su quanto il Cotugno costituisca un punto di riferimento per le persone che necessitano di un sostegno psicologico in generale, non sempre correlato ad una condizione di tipo organico, ed è indice tanto della recente apertura dell'Ospedale a patologie diverse da quelle infettive, quanto della risposta positiva da parte dell'utenza a tale apertura.

#### DIAGNOSI (tab. 3)

	frequenze	percentuali
Dist. psichiatrici HIV-correlati	49	34,0%
Disturbi d'ansia	23	16,0%
Depressione	21	14,6%
Dist. psichiatrici correlati a patologia organica	7	4,9%
Deficit cognitivi	7	4,9%
Worried well/Ipocondria	6	4,2%
Disturbi alimentari	6	4,2%
Tabagismo	5	3,5%
Disturbo psicotico	4	2,8%
Prob. relazionali	3	2,1%
Alcolismo	2	1,4%
Tossicodipendenza	2	1,4%
Gioco d'azzardo patologico	2	1,4%
Disturbo bipolare	2	1,4%
Stato nevrotico	2	1,4%
Fobia scolare	1	0,7%
Disturbo borderline	1	0,7%
Disturbo acuto da stress	1	0,7%

In merito alla frequenza dei trattamenti, nell'anno 2011 sono stati effettuati 515 interventi. Il trattamento più frequente in assoluto è stata la psicoterapia, che rappresenta circa il 65% del totale delle attività svolte, con un numero complessivo di 332 sedute, di cui circa l'80% individuali. Il secondo intervento più comune, circa il 19%, è stata invece la consulenza psicologica.

Circa il 6% delle attività ha riguardato la comunicazione di una diagnosi di HIV e la relativa consulenza, mentre circa il 10% la somministrazione di test neurocognitivi o di personalità ed il trattamento del tabagismo.

#### FREQUENZA TRATTAMENTI (tab. 4)

	frequenze	percentuali
psicoterapia individuale	272	52,9%
consulenza psicologica	99	19,2%
psicoterapia familiare	35	6,8%
comunicazione diagnosi/ consulenza HIV	34	6,6%
Test	27	5,2%
Psicoterapia di coppia	25	4,8%
Trattamento antifumo	23	4,5%
Totale	515	100,0 %

Per quanto riguarda il numero di sedute, 76 pazienti (pari al 52,8%) hanno effettuato una sola seduta; 31 pazienti (pari al 21,5%) hanno effettuato da 2 a 4 sedute; 19 pazienti (pari al 13,2%)

hanno effettuato da 5 a 8 sedute; 9 pazienti (pari al 6,3%) hanno effettuato da 9 a 12 sedute e altri 9 (pari al 13,2%) hanno effettuato più di 13 sedute (tab. 5).

#### NUMERO SEDUTE (tab. 5)

	frequenze	percentuali
1 seduta	76	52,8%
da 2 a 4 sedute	31	21,5%
da 5 a 8 sedute	19	13,2%
da 9 a 12 sedute	9	6,3%
> di 13 sedute	9	6,3%

Rispetto al numero di sedute, il fatto che circa la metà dei pazienti effettui un solo incontro è da leggere alla luce dei trattamenti compiuti, in quanto sia la comunicazione della diagnosi sia la somministrazione di test sono interventi che richiedono pochi colloqui, a volte anche uno solo. Il nostro modello di intervento prevede l'esplicitazione della possibilità di intraprendere un percorso più strutturato all'utente, che poi decide se impegnarsi o meno in tale percorso. Metà degli utenti ha, infatti, scelto di proseguire il trattamento. Esso occupa un arco di tempo lungo solo in alcuni casi (12,6% oltre le 8 sedute in un anno)<sup>4</sup>, configurandosi prevalentemente come un intervento di sostegno psicoterapico o consulenziale centrato sulla crisi. Ciò appare in linea sia con le peculiarità della struttura in cui il nostro servizio è collocato, in quanto diversi pazienti fanno coincidere l'intervento psicologico con la giornata in cui avviene un D.H., sia con l'approccio teorico sistemico-relazionale, che prevede trattamenti di breve e media durata.

Tra i test, quelli più frequentemente usati sono quelli idonei a valutare i disturbi neurocognitivi, richiesti dagli infettivologi che hanno in carico i pazienti HIV+.

#### *Conclusioni e commenti*

A partire dai dati esposti è possibile effettuare alcune considerazioni rispetto alle peculiarità del nostro servizio.

Il primo dato al quale prestare attenzione è l'elevato numero di pazienti. Ciò costituisce un punto di forza in quanto nel 2011 sono stati 144 gli utenti dell'Unità di Psicologia Clinica del solo presidio Cotugno degli Ospedali dei Colli.

Non è da trascurare, inoltre, il numero ed il tipo di trattamenti effettuati. E' da specificare che il nostro servizio prevede per il paziente la possibilità di effettuare una consulenza, focalizzata sulla crisi e svolta durante il ricovero quasi sempre su richiesta di un medico, oppure una psicoterapia. Su un totale di 515 trattamenti circa il 65% è stato di tipo psicoterapico. Se a questa percentuale si aggiunge quella relativa alla consulenza psicologica (19,2%) si nota quanto sia forte, tra gli utenti, la necessità di un sostegno psicologico.

Il discreto numero di test neurocognitivi o di personalità effettuati è espressione, invece, del valore della figura dello psicologo rispetto alla collaborazione tra questi e gli altri reparti dell'Ospedale, qualora essi necessitino di un parere dello specialista.

E' di fondamentale importanza, inoltre, considerare il contesto in cui è collocata la nostra Unità. La realtà ospedaliera, infatti, è profondamente diversa da quella dagli altri servizi sul territorio e non è da trascurare, inoltre, il fatto che l'ospedale Cotugno, data l'area di specializzazione, è storicamente considerato, nell'immaginario collettivo dalla popolazione cittadina e regionale, come una sorta di lazzaretto, quindi un luogo potenzialmente pericoloso dove le persone, in fondo, vogliono andare meno che negli altri ospedali. Tuttavia, oltre agli sforzi costanti delle ultime Amministrazioni, volte a dare un'immagine più moderna e rassicurante della struttura, è da dire che una nostra ricerca svolta alcuni anni fa ha mostrato che, per i nostri pazienti, la scelta di essere seguiti da uno psicologo in ospedale era motivata dalla garanzia di affidabilità che la

<sup>4</sup> Si tenga presente che un certo numero di pazienti, pur con un numero limitato di sedute, hanno trattamenti che proseguono per più anni e quindi per alcuni di essi i dati del 2011 fanno riferimento a trattamenti già in corso ed iniziati negli anni scorsi.

struttura comunque possiede. Inoltre, essi affermavano di percepirsi meno stigmatizzati socialmente, come a dire “vado in ospedale” invece che “vado al consultorio” o “vado al Servizio di salute mentale” alleviasse dal senso di inadeguatezza che, spesso, la richiesta di un supporto psicologico comporta, a causa di preconcetti culturali (Vito, Mauriello, Nardini & Viparelli, 2006).

I dati analizzati offrono anche interessanti spunti di riflessione per migliorare il servizio che offriamo. Rispetto alla diagnosi, colpisce il numero basso dei pazienti che vengono trattati per problematiche psicologiche connesse a patologie organiche diverse dall'HIV (circa il 5%). Anche in questo caso è il contesto che offre una possibile chiave di lettura: non sono infatti numerosi i reparti a connotazione non infettivologica. Questo dato si potrebbe spiegare da un lato come una scarsa attenzione dei medici ai risvolti psichici della patologia organica ed alle connessioni mente-corpo; dall'altro come un punto di debolezza del servizio, rispetto alla capacità di lavorare in rete con gli operatori dei reparti meno attenti agli aspetti psicologici dei pazienti e di stimolarli alla considerazione di questi ultimi. Lo stesso discorso vale per il trattamento psicologico del tabagismo. Nel 2011, nonostante gli sforzi per promuovere tale attività, solo il 3,5% dell'utenza ha richiesto questo tipo di intervento. E' da dire che, in generale, è forse più frequente richiedere un sostegno psicoterapico per un disturbo ansioso, piuttosto che per smettere di fumare (anche una nostra ricerca, Vito, D'Alessandro & Parrella, 2011, mostra che, sebbene su una popolazione di 266 persone il 90 % ritiene che il tabagismo sia una dipendenza psicologica, solo pochissimi ex fumatori hanno utilizzato percorsi medici e/o psicologici per disintossicarsi). Il numero di utenti potrebbe essere comunque incrementato incentivando la comunicazione tra il servizio di psicologia dell'Ospedale ed i servizi sanitari presenti sul territorio, in particolare con i Medici di Famiglia, che rappresentano una vera e propria risorsa in tal senso.

Il presente studio d'archivio, dunque, costituisce una fotografia che evidenzia qualità, limiti e risorse dell'U.O. di Psicologia Clinica dell'A.O.R.N. Ospedali dei Colli. Esso evidenzia sicuramente quanto sia importante la figura dello psicologo all'interno dell'ospedale, luogo da sempre rappresentato socialmente come lo spazio della cura del corpo. Lo psicologo, allora, diviene da un lato un fondamentale punto di riferimento per gli utenti che necessitano di curare anche la mente, dall'altro il possibile motore propulsore di un cambiamento culturale necessario.

### *Bibliografia*

- La Torre, D., & Diamante, M., (2000). Eziopatogenesi del disturbo di panico: fattori psicologici. *iNòos, Aggiornamenti in psichiatria*, 6,.4, 281-30.
- Mauriello, S., Vito, A., & Starace, F., (2002). La percezione del contesto negli utenti di un servizio ambulatoriale di psicologia in un ospedale di malattie infettive. *Babele*, 22, 66-68.
- Menchetti, M., Bortolotti, B., Bombi, A., & Berardi, D., (2007). Epidemiologia dei Disturbi Mentali nella Medicina Generale: I Risultati delle Ricerche Italiane. *Nóos, Aggiornamenti in Psichiatria*, 3, 201-210.
- Nardini, G., Cafaro, L., De Micco, A., Tizzano, L., Viparelli, G., Vito, A., et al. (2005). Valutazione delle problematiche psichiatriche e degli aspetti psicosociali nelle epatopatie croniche. *Psichiatria di Consultazione*, 1, 38-40.
- Organizzazione Mondiale della Sanità, (1986). *La Carta di Ottawa*. Ginevra;
- Starace, F., Cafaro, L., Nardini, G., Viparelli, G., & Vito, A. (2006). *L'evoluzione dell'assistenza psicologica al paziente sieropositivo*. In Vitelli, R., & Valerio, P. (2006). *Virus "mentali" e virus "biologici". HIV, comportamenti a rischio di contagio ed interventi preventivi*. Milano: , FrancoAngeli, pp.41-55.
- Tarsitani, L., & Biondi, M. (2009). *Impatto dei disturbi mentali sulla medicina*. In Biondi, Carpiello, Muscettola, Placidi, Rossi & Scarone, *Manuale di Psichiatria*. Milano: Masson, pp. 17-23.
- Üstün, T.B., & Sartorius, N. (1995). *Mental Illness in General Health Care: An International Study*, New York: John Wiley & Sons.

Vito, A., Lupoli, M., & Tizzano, L. (2006). Esperienze di psicologia ospedaliera in un ospedale di malattie infettive: dal modello teorico alla sperimentazione pratica. *Psichiatria di comunità*, V, 2, 134-139.

Vito, A., Mauriello, S., Nardini, G., & Viparelli, G. (2006). Chi ha paura dell'AIDS? Il trattamento psicologico dei Worried Well. *Ecologia della Mente*, 29, 2, 147-157.

Vito, A., Tizzano, L., & De Micco, A. (2006). Famiglia ed HIV: l'impatto psicologico della comunicazione di sieropositività sul sistema familiare. *Delta*, 31, 14-15.

Vito, A., D'Alessandro, I., & Parrella, R., (2011). Trattamento antifumo per HIV+. Un modello di presa in carico globale. *Tabaccologia*, 4, 24-27.

## Il suicidio e gli artisti: stereotipi e credenze.

di Stefano Totaro\*, Erminia Colucci\*\*

### Abstract

Recenti ricerche hanno pienamente mostrato che, se confrontati col resto della popolazione, gli artisti in generale, ma più nello specifico alcune categorie in misura maggiore, si distinguono per un tasso di suicidi sproporzionato, suicidi preceduti talvolta da malattie psichiatriche.

Esiste un fenomeno culturale, che ha origine nel romanticismo, che si definisce come “mitizzazione del suicida”. Tale fenomeno fa parte dell’area più vasta che comprende la mitizzazione del morto giovane e soprattutto del “poeta morto giovane”, meglio se suicida. Il suicidio tuttavia, nonostante la fine del periodo romantico, non scomparve dalle arti, ma ne divenne parte integrante.

Si vuole capire quali siano oggi gli stereotipi e le rappresentazioni mentali attorno alla figura sia dell’artista che della persona suicida in generale. Questo lavoro si propone, infine, di avanzare delle proposte di prevenzione, dettate dai bisogni della gente comune.

La ricerca è stata svolta attraverso un questionario semi-strutturato compilabile on-line, intitolato “Opinioni e credenze sul suicidio – tra realtà e romanticizzazioni”. 1132 soggetti hanno compilato il questionario, di cui 359 uomini (31,7% del campione totale) e 773 donne (68,3% dei soggetti totali), con un età media di 27 anni.

*Parole chiave:* artista, suicidio, credenze, stereotipi, prevenzione.

### Il suicidio

Non solo il fenomeno del suicidio è più cospicuo di eventi considerati universalmente come molto luttuosi, ma è misconosciuto o forse difficilmente inquadrabile, poiché fa parte di uno scenario naturale, che sappiamo esistere ma che rimane tuttavia in secondo piano (Balestrieri, 2004).

Nessuna teoria potrà mai chiarire da sola un atto ambiguo e dalle motivazioni così complesse come il suicidio, che intreccia fattori psicologici, sociali, biologici, genetici, culturali e ambientali.

Il suicidio, definito da Shneidman (1996) come “il dramma della mente”, è uno dei più rilevanti problemi di salute pubblica che si registra nei Paesi industrializzati (Courtet, 2005) e rientra tra le prime dieci cause di morte di un individuo (Malone et al., 2000) e tra le tre cause principali di morte nelle persone tra i 15 e i 34 anni (Bernal et al., 2007).

Si definisce il *suicidio* un atto ad esito fatale, deliberatamente iniziato e compiuto dalla persona stessa e sostenuto dalla volontà e/o dal desiderio cosciente o deliberato di morire (WHO, 2004).

Con il termine *tentativo di suicidio* si intende la messa in atto di un gesto diretto contro se stessi, con l’esito non fatale, per il quale c’è l’evidenza che la persona voglia in qualche modo uccidersi. Il tentato suicidio si presenta con una frequenza da 10 a 20 volte maggiore del suicidio stesso (Fleischmann & Bertolote, 2003), anche se spesso non esistono dati ufficiali; basti pensare che se un suicidio completato avviene in media ogni 40 secondi, in ogni parte del globo ogni 3 secondi vi è un tentativo di suicidio (WHO, 2003).

Attorno a chi tenta o muore per suicidio ci sono familiari, amici, colleghi di lavoro, la comunità e la società intera, che sono in maniera profonda affette emozionalmente, socialmente ed economicamente; essi diventano spettatori e vittime, seppur passive, di tale gesto (Fleischmann & Bertolote, 2003), che spesso non discutono dell’accaduto, e anzi, non devono confrontarsi solamente con la perdita, ma anche con la vergogna, la paura, il rifiuto, la rabbia e i sensi di colpa

---

\* Psicologo. Progetto SOPRoxi, Azienda Ospedaliera Ulss 16, Padova, via Giustiniani, 2.  
[chialoriste@gmail.com](mailto:chialoriste@gmail.com)

\*\* Centre for International Mental Health, School of Population Health, University of Melbourne, Level 5, 207 Bouverie St, 3053 Carlton Melbourne VIC Australia. [ecolucci@unimelb.edu.au](mailto:ecolucci@unimelb.edu.au).



(Scocco, Frasson, Costacurta, Donà & Pavan, 2004). Secondo un rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, un singolo suicidio riguarda intimamente, in media, almeno sei altre persone (WHO, 2002; Shneidman, 1996); se invece avviene in luoghi pubblici quali possono essere una scuola o un luogo di lavoro, ha un impatto su centinaia di persone (WHO, 2002); e la vana ricerca del "perché" di un suicidio è il maggiore interrogativo che tormenta i sopravvissuti a tale atto (Fine, 1997).

#### *Epidemiologia, fattori di rischio e protezione.*

Globalmente il rischio di suicidio tende ad aumentare con l'età (Fleischmann & Bertolote, 2003; Shah e De, 1998), anche se più della metà di tutti i suicidi sono commessi da persone con meno di 45 anni (WHO, 2004).

Sono i maschi a suicidarsi in misura 3 o 4 volte maggiore rispetto alle donne (Fleischmann & Bertolote, 2003). Le percentuali riguardanti i tentativi di suicidio invece, sono più frequenti tra le donne, spesso associandolo a motivazioni non-suicidali (Hawton, 2000).

Il suicidio rappresenta una delle emergenze più comuni in psichiatria; ma nel contempo, uno dei problemi clinici di più difficile soluzione in ambito psichiatrico riguarda proprio la predizione del comportamento suicidario e la sua prevenzione. Sebbene siano stati pubblicati numerosi studi sull'argomento non esistono ad oggi linee-guida sufficienti per l'esatta identificazione dei soggetti che metteranno in atto comportamenti suicidari. Si sa comunque che ad essere più a rischio, di solito, sono gli estremi, molto ricchi o molto poveri, giovani e anziani, e motivo di crisi sono i grandi cambiamenti (Camanni & Da Pra Pocchiesa, 1995).

È difficile spiegare perché alcune persone decidono di porre fine alla loro vita mentre altre, in una simile situazione o addirittura peggiore, non lo fanno; tuttavia il riconoscimento dei fattori di rischio e di quelli di protezione è un primo e decisivo intervento di prevenzione, non sempre semplice da attuare.

I fattori di rischio per un comportamento suicidale sono numerosi, complessi, e interagiscono l'un l'altro; identificare tali fattori e capire come agiscono è dunque cruciale per prevenire il fenomeno. Tra i più elicитanti fattori di rischio troviamo i fattori socio-demografici (età, sesso/orientamento sessuale), fattori sociali e ambientali, fattori di ordine psicologico e psichiatrico, eventi della vita stressanti, fattori di ordine genetico e biologico (Brezo et al., 2006).

#### *Fattori di rischio sociali e ambientali*

*Campagna vs. città.* Studi dimostrano che le percentuali di suicidio in ambienti rurali sono di gran lunga superiori alle percentuali di suicidio negli ambienti urbani (Hirsch, 2006). *La disoccupazione.* Il disoccupato, specialmente se uomo, ha più alte probabilità di suicidio rispetto al trend della popolazione generale (Fergusson, Horwood & Woodward, 2001).

*Condizioni economiche.* Risulta esserci una stretta associazione tra la deprivazione socio-economica e il tentativo di suicidio (Hawton, Harris, Hodder, Simkin & Gunnel, 2001), un basso status socio-economico, infatti, eleva il rischio di suicidio (Blakely, Collings & Atkinson, 2003).

#### *Fattori di rischio di ordine psichiatrico e psicologico*

*Precedente tentativo di suicidio:* I ripetitori di suicidio costituiscono un gruppo a rischio veramente alto di suicidio. La ripetizione dell'atto suicidario riveste particolare importanza clinica rappresentando una consistente percentuale di tutti gli episodi di tentato suicidio. (De Vanna, Padovan Lang, Carlino & Aguglia, 2004). *Condizione psichiatrica.* Oltre il 90% delle vittime di suicidio o di chi tenta il suicidio, in base ai dati americani ed europei, ha avuto una diagnosi di malattia mentale diagnosticata attraverso autopsia psicologica (WHO, 2004; Shaffer et al., 1996), tuttavia non si può spiegare il fenomeno del suicidio esclusivamente in termini strettamente psicopatologici, in quanto non tutti i pazienti che cercano di suicidarsi sono riconosciuti soffrire di disturbi mentali (Stengel, 1964), infatti anche nei gruppi psichiatrici pur ad alto rischio, molti individui non attentano mai alla loro vita; è stata quindi proposta l'idea secondo la quale i fattori di stress potrebbero innescare un atto suicidale solo in individui vulnerabili (Sarchiapone, Carli, Cuomo & Barbore, 2006).

### *Eventi stressanti della vita*

*Perdite relazionali o sociali, o di genitori.* La morte di un genitore prima o durante l'adolescenza è quattro volte più frequente nei pazienti suicidali (Greer, 1964; Moss & Hamilton, 1956). La perdita precoce di un genitore, inoltre, è molto comune tra le persone creative (Albert, 1978; Runco, 1998; Tomlinson-Keasey & Warren, 1984) che sublimano questa mancanza in un'attività riparatrice, quella artistica appunto. L'atto creativo risulta dunque come un tentativo di elaborazione e compensazione della perdita. Anche Roger, Bromley, McNally & Lester (2007) sottolineano che la perdita di persone o relazioni importanti appare centrale nella motivazione al suicidio; dai vari studi è risultato in particolare che la perdita di un genitore in un'età compresa tra i 6 e i 14 anni è un forte indicatore di rischio (Lester, 1989; Volkan & Zintl, 1993).

*Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD).* Spesso l'associazione tra suicidio e disturbo post-traumatico da stress deriva dalla "colpa di essere sopravvissuti"; più violento e disumano è stato l'evento e più saranno forti le conseguenze traumatiche psicologiche. Ci sono dei limiti che l'uomo non può prevaricare, a livello della propria coscienza, anche sotto la spinta dei propri ideali e delle proprie idee. Nessuna idea potrà colmare il ricordo di quanto è avvenuto, la bruttura del mondo e l'assoluto del male. Ricordiamo a tal proposito Bruno Bettelheim, Primo Levi, Jean Amery, Paul Celan, sopravvissuti ai campi di concentramento nazisti, ma caduti per mano propria dopo decenni per il fardello di colpa che si trovavano a portare sulle loro spalle, quasi per pudore di svelare agli altri un orribile male, per salvarsi da una conoscenza che non si può sopportare (Ascoli, 2007; Lieberman, 2003).

### *Fattori di rischio genetici e biologici*

*Genetica.* In seguito ai vari studi sulla genetica delle condotte suicidarie, in uno studio di Roy (1983) è stata avanzata e dimostrata l'ipotesi secondo cui "il rischio di suicidio e di tentato suicidio è circa 4 volte maggiore, in media, per i parenti di primo grado di soggetti che hanno tentato o completato il suicidio".

#### *Fattori di protezione*

Gli studi sui fattori di protezione appaiono un campo molto promettente per quanto riguarda la prevenzione dei suicidi, in quanto laddove ci siano anche dei severi fattori di rischio, la presenza di forti fattori di protezione sarebbe in grado di prevenire i comportamenti suicidali (Fleischmann & Bertolote, 2003).

Tra i principali fattori di protezione troviamo: *benessere emozionale, connessione stretta con familiari e amici, supporto sociale, senso di integrazione nella società* (WHO, 2000), *una alta autostima* (Fleischmann & Bertolote, 2003), *il lavoro, una rete sociale stabile, la genitorialità* (la gravidanza legata ad un'età della vita relativamente giovane sembra proteggere dal rischio di suicidio; in particolare durante la gravidanza e nel primo anno dopo il parto il rischio di suicidio si riduce sostanzialmente, dalle 3 alle 8 volte), (Harris & Barracclough, 1994).

### *Il fenomeno del suicidio nell'arte: studi e ipotesi di interrelazione*

Esiste un fenomeno culturale, che ha origine nel romanticismo, che si definisce come "mitizzazione del suicida". Tale fenomeno fa parte dell'area più vasta che comprende la mitizzazione del morto giovane e soprattutto del "poeta morto giovane", meglio se suicida (Kaufman, 2003).

A quattro anni dal suicidio di Thomas Chatterton uscì in stampa "I dolori del Giovane Werther" di Wolfgang Goethe: questo martire dell'amore non ricambiato e dell'eccessiva sensibilità creò un nuovo stile internazionale di sofferenza, e insieme al fenomeno Chatterton proclamò un nuovo stile del "genio"; ne conseguiva un "genio" costretto a vivere con un'intensità drammatica, la vita del genio iniziava a rivestire un'importanza smisurata rispetto alle sue opere.

Uno degli effetti essenziali della rivoluzione romantica fu di rendere la letteratura non tanto un accessorio della vita, ma un modo di vita in sé, a tal punto che per il pubblico dei lettori, Werther non fu più solo un personaggio di un romanzo, ma un modello di vita che fissò tutto uno stile di sentimenti elevati e di disperazione. Il Werther fece sembrare il gesto suicida veramente

desiderabile ai giovani romantici di tutta l'Europa. Il Chatterton fece lo stesso per i poeti Inglesi, non tanto per le sue poesie, quanto per la sua morte: l'atteggiamento romantico dunque, era suicida: *"i romantici pensavano al suicidio quando di sera andavano a letto, e ci ripensavano al mattino quando si sbarbavano"* (Alvarez, 1975, p. 203).

Un effetto analogo lo si osservò in Italia dopo la pubblicazione, nel 1802, del romanzo di Ugo Foscolo "Le ultime lettere di Jacopo Ortis".

Il suicidio tuttavia, nonostante la fine del periodo romantico, non scomparve dalle arti, ma ne divenne parte integrante: i romantici avevano inculcato nelle menti popolari l'idea che il suicidio fosse uno dei molti prezzi che bisognava pagare per il genio. Per i romantici il mondo significava la Natura, attraverso la quale il poeta si isolava, giustificato dall'intensità delle sue reazioni. La rivoluzione che si era compiuta dunque non voleva più il poeta responsabile di fronte alla società raffinata, al contrario, egli era spesso in guerra aperta contro di essa, ed anzi, aveva responsabilità verso la propria coscienza (Alvarez, 1975).

Anche i Wittkower, in epoche recenti, nel loro libro "Nati sotto Saturno" esprimono l'idea secondo la quale l'artista pazzo è una realtà storica, e liquidandola come errata si nega l'esistenza di un simbolo generico e profondamente significativo (Wittkower & Wittkower, 1968).

Recenti ricerche hanno pienamente mostrato che, se confrontati col resto della popolazione, gli artisti in generale, ma più nello specifico alcune categorie in misura maggiore, si distinguono per un tasso di suicidi sproporzionato, suicidi preceduti talvolta da malattie psichiatriche (Jamison, 1999).

I tassi di suicidio tra gli artisti, in America, infatti, sono tre volte maggiori rispetto alla media nazionale, secondo i dati del "US Bureau of the Census", e i tassi sono 4 volte maggiori se consideriamo artisti più introspettivi, pittori e poeti (Lyen, 2002).

Le centinaia di artisti morti suicidi ci mostrano quanto sottile sia la linea di demarcazione tra creazione e distruzione (Neihart, 1998).

Sebbene non siano stati poi molti gli studi che hanno investigato il legame tra suicidio e creatività, alcuni si sono presentati autorevolmente attendibili, a partire da uno studio di Juda (1949), nel quale è emerso un tasso maggiore di malattie mentali e suicidi nel gruppo artistico e nei loro familiari; i poeti costituivano il gruppo con la maggior percentuale di disturbi psichiatrici (il 50%), seguito dai musicisti (38%) e da pittori, scultori e architetti, rispettivamente 20%, 18% e 17 %, risultati in accordo anche con altre ricerche successive (Kaufman & Sexton, 2006).

Ludwig (1992, 1995, 1998) scoprì che il gruppo degli artisti, specialmente i poeti, presentavano un tasso di psicosi, tentativi di suicidio, turbe dell'umore e abuso di sostanze superiore di tre o quattro volte rispetto alla popolazione generale.

Le donne inoltre, avevano probabilità maggiori degli uomini di suicidarsi (17% contro l'8%). (Runco, 1998).

In uno studio della Jamison (1994) con un campione di 36 soggetti, tra i maggiori poeti Britannici e Irlandesi nati tra il 1705 e il 1805, emergeva che soffrivano da 20 a 30 volte più della media rispetto alla popolazione generale di depressione bipolare, ed avevano una probabilità 5 volte maggiore di commettere suicidio.

Due studiosi italiani, Preti e Miotto (1999) hanno evidenziato come i poeti e gli scrittori abbiano più alte probabilità di morire suicidi rispetto ad altre categorie artistiche. La comparazione delle sei professioni artistiche ha permesso di evidenziare che essere poeta e/o scrittore eleva di molto il rischio di suicidio, specialmente nelle donne (ratio 1,75% uomini, ratio 4,30% donne).

Anche uno studio di Stack (1996, 1997) ha evidenziato che coloro che sono registrati come artisti hanno una probabilità 3 volte maggiore di suicidio rispetto a coloro che svolgono professioni manuali o impiegatizie.

Kaufman (2001a) in uno studio storiometrico ha esaminato 1.629 artisti, mostrando come rispetto a scrittori e scrittrici, le poetesse presentassero una percentuale maggiore di disturbi mentali. Questo dato ha orientato l'autore a svolgere una seconda ricerca, incentrandola su un campione unicamente femminile, dando vita ad un nuovo concetto, cosiddetto "Effetto Sylvia Plath" riferendosi al fenomeno dello scrittore creativo, come più suscettibile a soffrire di malattia mentale, in particolare se femmina (Kaufman, 2001b). Essere donna e per di più poetessa eleva di gran lunga il rischio, e rende quindi più suscettibili all'insorgenza di un disturbo mentale (Kaufman & Baer, 2002; Nolen-Hoeksema, 2001). Tra le ragioni ci possono essere una maggiore introspezione

e ruminazione (Kaufman, 2000), la maggior probabilità di sviluppare depressione (Gilbert, Brown, Pinel & Wilson, 2000), la natura e lo stile della poesia, spesso poco considerata dal sociale (Lee, 2004).

Alcuni studi che hanno cercato di spiegare questo legame tra arte e suicidio hanno proposto anche delle ipotesi, tra le quali: a) le attività creative possono essere percepite dall'artista stesso come *non riconosciute socialmente*, creando un senso di inadeguatezza compatibile con l'insorgere della malattia mentale (Stack, 1996); b) "gli individui inclini a depressione e ansia potrebbero scegliere di esercitare professioni artistiche in quanto offrono loro l'opportunità di risolvere conflitti interni in una maniera creativa" e tenderebbero ad isolarsi dalla collettività (Rank, 1907); c) una *maggiore sensibilità da parte degli artisti*, che li renderebbe più sensibili alla vita e alle esperienze con gli altri individui (Jamison, 1994).

#### *Fattori di rischio nell'artista*

Hemingway (1964) scriveva nella sue memorie che «le famiglie sanno essere dannose in molte maniere» (p.108) ... e la sua lo era in svariati modi.

Sono stati discussi in precedenza i fattori di rischio e di protezione per il suicidio, e anche quelli relativi al suicidio negli artisti ricalcano senza dubbio quelli per la popolazione generale, ma in qualche modo deve esserci qualche fattore predominante rispetto alla popolazione generale, altrimenti non si spiegherebbe la maggior percentuale di suicidio da parte di artisti.

*Disturbi mentali.* E' il maggior fattore di rischio sia per la popolazione generale che per la popolazione creativa; possiamo dunque assumere che il disturbo mentale sia uno dei fattori chiave per il suicidio (Preti & Miotto, 1999). Anche Ludwig (1994) trovò una percentuale maggiore di disturbi mentali (depressione, mania, attacchi di panico) tra le scrittrici.

*Eccessivo investimento nell'opera.* L'eccessivo investimento sulla propria opera porta ad una marcata sensibilità, oltre che ad isolamento, solitudine, depressione. Questo fattore però, è presente nella maggior parte delle professioni creative, ma in particolare e in maniera più marcata in coloro che tendono verso un elevato lavoro personale, come possono essere i poeti, o i musicisti (Runco, 1998).

La scrittura infatti è in particolare una professione a rischio, un'area a rischio nella quale investire, una chiusura al mondo esterno verso un'apertura al mondo interiore (Runco, 1998).

*Le esperienze infantili di perdita.* Nelle vicende infantili di perdita, spesso la perdita dell'oggetto primario genera uno stato mentale di terrore e di angoscia largamente soverchianti le capacità di tollerabilità e elaborazione per un bambino, che spesso si trova a "sentire il dolore senza soffrirlo" (Bion, 1970). La perdita precoce di un genitore è molto comune tra le persone creative (Albert, 1978; Tomlinson-Keasey & Warren, 1984).

*Storie di traumi o abusi infantili.* Molti artisti sono stati abusati da bambini, un dato questo che scaturisce anche da uno studio di Ludwig (1994), il suo campione infatti ci mostra una significativa differenza tra abuso infantile delle scrittrici e delle non-scrittrici, rispettivamente 39 e 12 per cento.

*Disturbi affettivi.* In uno studio, Post (1994) afferma che il 56% degli scrittori presi in esame aveva avuto un'infanzia infelice, ma non spiega esattamente la "modalità di infelicità", parla solo del fallimento di alcune famiglie nella creazione di un ambiente infantile favorevole per un bambino. Quella dello scrittore era la categoria che nel suo studio risultava avere percentuali più alte di psicopatologia.

Chiaramente la sofferenza provata da scrittori e artisti non è sempre il risultato di uno stato patologico di follia o di melanconia. Spesso è il lato banale, come peraltro quello universale, delle esperienze della vita che si combina con un temperamento straordinariamente sensibile sino a produrre un accresciuto senso di vulnerabilità, di consapevolezza, di sofferenza e di senso della futilità (Jamison, 1994).

#### *La ricerca e il campione*

La ricerca ha avuto l'obiettivo di indagare le opinioni e le credenze della gente comune sul fenomeno del suicidio. Inoltre abbiamo avuto modo di confermare la realtà del legame che sussiste

tra creatività artistica e suicidio, ora si vuole comprendere come sia percepito tale fenomeno dalla gente comune, se sia frutto di stereotipi e romanticizzazioni<sup>1</sup>, dovute a “costruzioni sociali”.

E' stato costruito un questionario (*Opinioni e credenze sul suicidio: tra Realtà e Romanticizzazioni*), che è stato proposto per la compilazione su una piattaforma on-line, con argomenti riguardanti le romanticizzazioni del suicidio e la richiesta di suggerimenti per quanto riguarda la prevenzione del fenomeno.

Alla sezione socio-demografica seguiva un compito di associazione di parole: “Scrivi tre parole (verbi, sostantivi, aggettivi...) che ti vengono in mente pensando ad un potenziale suicida”.

Vi era poi il secondo compito di associazione, dove vengono richieste tre parole relative alla figura dell'artista: “Se dovessi indicare con 3 parole la figura dell'artista, come la definiresti?”.

Nella sezione finale sono state inserite delle domande aperte per ottenere proposte di prevenzione: “Secondo te cosa può essere fatto per prevenire il suicidio in Italia?”.

Il questionario era disponibile per la compilazione su una piattaforma on-line. La compilazione del questionario è stata resa disponibile da “pubblicizzazioni” attraverso articoli correlati (scritti facendo attenzione a non influenzare le opinioni del soggetto) su forum e siti a livello nazionale.

Soprattutto la presentazione del progetto non presentava alcuno stimolo che potesse influenzare le opinioni del soggetto.

Le due variabili riferite al compito di associazione di parole relative ad un potenziale suicida” e alla figura dell'artista, sono state codificate con la funzione “analisi del vocabolario” utilizzando il software SPAD-t (Bolasco, 1999).

L'analisi qualitativa per quanto riguarda le risposte alle domande aperte è stata svolta categorizzando le risposte fornite. L'analisi è stata svolta sviluppando categorie e tipologie per descrivere i diversi concetti. In seguito a questa fase di “individuazione delle categorie”, costruite in base alla frequenza con la quale apparivano i vari argomenti, si è passati alla fase di “classificazione”, individuando le unità di analisi dei dati che sono state rapportate alle categorie. Come ultimo passo è stata compiuta una sintesi che misurasse la frequenza e la distribuzione dei fenomeni, quindi il numero di volte che una categoria è apparsa nelle varie risposte.

Il campione della ricerca è costituito da 1132 soggetti, di cui 359 uomini (31,7% del campione totale) e 773 donne (68,3% dei soggetti totali), con un'età media di 27 anni.

## *Risultati*

Nei due compiti di associazione di parole presentati nel questionario si chiedeva ai partecipanti di scrivere tre parole che venivano in mente nel pensare ad un potenziale suicida, e successivamente tre parole riferite alla figura di un artista.

Per quanto riguarda il potenziale suicida, il compito di associazione ha prodotto numerose parole (N=2.941)<sup>2</sup>.

La divisione in categorie è stata operata in maniera personale e logica; per esempio, le parole “solitudine”, “solo/a”, “solitario” sono state raggruppate nella stessa categoria, così come anche “angosciato”, “spaventato”, “inquietudine”.

Si può notare (Tabella 1.1) come i termini utilizzati dalla maggior parte delle persone facciano apparire il suicida come una persona sola, disperata, malinconica, infelice e depressa. Non poche

---

<sup>1</sup> Il termine “Romanticizzazione” è un termine desueto, tant'è che non esiste nel Dizionario della lingua Italiana; tuttavia si è deciso di utilizzarlo, preferendolo al termine “Romantico” (in riferimento al periodo storico del Romanticismo) per evitare delle confusioni terminologiche.

<sup>2</sup> Le parole sono state analizzate rispetto alle frequenze con le quali apparivano. Quelle con una frequenza inferiore a 19 sono state raggruppate sulla stessa riga, separate da una virgola, ed è stata assegnata loro una lettera di identificazione che permettesse di distinguerle l'una dall'altra (Tabella 1.1). Quelle con una frequenza pari a 1 non sono state considerate nell'analisi.

sono state le etichette “psichiatriche” assegnate al suicida (folle, matto, deviante, dissociato, pazzo...), che relegano la stessa figura ad una visione malata, che devia dalla normalità.

<i>Tabella 1.1. “Le prime 3 parole che ti vengono in mente pensando ad un POTENZIALE SUICIDA”</i>	
TERMINE	FREQ
solitudine/solo/sola/solitario	368
disperato/disperazione	330
depresso/depressione	244
triste/tristezza/infelice/infelicità/malinconia/malinconico	215
etichette psichiatriche (es. pazzo/pazzia, matto, follia, malattia, deviante, paranoico, borderline, dissociato, maniaco...)	150
debole/debolezza/ fragile/fragilità/ insicurezza/insicuro/inferiorità	114
dolore/sofferenza/sofferente/malessere	87
incomprensibile/incomprensione/incompreso/incomunicabilità	80
rassegnato/sconforto/rassegnazione/sfiduciato/sfiducia/scoraggiato/esausto/desolato/ inerte/passivo/smarrimento/rinunciario/indifeso/indeciso/impossibilità/indifferente	67
coraggio /coraggioso/forza/forte	63
codardo/vigliacco/egoista/egocentrico	63
paura/impaurito	56
angoscia/angosciato/spaventato/inquietudine	54
arrendersi/arrendevolezza/arreso/pessimista/impotente /impotenza/vicolo cieco	46
vuoto	45
fine/finire/fuga/addio/via/uscita	43
stanco/stanchezza	42
delusione/deluso/ disilluso/disillusione	41
buio/nero/grigio/freddo/oscuo	41
problematico/problemi/difficoltà	40
morte/morire	39
insoddisfatto/insoddisfazione	37
aiuto/aiutare	32
metodi (es. corda, finestra, coltello, pistola, lametta, psicofarmaci, salto, veleno)	32
vita/vivere/salvezza	26
liberazione /libertà	23
abbandonato/abbandono/emarginato/isolamento	21
speranza/futuro/sognatore	20
poveretto/poverino	19
stupido/stupidità (a), rabbia/odio (b)	18
sensibilità/emotivo/emotività	16
assenza/mancaza (a), frustrato/frustrazione (b)	15
demotivazione/scontento (a), distrutto/distruzione/sconfitto/sconfitta (b)	14
bisognoso/ bisogno (a), incapace/incapacità (b), idiota/cretino/sfigato/incosciente (c)	13
confusione/confuso (a), perdente/perdita (b), disagio (c)	11
alienazione/alienato/represso (a), fallimento/fallito (b), stress/stressato (c)	10
Amore (a), esaurito/esaurimento/esasperato/esasperazione (b), ansia (c), noia (d), pena/compassione (e), scelta (f), sfortunato (g)	9
chiusura (a), soluzione (b), inadeguatezza (c), instabile (d), inutile (e), oppressione (f), crisi (g)	8
silenzio/taciturno (a), pianto/lacrime (b)	7
convinto/determinazione (a), perso (b), prospettive (c)	6
apatia/apatico (a), dispiacere/rancore (b), irresponsabile/irresponsabilità (c), estremo (d), irrazionale (e), volontà (f), razionale/riflessione (g)	5
difficile (a), affranto/stremato (b), annientamento (c), attenzione (d), colpa (e), consapevole (f), reazione (g), limite (h), istinto (i), vittima (l), profondo (m)	4
Amarezza (a), comunicazione (b), illuso (c), immotivato (d), inconsapevole (e), ingrato (f), pace (g), pietà (h), vergogna (i)	3
Aggressivo (a), bianco (b), cambiamento (c), comprensione (d), decisione (e), disprezzo (f), sordo (g), urlo (h), nascosto (i), perdono (l), prova (m), sfinimento (n)	2

Seppur le ricerche a tal riguardo siano poche, le associazioni di parole sono state confrontate con quelle di altri due studi svolti separatamente da Buffoli (2007) e Colucci (2008), rispettivamente sul “suicidio nella popolazione omosessuale giovanile” e sul “significato culturale del suicidio tra Italia, India e Australia”.

Di rilievo è notare come la parola “solitudine” sia stata espressa, anche nello studio di Buffoli, con maggiore frequenza rispetto a tutte le altre; nello studio di Colucci invece appariva seconda in termini di frequenza.

Per quanto riguarda le parole fornite per spiegare la figura dell'artista (N=2.432) è stato possibile dividere il tutto in cinque macro-categorie (parole riferite al *Talento*, ai *Sentimenti*, agli *Etichettamenti*, alle *Romanticizzazioni* e infine è stata creata una macrocategoria *Generale* sulla figura artistica), e ogni frequenza è stata calcolata all'interno della macrocategoria di appartenenza.

Si può notare (Tabella 1.2.) come l'artista sia considerato sopra ogni cosa creativo, geniale, dotato di originalità e inventiva, stravagante, dunque una persona di grande talento, ma al tempo stesso sensibile, fragile, debole, sofferente, insicuro e vulnerabile.

Di rilievo è notare che le categorizzazioni riferite a solitudine e tristezza (2b, 2e, 2g, 2i [N=193]) sono superiori a quelle riferite a “compagnia” e felicità (4e, 4g, 5c, [N=94]), segno questo che l'artista è considerata una figura maggiormente triste e angosciata, che vive malinconicamente in disparte rispetto agli altri.

Tabella 1.2. “Le prime 3 parole che ti vengono in mente pensando ad un ARTISTA”			
CAT.	ASSOCIAZIONI DI PAROLE	FREQ.	ARGOMENTO
1 a	Creativo/creativa/creatore	382	TALENTO
1 b	originale/estrosa/genio/fantasiOSO/stravagante/fantasiOSA/eclettica/alternativo/talentuosa/bizzarra-o/inventiva/immaginaria/innovativa/colorata	333	
1 c	intelligente/geniale/dotato/brillante/intellettuale/acuto/interessante	121	
1 d	espressione/espressiva / spontanea	23	
2 a	Sensibile	288	SENTIMENTI
2 b	incompreso/fragile/vulnerabile/debole / tormentato/inquieto/sofferente/insicuro	81	
2 c	profondo/introspeSSivo/pensatore/riflessivo/contemplativa/umorale/empatico	73	
2 d	sognatore /visionario	66	
2 e	solitario/solo/solitudine/isolato	65	
2 f	passionale/emotivo	40	
2 g	introverso/silenzioso	28	
2 h	intuitivo /profondo /sentimentale/ umano	22	
2 i	malinconico / infelice/triste /insoddisfatto	19	
2 l	spensierato/irrazionale/istintivo	18	
3 a	Folle /fuori/instabile/pazzo/diverso/depresso/follia/istrionico/bipolare/matto	137	ETICHETTAMENTI
4 a	Eccentrico/lunatico/ribelle/esibizionista/eccessivo/sregolatezza/enigmatico/frenetico/incostante/mutevole/irregolare/	102	ROMANTICIZZAZIONI
4 b	anticonformista / anticonvenzionale/controcorrente/eclettico/idealista/utopia/imprevedibile	82	
4 c	particolare/strano/attento/complicato/ermetico/astratto	77	
4 d	egocentrico/ egoista/narcisista/individualista	52	
4 e	estroverso/comunicativo	41	
4 f	esuberante/superiore/impulsivo/disordinato/ossessivo	27	
4 g	felice/solare/poliedrico/curioso	25	

4 h	complessa / difficile	19	FIGURA GENERALE DELL'ARTISTA
4 i	forte/deciso/determinato	11	
5 a	Libero/a/aperto/ libertà/ indipendenza	145	
5 b	affascinante /magico/ misterioso	32	
5 c	viva/allegra/attiva/divertente/intensa/spensierata/ coraggioso	28	
5 d	osservatore /ricercatore	19	
5 e	alternativa/controversa /intrigante/dinamica	19	
5 f	ispirato /interprete	16	
5 g	precaria	15	
5 h	speciale/unica	14	
5 i	appassionata/passione/carismatica	12	

### Proposte di prevenzione

“Guarire è forse un’arte, o l’arte è un modo per guarire?”  
Robert Lowell

Alla domanda “Cosa può essere fatto per prevenire il suicidio in Italia?”, i soggetti hanno risposto fornendo varie ipotesi di prevenzione (Tabella 1.3.). Le proposte sono state suddivise in quattro macro-categorie (Proposte di prevenzione a livello *individuale*, a livello *sanitario*, a livello *statale/sociale*, e a livello *creativo*) e sono state calcolate le frequenze per ogni macro-categoria:

A *livello individuale* notiamo che la maggior parte dei soggetti propone un atteggiamento di apertura mentale nei confronti della diversità (diversità di genere e/o diversità culturale), e una mano protesa verso la problematica del prossimo (un’apertura verso l’altruismo dunque, la condivisione delle proprie esperienze e del proprio sentire empatico), vi è anche una proposta di riscoperta dei veri valori della vita. E’ interessante notare poi, come i soggetti, pur se con una minore frequenza, insistano sull’abbattimento delle barriere del pregiudizio e stigmatizzazione verso chi cerca aiuto psicologico.

A *livello sanitario* i soggetti propongono di agire inserendo figure psicologiche o di supporto nei luoghi lavorativi e scolastici (per limitare fenomeni incalzanti come il bullismo e il mobbing). Ma soprattutto si propone di creare degli sportelli di aiuto, dei centri di consulenza appositi per le persone in difficoltà e associazioni culturali dove trascorrere del tempo insieme che permettano la socializzazione tra gli individui attraverso l’interazione, o laboratori teatrali/artistici che diano all’individuo la possibilità di libera espressione. Sono anche presenti proposte quali corsi/seminari di informazione nelle scuole (o in qualsiasi altro luogo, anche lavorativo) sui fenomeni della depressione e del suicidio, o psicoterapie meno costose, dunque più accessibili a tutti, o ancora progetti quali internet/telefono amico, cui il soggetto in difficoltà possa rivolgersi nel bisogno.

A *livello statale e sociale* risaltano proposte quali la garanzia della stabilità (lavoro, istruzione, protezione) o il miglioramento delle condizioni di vita dei cittadini, da perseguire fornendo aiuti finanziari a chi ne ha maggiormente bisogno, fornendo speranze e certezze per il futuro, in particolare modo ai giovani, abbattendo il precariato, limitando la disoccupazione, dando loro più opportunità. Tra le proposte si chiede anche una più attenta e culturale programmazione televisiva.

A *livello creativo* è stata proposta la creazione di centri per attività creative, associazioni culturali artistiche, in cui attivare corsi di pittura, fotografia, poesia, scrittura creativa. Ancora tra le proposte rassegne di film con dibattiti, la realizzazione di possibili incontri per parlare, per creare un ambiente culturale e pieno di stimoli, la realizzazione di mostre. Si propone anche la formazione di corsi/laboratori teatrali come antidoto all’emarginazione e alla solitudine per soddisfare il bisogno di comunicazione e facilitare l’espressione delle emozioni, dei desideri e delle proprie potenzialità.

Tabella 1.3. Proposte di prevenzione



PROPOSTE DI PREVENZIONE A LIVELLO INDIVIDUALE	FREQ
Apertura mentale nei confronti del diverso; Tolleranza per la diversità; Sensibilità sociale; Promuovere altruismo.	120
Indirizzare verso i valori della vita. Meno stigmatizzazione nel cercare aiuto psicologico	109
Educazione all'ascolto e comprensione del prossimo; Empatia.	90
PROPOSTE DI PREVENZIONE A LIVELLO SANITARIO	
Sportelli di aiuto; Centri di consulenza (appositi); Psicologi a scuola; Psicologi nei luoghi di lavoro; Abbattere bullismo.	146
Associazioni dove trascorrere del tempo insieme; Comunità di aggregazione sociale; Socializzazioni; Abbattere solitudine; Creare legami; Promuovere relazioni.	74
Informazioni su depressioni e suicidio; Parlarne; Pubblicizzare eventi di prevenzione; Pubblicizzare centri di ascolto; Campagne di informazione nelle scuole; Corsi appositi nelle scuole; Progetti di sensibilizzazione.	70
Psicoterapie meno costose; Psicoterapie più accessibili; Psicoterapie gratis; Aumentare la figura degli Psicologi; Psicologi gratuiti. Servizi web e telefonici di aiuto	69
PROPOSTE DI PREVENZIONE A LIVELLO STATALE E SOCIALE	
Assicurare tenore di vita adeguato; Creare soddisfazione; Migliorare le condizioni di vita; Garantire stabilità (lavoro, istruzione, protezione); Migliorare le condizioni di vita; Dare speranze e certezze per il futuro. Aiutare le famiglie e monitorare casi particolari; Rafforzare la rete sociale tra individuo e comunità.	165
Possibilità di posti di lavoro ai giovani; Abbattere il precariato; Eliminare disoccupazione; Dare voce ai giovani; Dare spazio ai giovani; Dare opportunità ai giovani.	51
No tv spazzatura; No ore e ore davanti a pc, giochi, playstation; TG meno cruenti con le notizie; Agire sui mass media; Non pubblicizzare un avvenuto suicidio.	27
Agire migliorando le istituzioni; Agire a livello politico; Migliorare la gestione politica; Eliminare la raccomandazioni.	27
Controllo sulle armi; Controllo sui farmaci; Controllo sui mezzi di accesso al suicidio in generale.	7
PROGETTI A LIVELLO CREATIVO	
Centri per attività creative; Associazioni culturali artistiche	92
Film; Cineforum; Rassegne cinematografiche con dibattiti	49
Incontri per parlare; Curare le persone; Creare un ambiente più colorato e stimolante Centri di aggregazione; Incontri con esperti per parlarne insieme	49
Corsi di pittura	47
Corsi e attività teatrali; Laboratori teatrali	47
Corsi e attività musicali	41
Scrittura creativa; Poesia	22
Fotografia	11
Arti-terapie	10

### Conclusioni

*“Tutte le arti contribuiscono all’arte più grande di tutte: quella di vivere”.*  
Bertolt Brecht

Lo scopo principale di questa ricerca è quello di verificare se vi era romanticizzazione nell'artista rispetto al fenomeno del suicidio, ovvero se l'artista poteva essere maggiormente considerato da parte dei soggetti come bizzarro e geniale, strano quanto creativo, eccentrico quanto sensibile e malinconico. Tranne per alcuni casi, è risultato che l'artista è vittima di una visione globale di persona "estrema" nei pensieri e nei comportamenti.

Sia dal compito di associazione di parole che dalle opinioni generali scaturiscono due chiari identikit: prima del *suicida* e poi dell'*artista*.

*Suicida*: persona solitaria, disperata/angosciata e incline alla depressione, infelice, malinconica, scoraggiata, che innalza i muri dell'incomunicabilità e della sofferenza; allo stesso tempo il suicida risulta tanto coraggioso nel portare avanti le sue scelte quanto vigliacco ed egoista.

In accordo con gli studi di Buffoli (2007) e Colucci (2008) risulta che "solitudine" sia il termine espresso più frequente dai soggetti. Ma mentre nella presente ricerca il secondo termine più frequente è "disperazione", negli studi citati compare il termine "sofferenza". Questa è una differenza, che può essere dovuta alla diversità dei campioni delle ricerche: il campione di Buffoli era costituito da soggetti omosessuali, e quello di Colucci da studenti universitari nella fascia d'età 18-24 anni, a differenza del presente campione, comprendente gente dai 14 ai 67 anni. Si può dunque ipotizzare che sia i soggetti omosessuali che i giovani si immedesimino in misura maggiore nel fenomeno del suicidio con un sentimento di sofferenza e fragilità, quasi come se li toccasse personalmente: l'omosessuale per le etichette e i rifiuti che si vede attribuire dalla società, e il giovane per la sua identità in costante e impetuosa costruzione.

*Artista*: figura geniale, stravagante e, prima di tutto, creativa, sensibile e tormentata dall'inquietudine e dall'incomprensione, una persona irregolare, irriverente di fronte alle regole, introversa e solitaria, dunque molto individualista e che viaggia con la mente (visionaria e sognatrice) pertanto poco ancorata alla realtà. Il creativo, quindi, è più soggetto ad esser percepito come profondamente asociale, al margine delle convenzioni, emarginato e in solitudine.

Sono anche risultate considerevoli le etichette psichiatriche assegnate dai soggetti [n=137] all'artista, visto come un pazzo, un depresso o un folle, quasi a sancire la sua diversità dalla gente comune.

I termini più frequenti con cui i soggetti hanno descritto la figura dell'artista appartengono molto al luogo comune, e sono molto ricorrenti nella letteratura sul fenomeno (De Luca, 2006; Di Stefano, 2003; Kaufman, 2002) che, anzi, filtra spesso tali termini come una condizione necessaria per poter raggiungere l'aura artistica.

Particolarmente in questo compito di associazione di parole dunque, è stata messa in atto una netta romanticizzazione sulla figura dell'artista.

Una figura quindi triste, malinconica, ipersensibile e introspettiva; figura inquieta, ruminante, fragile, la cui sensibilità che permette di sublimare la sofferenza in una conoscenza del mondo più profonda e con nuovi significati.

Non bisogna pertanto sottovalutare l'ipotesi secondo cui, se è diffusa l'idea che l'artista si suicida in misura maggiore rispetto ad altre categorie professionali, ciò potrebbe essere dovuto ai pregiudizi costruiti dalla gente attorno alla sua figura: quanto più l'artista si sente escluso, emarginato, considerato folle da parte della società, tanto più si identificherebbe in questi attributi, come una sorte di "profezia che si autoavvera", concetto introdotto nelle scienze sociali nel 1948 dal sociologo Merton.

Scrivendo Lieberman (2003): «riconoscere la fonte distruttiva della creatività non è riconoscere solo il perché ci aspettiamo la sofferenza dai grandi artisti, ma il perché anch'essi sembrano aspettarsi la sofferenza da loro stessi» (p.133).

Come punto in comune tra la figura del suicida e quella dell'artista, è interessante notare che sono state assegnate ad entrambe parole riferite ad etichettamenti psichiatrici (suicida, N=137; artista N=150); questo ci fa capire che entrambe le figure, magari in maniera diversa, sono viste come devianti da ciò che è considerato normale: sia il suicida che l'artista possono dunque essere definiti con le parole di Artaud (1947) come "i suicidati della società".

I soggetti si sono mostrati sensibilmente coinvolti nelle proposte di alcuni progetti di prevenzione, e a livello generale hanno avanzato delle proposte riguardanti la nascita di centri di consulenza, o

sportelli di aiuto ai quali ci si possa rivolgere. Numerose sono state anche le proposte riguardanti l'adozione di una politica individuale rivolta all'altruismo e all'abbattimento dei problemi che attanagliano la società di oggi, come i pregiudizi e la mancanza di valori, ma anche come la sicurezza nelle scuole e nei luoghi di lavoro (es. abbattendo bullismo e/o mobbing).

Utilizzando un veicolo creativo, e quindi proponendosi di fornire, a chi vive il disagio, un "mezzo altro" da utilizzare per "rientrare in carreggiata", sono state avanzate molte proposte riguardanti la formazione di corsi teatrali, di pittura, o scrittura creativa, cineforum centrati sul tema e associazioni culturali dove potersi incontrare, discutere e condividere.

Il teatro consentirebbe, a coloro che si trovano a vivere situazioni di margine, di reinventare mondi non possibili altrimenti. La realizzazione di mostre di pittura, collegate ai luoghi psichiatrici di recupero, permetterebbe di dare un senso all'esperienza della creatività e all'espressione delle proprie emozioni, riducendo allo stesso tempo lo stigma sulle malattie mentali. L'organizzazione di rassegne di film con dibattiti permetterebbe di affrontare temi complessi, quale quello del suicidio, facilitandone la comprensione e fornendo spunti di analisi ad un pubblico vasto ed eterogeneo.

### Discussione

«La lingua e la scrittura posso essere considerate come operazioni magiche, stregonerie evocatrici», scriveva Charles Baudelaire, come per sottolineare la paradossalità dell'arte come morte ma allo stesso tempo come vita. L'arte, fungendo da contenitore delle angosce, avvicina l'individuo alla realtà stessa; in qualche modo fare arte significa sublimare ciò che con le parole non può essere espresso. In questo senso si può avanzare l'idea secondo cui l'arte permette di esprimere quello che verbalmente sarebbe incomunicabile, consente di dare un significato al dolore. Lo schermo delle tele ha permesso a Edward Munch dunque di non essere annientato dal vuoto, dal terrore e l'angoscia della follia, in una tensione costante di lotta (Trabucco, 1999); i versi hanno concesso a Sylvia Plath uno spazio sicuro dove rifugiarsi, un luogo sincero dove dichiarare il suo *essere-nel-mondo*<sup>3</sup>, creatività dunque come chance, come difesa dalla paura di impazzire (Di Pasquale, 2005); la poesia in Antonia Pozzi era un ponte che le permetteva di oltrepassare le oscure voragini della terra, dalle quali però sarà inghiottita a 21 anni (Borgna, 2001); la poesia in Alda Merini nasce dall'urgenza di trovare la giusta terapia antidolore, pur volendolo ricordare in tutto il suo spessore: quell'arte dello scrivere sul dolore che si nutre, parola dopo parola, della "menzogna di vita" e che tramite la finzione, lo slancio, l'incanto della vita supera se stesso, per riprendere forma e sostanza nella poesia appunto, con quella forza espressiva singolare capace di testimoniare anche il passato più lesionato (Vaglio, 2004); le note hanno permesso a Luca Flores di galleggiare nel limbo e di non farsi travolgere dai pensieri negativi<sup>4</sup>.

«La poesia è una sintesi magica che ci fa superare la vita quotidiana» scriveva Silvano Arieti (1990). La poesia diviene prolungamento della propria esistenza, necessaria come linfa vitale, catarsi e unico mezzo di salvezza per anime troppo intimamente corrose da una sensibilità sovrumana, possedute da una magica divinità-demone (in questo caso la poesia) che le guida. Ma la poesia non è sempre la salvezza, e il poeta che scende nei propri abissi non è detto che possa salvarsi attraverso la poesia. Il poeta tenta semplicemente una via di fuga, spesso non ci riesce ed ecco la crisi, la corrosione del corpo, l'autodistruzione.

---

<sup>3</sup> «La vita non ha senso se non la si può tradurre in versi» – Sylvia Plath (1956). «Voglio scrivere perché ho bisogno di eccellere in uno dei mezzi di interpretazione della mia vita [...] La scrittura è necessaria alla sopravvivenza del mio spocchioso equilibrio come il pane per il corpo [...] Ho bisogno di scrivere con un flusso anarchico di parole e di esplorare le profonde miniere dell'esperienza e dell'immaginazione, far uscire le parole che, esaminandosi, diranno tutto...» - Sylvia Plath (1982).

<sup>4</sup> Di seguito vi è l'ultimo monologo del pianista Luca Flores nel film in sua memoria *Piano, solo* di Riccardo Milani del 2007. Monologo che precede il suo suicidio:

La maggior parte del tempo se n'è andata tra pianoforte e la lotta per non farmi travolgere dai miei pensieri negativi. Ho scritto questo pezzo, *How far can you fly*: una domanda che mi sono fatto tutta la vita, quanto si può andare lontano? Cosa ci impedisce di volare? *Il linguaggio della musica è uno, quello dell'anima; le parole ci ingannano con i loro significati, mentre la musica è libera, può volare in paradiso, scendere all'inferno o rimanere a galleggiare nel limbo*, e io amo quei musicisti che cantano, scrivono e suonano ogni nota come se fosse l'ultima.

Tutta la poesia di Sylvia Plath e Anne Sexton<sup>5</sup> nasce da quell'intima necessità della morte, da quella fuga dalla realtà e verso la fine che è un tentativo di essere altro da sé, una fuga che lascia le sue impronte su fogli sofferti, macchie d'inchiostro utili o inutili, ma necessari a quell'entità poetante che non può fare a meno di vomitare la sua anima strada facendo, fino a che non sarà più capace di illudersi con questo estremo tentativo di salvezza che è la poesia (Buccoliero, 2005). E' lo stesso per le opere pittoriche: ad esempio per Vincent Van Gogh, Edward Munch e Antonio Ligabue la malattia mentale si è manifestata anche come disadattamento socio-relazionale, come incapacità comunicativa tra se stessi e il resto del mondo, tra il proprio mondo interiore e la realtà esterna, si può dire che la loro attività artistica, la possibilità di creare opere d'arte abbia in qualche modo ripristinato la capacità comunicativa, attraverso l'espressione in forma pittorica, della dimensione simbolica dei loro vissuti interiori e forse, attraverso l'espressione di conflitti inconsci irrisolti, esternati e sublimati nell'oggetto artistico (Torselli, 2007). Esseri umani senza tempo, privati del passato e della speranza del futuro, che attraverso la produzione di immagini artistiche ritrovano una dignità esistenziale (Bedoni, 2000).

«Nel creare una cosa, se ne distrugge un'altra; magari la propria vita» diceva qualcuno.

Ed è proprio per sublimare, per colmare una mancanza, che l'artista fa qualcosa che noi chiamiamo arte; e noi chiamiamo arte il patetico tentativo di dare un senso alla nostra esistenza, a volte rischiando persino di perderla.

#### *Limiti della ricerca*

E' da chiarire che la presente ricerca, essendo svolta on-line non permette di controllare la veridicità dei dati, altrimenti possibile in una modalità di somministrazione diversa, bisogna dunque considerare il limite che la compilazione di un questionario on-line comporta.

Inoltre la codifica delle risposte alle domande aperte, essendo svolta secondo un punto di vista personale potrebbe non essere replicabile da altri e si potrebbe giungere a risultati diversi.

#### *Bibliografia*

Albert, R.S. (1978). Observations and suggestions regarding giftedness, familial influence, and the achievement of eminence. *Gifted child quarterly*, 22, 201-211.

Alvarez, A. (1975). *Il Dio selvaggio*. Milano: Rizzoli.

Arieti, S., (1990). *Creatività, la sintesi magica*. Roma: Il pensiero scientifico.

Artaud, A., & Thévenin, P. (eds.). (1947). (trad.it) *Van Gogh il suicidato della società*. Milano: Adelphi, 1988.

Ascoli, M. (2007). *Lager nazisti: una ricerca psichiatrica*. Consultato il 12 febbraio 2012 da [www.nicolalalli.it](http://www.nicolalalli.it).

Balestrieri, M. (2004). I fattori di rischio nel comportamento suicidario: l'applicazione delle conoscenze. *Rivista studi su aggressività e suicidio*, 3,5-9.

Bedoni, G. (2000). Una breve storia della creatività spontanea dagli ospedali psichiatrici alla psichiatria di territorio: arte, psicopatologia e processi di cura. In C. Palazzi Trivelli & A. Taverna (Eds.), *Arti terapie: i fondamenti*. Torino: Tirrenia Stampatori.

Bernal, M., Haro, J.M., Bernert S., Brugha, T., De Graaf, R., Bruffaerts R., e al. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *Journal of affective disorders*, 101, 27-34.

Bion, W.R. (1970). *Attenzione e interpretazione*. Roma: Armando.

---

<sup>5</sup> Sylvia Plath e Anne Sexton sono state due poetesse statunitensi vissute nello scorso secolo, e morte suicide. Le loro opere si collocano all'interno di un filone di poesia chiamata "confessionale", per la presenza di un "io" riconducibile all'autore come persona reale.

- Blakely, T.A., Collings, S., & Atkinson, J. (2003). Unemployment and suicide. Evidence for a causal association?. *Journal of Epidemiological Community Health*, 57, 594–600.
- Bolasco, S. (1999). *Analisi multidimensionale dei dati*. Roma: Carocci.
- Borgna, E. (2001). *L'arcipelago delle emozioni*. Milano: Feltrinelli.
- Brezo, J., Paris, J., Tremblay, R., Vitaro, F., Zoccolillo, M., Herbert, M., & Turecki, G. (2006). Personality traits as correlates of suicide attempts and suicidal ideation in young adults. *Psychological medicine*, 36, 191-202.
- Buccoliero, L. (2005). *Sylvia Plath e Anne Sexton: la morte come redenzione*. Tesi di laurea non pubblicata.
- Buffoli, A. (2007). *Esplorando il significato del suicidio nella popolazione omosessuale italiana*. Tesi di laurea non pubblicata
- Camanni, E., & Da Pra Pocchiesa, M. (1995). *L'ultimo messaggio: Viaggio attraverso il confine del suicidio attraverso il quotidiano della vita*. Torino: Gruppo Abele.
- Colucci, E. (2008). *The cultural meaning of suicide: A comparison between Italian, Indian and Australian students*, PhD thesis, School of Medicine, The University of Queensland.
- Courtet, P. (2005). The genetic basis for suicidal behavior. *Psychiatric Times*, 12, 9.
- De Luca, R. (2006). *Omicida e artista: Le due facce del serial killer*. Roma: Edizioni scientifiche Ma.Gi.
- De Vanna, M., Padovan Lang, A., Carlino, D., & Aguglia, E. (2004). La prevenzione della ripetizione del comportamento suicidario nella rete dei servizi. *Studi su aggressività e suicidio*, 3, 17-25.
- Di Pasquale, M. (2005). Sylvia Plath: la scrittura-difesa di una bambina che voleva essere Dio. *Psychomedia*. Consultato dal sito <http://www.psychomedia.it/pm/culture/literdx1.htm>.
- Di Stefano, E. (2003). *Schiele: gli autoritratti*. Art Dossier, 188. Firenze: Giunti ed.
- Fergusson D.M., Horwood L.J., & Woodward, L.J. (2001). Unemployment and psychosocial adjustment in young adults: causation or selection?. *Social Science of Medicine*, 53, 305–20.
- Fine, T. (1997). *No time to say goodbye: surviving the suicide of a loved one*. New York: Broadway books.
- Fleischmann, A., & Bertolote, J.M. (2003). Suicidal behavior in a global public health perspective. *International Journal of Mental health*, 32, 1, 67-78.
- Gilbert, D.T., Brown, R.P., Pinel, E.C., & Wilson, T.D. (2000). The illusion of external agency. *Journal of personality and social psychology*, 79, 690-700.
- Greer, S. (1964). The relationship between parental loss and attempted suicide: a control study. *British journal of Psychiatry*, 110, 698-705.
- Harris, E.C., & Barraclough, B.M. (1994). Suicide as an outcome for medical disorder. *Medicine*, 73, 281-296.
- Hawton K., Harriss, L., Hodder, K., Simkin, S., & Gunnell, D. (2001). The influence of the economic and social environment on deliberate self-harm and suicide: an ecological and person-based study. *Psychological Medicine*. 31, 827-836.
- Hawton, K. (2000). Sex and suicide: gender differences in suicidal behavior. *British Journal of Psychiatry*, 177, 484-485.
- Hemingway, E.M. (1964). *A moveable feast*. New York: Charles Scribner's sons.

- Hirsch, J.K. (2006). A review of the literature on rural suicide: risk and protective factors, incidence and prevention. *Crisis*, 27, 4, 189-199.
- Jamison, K.R. (1994). *Toccato dal fuoco: temperamento artistico e depressione*. Milano: Longanesi & Co.
- Jamison, K.R. (1999). *Rapida scende la notte: capire il suicidio*. Milano: Longanesi.
- Juda, A. (1949). The relationship between highest mental capacity and psychic abnormalities. *American Journal of Psychiatry*, 106, 296-307.
- Kaufman J.C., & Baer J. (2002). I bask in dreams of suicide: mental illness, poetry and women. *Review of General Psychology*, 6, 3, 271-286.
- Kaufman, J. (2003). The cost of the muse: poets die young. *Death studies*, 27, 813-821.
- Kaufman, J.C. (2001b). The Sylvia Plath effect: Mental illness in eminent creative writers. *Journal of Creative Behavior*, 35, 1, 37-50.
- Kaufman, J.C. (2000). Narrative and paradigmatic thinking style in creative writers and journalists. Paper presented at the meeting of the International Society for Intelligence Research, Cleveland, OH.
- Kaufman, J.C. (2001a). Genius, lunatics and poets: mental illness in prize-winning authors. *Imagination, Cognition, and Personality*, 20, 305-314.
- Kaufman, J.C., & Sexton J. D. (2006). Why doesn't the writing cure help poets?. *Review of general Psychology*, 10, 3, 268-282.
- Lee, F. R. (2004, Aprile 24). Going early into that good night. *New York Times*, Arts, pp. 1-4.
- Lester, D. (1989). Experience of personal loss and later suicide. *Acta Psychiatrica scandinavica*, 79, 250-452.
- Lieberman, L. (2003). *Leaving you: the cultural meaning of suicide*. Chicago: Ivan R. Dee edition.
- Ludwig, A.M. (1992). Creative achievement and psychopathology: comparison among profession. *American Journal of Psychotherapy*, 46, 3, 330-356.
- Ludwig, A.M. (1994). Mental illness and creative activity in female writers. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1650-1656.
- Ludwig, A.M. (1995). *The price of Greatness*. New York: Guilford press.
- Ludwig, A.M. (1998). Method and madness in the arts and sciences. *Creativity research Journal*, 11, 93-101.
- Lyen, K. (2002). Beautiful minds: is there a link between genius and madness? *Sma News*. Consultato da [www.sma.org.sg](http://www.sma.org.sg).
- Malone, K.M., Oquendo, M.A., Haas, G.L., Ellis, S.P., Li, S. & Mann, J. (2000). Protective Factors Against Suicidal Acts in Major Depression: Reasons for Living. *American Journal of Psychiatry*, 157, 7, 1084-1088.
- Merini, A. (2004). *La voce di Alda Merini. La dismisura dell'anima*. Milano: Crocetti.
- Moss, L.M., & Hamilton, D.M. (1956). The psychotherapy of suicidal patients. *American Journal of Psychiatry*, 112, 10, 814-820.
- Neihart, M. (1998). Creativity, the Arts, and Madness. *Roeper Review*, 21, 1, 47-50.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. *Current directions in Psychological science*, 10, 173-176.

- Plath, S. (1956). *Attraversando l'acqua*. Milano: Edizioni acquaviva, 2004.
- Plath, S. (1982). *Diari*. Milano: Adelphi, 1998.
- Post, F. (1994). Creativity and psychopathology: a study of 291 World-famous men. *British Journal of Psychiatry*, 165, 22-34.
- Preti, A., & Miotto, P. (1999). Suicide among eminent artists. *Psychological Reports*, 84, 291-301.
- Rank, O. (1994). *L'artista: approccio ad una psicologia sessuale*. (rev. ed.) Milano: SugarCo.
- Roger, J.R., Bromley, J.L., McNally, C.J., & Lester, D., (2007). Content analysis of suicide notes as a test of the motivational component of the existential-constructivist model of suicide. *Journal of counseling and development*, 85, 182-188.
- Roy, A. (1983). Family history of suicide. *Archives of General Psychiatry*, 40, 971-974.
- Runco, M.A. (1998). Suicide and creativity: the case of Sylvia Plath. *Death studies*, 22, 637-654.
- Sarchiapone, M., Carli, V., Cuomo, C., & Barbore, A. (2006). Vulnerabilità alle condotte suicidarie: fattori di rischio e fattori protettivi. *Studi su aggressività e suicidio*, 8, 33-42.
- Scocco, P., Frasson, A., Costacurta, A., Donà, A., & Pavan, L. (2004). Post-Intervento nel suicidio. *Studi su aggressività e suicidio*, 4, 41-55.
- Shaffer, D., Gould, M.S., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman, M., e al. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53, 4, 339-348.
- Shah, A.K. & De, T. (1998). Suicide and the elderly. *International Journal of Psychiatry in clinical practice*, 2, 3-17.
- Shneidman, E.S. (1996). *The suicidal mind*. New York: Oxford University press.
- Stack, S. (1996). Gender and suicide risk among eminent artists: a multivariate analysis. *Suicide and life threatening behavior*, 26, 4, 374-379.
- Stack, S. (1997). Suicide among artists. *The Journal of Social Psychology*, 137, 1, 129-130.
- Stengel, E. (1964). *Il suicidio e il tentato suicidio*. Milano: Feltrinelli.
- Tomlinson-Keasey, C., & Warren, L. (1984). Suicide among gifted women. *Gifted international*, 4, 1-7.
- Torselli V. (2007). *Attività artistica e malattia mentale*. Consultato su <http://www.artonweb.it/nonsoloarte/artecreatfollia/articolo1.htm>.
- Trabucco, L. (1999). Edward Munch. Arte e trasformazione della sofferenza mentale. Riflessioni psicoanalitiche su un percorso artistico. *Psychomedia*, consultato on-line su <http://www.psychomedia.it/pm/culture/visardx1.htm>.
- Vaglio, L. (2004). Le bianche parole di Alda Merini. *Musicaos.it*, uno sguardo su poesia e letteratura, Anno 4, Numero 25.
- Volkan, V.D., & Zintl, E. (1993). *Life after loss*. New York: Charles Scribner's sons.
- Wittkower, R., & Wittkower, M. (1968). *Nati sotto Saturno*. Torino: Einaudi.
- World Health Organization (2000). *Preventing suicide: a resource for teachers and other school staff*. Ginevra.
- World Health Organization. (2002). Multisite intervention study on suicide behaviors. Ginevra.

World Health Organization. (2003). *The World Health Report 2003: Shaping the future*. Ginevra.

World Health Organization. (2004). *Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders*. Ginevra.



## Introduzione ai contributi su “La malattia mentale”

di Barbara Cafaro\*

### *Premessa*

I Contributi che seguono sintetizzano un lavoro di riflessione, avviato all'interno della scuola di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica SPS, intorno ad un passaggio importante della storia nazionale. Ci riferiamo alla chiusura degli ospedali psichiatrici e alle conseguenze che questo evento ha innescato sul territorio: si pensi ai Servizi che a partire dalla emanazione della legge 180 sono stati costruiti, nonché ai connessi mutamenti nell'ambito della convivenza sociale. Questo lavoro di riflessione ha esitato poi in un convegno tenutosi il 30 giugno 2012: “Dagli Ospedali Psichiatrici alla convivenza con la malattia mentale: quali domande per la Psicologia”.

I contributi che seguono articolano i lavori della giornata.

Una delle ipotesi che sostiene le esperienze proposte è relativa al provare a mettere in discussione la fantasia diffusa per cui la malattia mentale si incontra solo nei Servizi che la 180 ha istituito per occuparsene. Ci sembra che la 180 con l'atto di aver riportato nel territorio questioni di malattia mentale abbia messo in atto un processo più complesso. Di tale complessità ci si vuol prendere cura, sia andando ad esplorare diversi mandati di varie istituzioni rispetto alla malattia mentale, sia considerando i problemi attuali che l'incontro con la stessa malattia pone nei nostri quartieri, nelle nostre città. Oggi, diversamente da allora, siamo più consapevoli di ciò che l'istituzione manicomiale aveva rappresentato per la società in cui si era consolidata: l'allontanamento violento, l'estirpazione di quei fantasmi che la malattia mentale in un certo qual senso rappresentava nel sentire, nel vivere comune.

Prima di addentrarci nel vivo dei contributi vi proponiamo una breve introduzione che esplicita i criteri e le prospettive metodologiche, quella storica e quella psicologico-clinica, che hanno sostenuto questo lavoro di esplorazione.

### *Dagli ospedali psichiatrici alla convivenza: una proposta di lettura storica*

La prima questione che vi proponiamo è: perché un convegno sul passaggio dagli ospedali psichiatrici alla convivenza con la malattia mentale?

L'interesse ad occuparci di questo passaggio è radicato sin dalla fondazione della scuola di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica. Ci siamo confrontati, negli anni, con problemi, pensatori, avvenimenti che hanno segnato in profondità la nostra storia e che, lungi dall'essere “archiviati” (archiviabili), dialogano e interagiscono con la contemporaneità; non solo nelle forme che assumono nel presente.

In questo siamo stati sostenuti e sollecitati dal metodo storico propositoci da Maddalena Carli<sup>1</sup>, la quale ci ha aiutato a mettere in discussione il rapporto fra passato, presente e futuro e a non pensarlo scontatamente alla stregua di una “sequenzialità lineare di eventi”. Una delle ipotesi che ci ha più stimolato è la relazione sempre viva e circolare fra gli eventi e la complessità, problematicità, dinamicità della loro articolazione temporale. L'altro aspetto interessante che si lega a questo è l'importanza di indagare la cultura che si organizza intorno agli eventi. Quali teorie implicite ed esplicite determinano la cifra di un determinato periodo storico e come queste teorie generano comportamenti, organizzazioni, valori, intere società. In questo senso abbiamo potuto mettere in rapporto il processo di unificazione dell'Italia con la nascita dei manicomi. La prospettiva storica si è rivelata molto utile nella possibilità di ricucire alcune fratture istituite culturalmente.

---

\* Psicologa, specializzanda presso la “Scuola di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica, intervento clinico e analisi della domanda”, dello Studio di Psicosociologia (SPS) di Roma.

<sup>1</sup> Ricercatrice di Storia contemporanea presso la Facoltà di Scienze politiche dell'Università di Teramo.

Recuperando la dimensione processuale abbiamo potuto costruire dei nessi fra gli eventi che hanno condotto alla nascita dello Stato italiano e la cultura che si andava diffondendo in quel periodo in Europa; una cultura che ha dato vita a fenomeni apparentemente non legati tra loro. A questo riguardo è risultata molto interessante la possibilità di mettere in relazione parole d'ordine, pratiche sociali e mentalità che hanno segnato la costruzione dello stato nazionale e la "manicomializzazione" che ha caratterizzato la penisola italiana dalla metà dell'Ottocento fino ai primi anni del Novecento.

Lo storico Romano Canosa (1979), nel ricostruire la storia del manicomio in Italia dall'Unità al 1980, data di pubblicazione del volume, mette in evidenza come nel periodo in questione si verificò un vertiginoso aumento dei ricoveri in manicomio, non comparabile con l'aumento della popolazione o con quello dell'internamento carcerario.

Dopo una dettagliata analisi dei diversi fattori che concorrono a determinare questa situazione – come per esempio il rapporto fra povertà e internamento – l'autore, attraverso le parole di Giacanelli e Campoli ci fa notare come il compimento dell'ideale scientifico-medico della psichiatria da un lato e dall'altro l'esigenza di provvedere alla gestione dei problemi posti dalle masse delle vittime delle crisi economiche e degli squilibri, garantendo nel contempo la sicurezza del "progresso" e dei Valori dominanti, trovano il loro punto di incontro nell'idea di manicomio. Si individua in esso il luogo che consentiva il massimo di sicurezza (la tutela dell'ordine) con la possibilità più ampia di sperimentazione scientifica, di invenzione tecnicistica e, insieme, di esercitazione paternalistica e umanitaria.

Il collegamento fra istituzione manicomiale, crisi economiche, gestione dell'ordine pubblico, progresso e scientificità è estremamente interessante e foriero di ipotesi che riprenderemo, in seguito, da altri vertici. È tuttavia interessante sottolineare come le idee che andavano sostenendo la "modernità" fondavano in pieno l'istituzione dei manicomi.

Il metodo storico, qui inteso come la possibilità di interrogare documenti, luoghi e testimonianze, ci ha permesso di ripensare la conoscenza che noi avevamo sugli ex ospedali psichiatrici; conoscenze cristallizzate e, forse, eccessivamente pregiudiziali. Un approccio storico ci ha permesso di non avere a che fare con oggetti reificati e perciò poco esplorabili. Ritornare nei luoghi (siamo andati a visitare Racconigi, l'ex ospedale psichiatrico della provincia di Cuneo e il Santa Maria della Pietà, a Roma), ritornare sui documenti e alle fonti è stato di fondamentale importanza per superare una conoscenza dei fenomeni che appiattisce e uniforma rischiando di perdere le differenze. Il metodo storico ci ha aiutato, inoltre, a pensare a fenomeni non sempre uguali a se stessi: abbiamo cominciato a individuare delle sfumature che meritavano di essere esplorate.

Vediamone alcune.

Nel testo citato in precedenza, Romano Canosa – sintetizzando un filone di studi ricco ed estremamente articolato – ci fa notare come nel passato siano esistiti due diversi modi di intendere la follia. Uno, derivante dalle teorie ippocratiche, che faceva risalire l'origine della follia al soma e cioè alla perversione degli umori. L'altro, che la identificava in motivi spirituali, come la violazione di un tabù o la possessione demoniaca. Questi due atteggiamenti hanno coesistito fianco a fianco per secoli, con un leggero predominio delle teorie spiritualiste, in virtù della capacità delle società pre-moderne di occuparsi – seppur in modi non necessariamente funzionali – della malattia mentale. La loro divaricazione avvenne alle soglie della modernità. Non è possibile, in questa sede, ricostruire nel dettaglio le tappe del lungo e complesso processo di medicalizzazione della follia; né evocare i numerosi aspetti culturali (Illuminismo in primis) che vi furono implicati. È tuttavia utile ricordare come, repentinamente, le teorie legate al soma tesero a divenire "teorie organiciste" e a prevalere su quelle spiritualiste, nonostante le scoperte scientifiche in questi ambiti non avessero portato a sviluppi consistenti della disciplina psichiatrica. Alle teorie mediche si affiancò dunque un forte impulso di asilo e detenzione che avrebbe portato alla nascita dei manicomi così come li abbiamo conosciuti nel passato recente.

Laddove il processo di esclusione dalla società di coloro che venivano considerati improduttivi (attraverso la creazione degli asili per i folli) incrociò il processo di professionalizzazione della psichiatria – processo fondato sul mandato di occuparsi della devianza sociale – si produsse il manicomio "moderno". È in questo passaggio che l'attenzione si sposta sulla "cura" e sulla "guarigione", strumenti che andavano fondando la cultura medica, lasciando in ombra il rapporto

che esisteva fra l'istituzione manicomiale e le trasformazioni culturali e organizzative della società e producendo quegli interventi violenti che molto spesso hanno caratterizzato la storia dei manicomi.

Fondamentale, per comprendere questo passaggio, la cultura scienziata che si andava organizzando in Italia fra la fine dell'Ottocento e l'inizio del 900, cultura che era attraversata da nozioni quali la razza e il sangue ma che al contempo organizzava esperimenti "scientifici" sui fenomeni con una forte pretesa di neutralità. Un rappresentante tipico di questo periodo è infatti Cesare Lombroso con i suoi "esperimenti scientifici" sulle caratteristiche fisionomiche del criminale. Resta da chiedersi cosa sia rimasto oggi di questa cultura e come i concetti di cura e di guarigione siano imbrigliati in questa cornice di riferimento.

#### *Dagli ospedali psichiatrici alla convivenza: una proposta di lettura psicologico clinica*

Il rapporto fra malattia mentale, società e professioni di cura è profondamente cambiato, anche grazie ai numerosi mutamenti culturali e sociali sollecitati dalla legge Basaglia.

A trent'anni dalla promulgazione della legge che ha dato avvio alla chiusura dei manicomi in Italia cosa è rimasto del movimento culturale che la ha promossa? Cosa si è trasformato? Cosa permane della cultura che ha generato e gestito l'istituzione manicomiale? Ad aiutarci nelle nostre riflessioni è stata la lettura che Renzo Carli e Rosa Maria Paniccia (2011) avanzano nel volume su "La cultura dei servizi di salute mentale in Italia".

Il testo, oltre a ripercorrere in modo critico gli eventi che hanno preceduto e accompagnato l'emanazione della 180 e la chiusura dei manicomi in Italia, ci propone un'interessante fotografia sulla cultura dei centri di salute mentale attraverso l'identificazione dei problemi con cui questi si confrontano nel rapporto con pazienti e familiari, ma anche nella relazione fra operatori, diverse professionalità e gerarchia. Tutto ciò a partire dal lavoro di intervento sulle questioni della salute mentale svolto dagli autori per oltre 40 anni.

Un aspetto emerso nella fase organizzativa di questo seminario è stato scoprire che facevamo fatica a occuparci di malattia mentale se non nei due estremi della negazione - "la malattia mentale non esiste, è un prodotto della società" - e dell'idealizzazione dell'intervento psicologico *versus* altri tipi di intervento, che non permette di coglierne limiti e risorse. Dall'altro lato la negazione della malattia mentale veniva agita attraverso ipotesi repressive e di controllo che sfociano nel pensare che di malattia mentale ci si può occupare in un'ottica "manicomiale".

Questa oscillazione parla sia dei modelli con cui gli psicologi si formano sia del rapporto fra questi ultimi e la psichiatria; rapporto che ha delimitato nel tempo "spartizioni" di ambiti di intervento a volte molto conflittuali e, anche, una cultura che ruota intorno alla malattia mentale che abbiamo avuto modo di ripensare grazie alla ricostruzione storica che Renzo Carli e Rosa Maria Paniccia ci propongono nel testo cui si faceva riferimento più su. Gli autori, nel restituire la legge 180 al suo tempo, a quel clima di "nuova considerazione della diversità e nuove letture del rapporto fra cultura, politica ed economia, quindi con i valori che reggono la convivenza e la visione del mondo" (p. 18), ci aiutano a mettere a fuoco la componente ideologica e di cambiamento culturale degli anni Sessanta e Settanta. È fondamentale riconoscere la componente ideologica che ha sostenuto l'emanazione della legge; una componente che, se da un lato ha dato impulso ai mutamenti culturali dell'epoca, dall'altro ha lasciato in ombra – per quel che concerne la malattia mentale e non solo – una progettualità di intervento.

La dimensione ideologica si esplica nel significato politico che assunse la 180 così come le leggi sull'handicap e cioè divenne il simbolo di un rovesciamento del potere borghese che aveva violentemente emarginato la diversità.

Un altro importante apporto degli autori è un'ipotesi di lettura della malattia mentale come uno dei modi possibili di affrontare la propria realtà emozionata, a partire dall'ipotesi di un funzionamento bi-logico della mente. Gli autori ci propongono un continuum "che va dal malato psichiatrico grave, che agisce le proprie emozioni senza essere consapevole delle dinamiche disadattive provocate dai propri agiti, alle persone consapevoli delle problematiche evocate dal proprio comportamento e, al contempo, a disagio per il vissuto delle proprie emozioni" (p.12).

Questa ipotesi ci permette di rivedere la distanza che la cultura precedente aveva istituito fra malattia mentale e normalità e di pensare di ricostruire un senso per quegli agiti che caratterizzano la malattia mentale e che, di primo acchito, risultano incomprensibili.

Il testo ci aiuta, quindi, a superare una visione della malattia mentale come oggetto reificato, poco conosciuto e difficile da trattare.

Rispetto a questo noi abbiamo scelto di provare a parlare intorno alla malattia mentale.

### *Bibliografia*

Canosa, R. (1979). *Storia del Manicomio in Italia dall'unità a oggi*. Milano: Feltrinelli.

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.

## **Malattia Mentale: il mandato a occuparsene.**

### **Lo stato dell'arte dei servizi di salute mentale. Quali domande e quali interventi.**

**di Viviana Bonavita, Fabrizio Casuccio, Giorgio D'Alessandro, Federica Di Ruzza, Arianna Di Sero, Paola Izzo, Raffaella Quaglia, Federica Rastelli, Francesca Reale, Luigi Sofia, Giulia Sorrentino, Valentina Terenzi\*.**

#### *Abstract*

Il contributo intende aprire riflessioni circa il rapporto tra individui che afferiscono ai Servizi territoriali che si occupano di malattia mentale e i contesti deputati a organizzarne la trattabilità. Dal vertice di tirocinanti che collaborano con Centri di Salute Mentale (CSM), Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), Centri Diurni (CD) gli Autori resocontano di interventi psicologici costruiti con le figure professionali che operano quotidianamente in tale ambito. Nello specifico ci si sofferma su situazioni cliniche complesse, entro le difficoltà che si incontrano quando categorie quali malattia e salute mentale sembrano non essere sufficienti a inquadrare e a trattare i problemi della vecchia e della nuova utenza dei Servizi territoriali.

*Parole chiave:* Malattia mentale, territorialità, cronicità, nuove domande, interventi medicalizzanti, interventi esplorativi

#### *Premessa*

Come viene trattata attualmente la malattia mentale, nell'ambito dei Servizi deputati ad occuparsene? Parliamo di contesti che hanno il faticoso compito di proporre interventi psichiatrici e multi-professionali per quei problemi che un tempo erano criticamente trattati nel manicomio, e di proporre interventi psicoterapeutici in merito a quelli definiti oggi in letteratura come "disturbi emotivi comuni"<sup>1</sup>. L'ipotesi che muove la nostra curiosità è che in questi contesti ci si confronti anche e soprattutto con il complesso compito di costruire criteri con cui ridefinire ciò che oggi si intende per salute e malattia mentale.

Di seguito vi proporremo alcuni casi tratti dalle nostre esperienze di tirocinanti in cui pensiamo possa essere utile il contributo di una lettura psicologico clinica e psicoanalitica. Psicologia clinica e psicoanalisi qui intese quali vertici da cui provare a fare ipotesi in merito al rapporto simbolico tra i sistemi organizzativi entro cui prestiamo servizio e le domande che vi giungono, ponendo particolare attenzione sia alle situazioni a cui i Servizi stessi appaiono "abituati" e da cui sembrano affaticati; sia a quelle richieste ritenute "impertinenti", ovvero "non di diretta pertinenza" del mandato di prevenzione, diagnosi e cura di cui i Servizi sono investiti.

Vorremmo quindi tracciare una riflessione proprio a partire da quelle situazioni con cui i Servizi si confrontano quotidianamente e rispetto alle quali sembra si abbia più difficoltà a pensare criteri di lettura che permettano di considerarle parte integrante del mandato sociale. Situazioni che proprio per questa difficoltà di lettura vengono spesso vissute come marginali, burocratiche, scontate, ineffabili. L'alternativa possibile sembra essere quella di occasioni utili ai Servizi per connotarsi quali contesti di monitoraggio, verifica e intervento dello stato di "salute" della Società.

#### *Prassi burocratica e domanda di intervento. Il caso di Emanuela*

---

\* Psicologhe e psicologi, specializzandi presso la "Scuola di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica, intervento clinico e analisi della domanda", dello Studio di Psicopsicologia (SPS) di Roma.

<sup>1</sup> Si tratta di sintomatologie ascrivibili all'ansia o all'evitamento fobico, talvolta associati a sintomi depressivi o somatoformi e che, tuttavia, non soddisfano tutti i criteri per uno specifico disturbo secondo gli attuali criteri nosografici (cfr. DSM-IV-TR, Disturbi non altrimenti specificati). Hanno elevata incidenza nella popolazione, comportano significativi livelli di sofferenza soggettiva, determinando una compromissione delle capacità relazionali e lavorative. Si veda anche: Goldberg & Huxley, (1993). *Disturbi Emotivi Comuni. Un approccio bio-sociale*. Roma: Il Pensiero Scientifico.

Negli ultimi tempi, un Dipartimento di Salute Mentale<sup>1</sup> della provincia di Roma, ha deciso di contenere la crescente richiesta di certificazione di invalidità, potenziando una funzione di filtro: attraverso lo spostamento di tali domande entro l'area delle visite intramoenia, si è pensato di scoraggiare il trend attuale tramite un aumento dei costi erogabili. Attività routinarie quali colloqui clinici e test psicodiagnostici sono state trasformate, all'interno di un Servizio pubblico, in attività libero-professionali, secondo una tendenza già ampiamente affermata in medicina<sup>2</sup>.

È comprensibile, se assumiamo una chiave interpretativa fondata sulla logica lineare. In un CSM che può contare su risorse umane vissute come "numericamente scarse", è difficile occuparsi di decine di certificazioni settimanali. Significa sottrarre tempo e spazio ad attività professionali ritenute più importanti, come le accettazioni dei casi urgenti, le psicoterapie individuali e gruppali, le visite psichiatriche, gli interventi domiciliari. Decine di certificazioni, si diceva, che tutt'al più vengono spiegate quali accessi o aggravamenti depressivi a causa esogena, individuando nel problematico assetto attuale del mondo lavorativo quella stessa criticità causale. Scoraggiare l'aumento di queste richieste, esacerbate da un vissuto di impotenza che può esitare nel mettere in atto fantasie opportunistiche, significa evitare a priori diatribe circa l'assegnazione di una pensione sociale quale "piccolo introito garantito".

Non ci si fraintenda. Per molte famiglie occuparsi a oltranza di una persona affetta da psicopatologia grave costituisce una pesante incombenza, un problema economico con effetti importanti sulla qualità della vita. Esistono d'altro canto situazioni critiche di singole persone cui la malattia mentale impedisce di pensarsi, e di "essere pensate" da altri, come capaci di produrre entro un contesto lavorativo. Di fatto, tuttavia, tali domande spesso non riescono a incontrare la soddisfazione delle attese; perché fondate su condizioni transitorie, incompatibili, quando non del tutto assenti, rispetto ai parametri che sanciscono legalmente la condizione di invalidità.

Su un piano logico diverso, potremmo iniziare a chiederci se sia possibile guardare anche a queste richieste come a domande di intervento da esplorare, come a indicatori discorsivi che rappresentano la salute mentale dall'interno del contesto romano, nel momento storico che stiamo vivendo.

Emanuela, una giovane donna, torna al Centro di Salute Mentale (CSM) ciclicamente. Parallelamente allo svolgimento di colloqui preliminari, ha richiesto e ottenuto una certificazione che ne attesta il lieve ritardo mentale. È un afoso pomeriggio di inizio maggio quando Emanuela si presenta al Servizio per l'ennesima volta, richiedendo un colloquio. La psichiatra di turno, cartella clinica alla mano, dopo averla ascoltata cerca uno psicologo per consultarsi, vivendo come confusa la richiesta della giovane donna. A uno di noi, tirocinante presso il CSM da circa un anno, viene così chiesto di parlare con la ragazza perché si fa fatica a "capire il motivo per cui sia di nuovo qui".

Nel colloquio con il tirocinante, Emanuela racconta che di recente è stata licenziata. Aveva un lavoro di barista che era riuscita a ottenere proponendosi presso gli esercizi della propria zona di residenza. Si dice rammaricata ma non riesce a fare ipotesi sul perché sia stata allontanata. Non ha chiesto, non ha cercato riscontri, non si è nemmeno arrabbiata. Emerge poi che ha difficoltà con i calcoli aritmetici, questione che l'ha messa in crisi le volte in cui si è trovata a dover gestire la cassa, i soldi, il resto da consegnare a chi ha pagato una consumazione. Questo le ha fatto

---

<sup>1</sup> I Dipartimenti di Salute Mentale (D.S.M.) aggregano tutte le attività territoriali e ospedaliere dell'assistenza psichiatrica e sono istituiti in ciascuna azienda sanitaria locale. Alcune delle strutture organizzative di cui si dotano per prevenire, curare, riabilitare sono: i Centri di Salute Mentale (svolgono attività di consulenza e presa in carico sia ambulatoriale che domiciliare); i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (provvedono alla cura dei pazienti adulti affetti da disturbi mentali in fase di acuzie che necessitano di trattamenti medici, volontari o obbligatori, con ricovero in ambiente ospedaliero); i Centri Diurni (strutture semi-residenziali con funzioni terapeutico-educativo-riabilitative, collocate di preferenza nel contesto territoriale e finalizzate a favorire l'integrazione sociale).

<sup>2</sup> Per attività libero professionale *intramoenia* – concernente i dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale quali medici e altre professionalità che ricoprono l'incarico di dirigenti del ruolo sanitario, quali biologi, farmacisti, fisici, chimici e psicologi - si intende l'attività che detto personale, individualmente o in *equipe*, esercita di norma fuori dall'orario di servizio, all'interno di una struttura pubblica e in regime ambulatoriale, di *day hospital/surgery* e di ricovero ordinario, in favore e su libera scelta dell'assistito e con oneri a carico dello stesso, anche a mezzo di assicurazioni o fondi sanitari integrativi.

pensare che il suo ritardo mentale fosse vero e indiscutibile, assumendo così la posizione di vittima silente, pronta a subire le decisioni degli altri.

Nel colloquio Emanuela sembra presa entro una scissione emozionale che, da un lato, la spinge a rincorrere la diagnosi definitiva che sancirebbe la sua invalidità civile, rinunciando a quella parte di sé in grado di costruirsi un lavoro; dall'altro è ancora presente e viva quella dimensione di desiderio a non conformarsi alla totalizzante non-idoneità che il ritardo mentale può comportare, qualora preso alla lettera.

Il tirocinante le propone una consulenza che le chiarisca il senso di una diagnosi che al momento la schiaccia e di capire insieme come immettersi in un percorso di reversibilità, a partire dal riconoscere quel che lei vuole e che ha comunicato indirettamente durante il colloquio: il desiderio di tenersi un lavoro che la emancipi anche dalla dipendenza dal padre, visto che prova vergogna ogni volta che è costretta a chiedergli dei soldi.

Senza entrare nello specifico del lavoro intrapreso, basti dire che al termine delle otto sedute concordate, Emanuela sceglie di continuare da sola a valorizzare risorse che ha potuto riconoscere entro la consulenza del CSM proposta dal tirocinante. Ricomincia a formarsi per connotare professionalmente una propria attitudine, già trasformata in esperienza con la nonna paterna: quella di occuparsi degli anziani. Smette di simbolizzare se stessa come una minus habens, riallaccia rapporti significativi non più confinati alla vita familiare. Si muove verso un futuro finalmente configurabile con più ampi gradi di libertà. E non ultimo: smette di ripresentarsi al CSM. Questa consulenza ha avuto luogo prima della scelta della ASL, cui afferisce il CSM in questione, di riorganizzare l'offerta di certificazione tramite l'intramoenia.

Immaginiamo ora l'esistenza di questo nuovo assetto prima dei ripetuti approcci di Emanuela al Servizio. Forse non sarebbe più venuta perché non avrebbe potuto permettersi una spesa ingente. Probabilmente si sarebbe rivolta altrove. Magari in un altro CSM dove le certificazioni hanno ancora costi contenuti. E in mancanza di una rilettura del senso della sua domanda<sup>3</sup> la donna avrebbe continuato a ripresentarsi, spostando logisticamente la propria questione, mettendola a carico di altri.

E se invece, sempre per ipotesi, avesse avuto le risorse economiche per pagarsi test e colloqui in intramoenia, contando sull'aiuto della famiglia? Le sarebbe stata rilasciata una certificazione inutile, perché non sufficiente ad accedere a una pensione di invalidità. Non è difficile immaginare la frustrazione, la rabbia, la reiterazione di richieste, in questo caso di più persone della stessa famiglia della donna, nell'idea persecutoria che il Servizio si faccia pagare cospicuamente per nulla.

#### *Quando ci si allontana dal solco. Nuove domande*

Uno di noi ha appuntamento con il proprio tutor presso un CSM di Roma per concordare i termini del tirocinio. Al primo piano del palazzo trova la Segreteria, in cui sembra non ci sia nessuno. La porta resta chiusa anche dopo aver bussato. La tirocinante prende così posto nella sala di attesa, raggiunta pochi minuti dopo da un'anziana signora che, non ricevendo alcuna risposta al proprio bussare siede anche lei, in attesa. Dopo 20 minuti esce un infermiere che informa la tirocinante che il tutor è in SPDC. Escono anche altri operatori ma nessuno riconosce nella signora un "proprio paziente", lasciandola lamentosa agitare fogli e ricette. In pochi secondi le due tornano a essere sole e la tirocinante prova a chiederle quale sia il problema. "Mi hanno dato un farmaco e mi sento peggio di prima, mi tremano le gambe e le braccia e poi sono agitata come se avessi paura. Mi vogliono uccidere con tutti questi farmaci?!". La signora parla velocemente, ha un viso molto curato e la voce, intensa e impostata, ricorda quelle delle doppiatrici anni '60. Indossa un cappotto col collo di pelliccia, una sciarpa, una gonna e... "Ma lei chi è?" chiede l'anziana, risvegliando dallo studio del suo abbigliamento la tirocinante che, improvvisamente, si rende conto non solo di non essersi presentata ma anche di essere nella sala d'attesa pensata per i pazienti del Servizio.

"Ah! Anche lei è dei Servizi. Avrei dovuto immaginarlo. Comunque mi hanno detto di venire qui dal Pronto Soccorso. Ci sono andata questa notte e mi hanno detto che per togliere le medicine devo

---

<sup>3</sup> Per approfondimenti sulla teoria della tecnica dell'analisi della domanda, si vedano Carli e Paniccia (2003).

venire qui". La tirocinante chiede alla donna quale medico del Servizio abbia già incontrato nell'idea di poterla aiutare a trattare la questione con chi di competenza.

"Con chi non ho avuto a che fare! Sono anni che ho a che fare con i Servizi! Da quando ho visto la scritta Coca Cola su Palazzo Venezia e mi sono messa a piangere! Con tutta questa gente con i fili che gli escono dalle orecchie come rami, che parla da sola, mi guarda, e vado dal medico che invece di parlare con me scrive su un computer il mio nome senza guardarmi in faccia e lo invia al Pentagono. Ma si vede che anche lei è dei Servizi, si vede da come accavalla le gambe e dagli anelli che porta! Questi sono tutti segni! Anche lei mi tradirà! Mi volete uccidere, voi dei Servizi Segreti!. La signora si accascia sfinita sulla sedia. "Lo vede? Il mio nome è tra due pentacoli! Non ce la faccio più" dice, mostrando una impegnativa per una visita su cui il suo nome è scritto tra due asterischi.

Si diceva. La signora indossa un cappotto col collo di pelliccia, una sciarpa, una gonna e...pantaloni usurati e ciabatte di stoffa. Improvvisamente una conversazione lamentosa diventa delirio paranoico. La signora inizia a piangere a dirotto, prende per mano la tirocinante per mostrarle l'ennesimo pentacolo che la perseguita: una rosa dei venti dipinta sulla parete di una stanza adiacente la sala d'attesa. La tachicardia - della tirocinante ovviamente - è l'effetto della condivisione di un mondo che sembra avvolgersi su se stesso, perdendo la dimensione del "come se" per collassare sulla verità della persecuzione. La tirocinante, provando a recuperare un senso di quel rapporto e di quella intensità emozionale, invita la signora a sedersi, chiedendole di cosa si sia occupata nella vita. "Sono stata una bibliotecaria. La carta ha un profumo buonissimo che ti resta sulle mani e le pagine invecchiano come te. Ora siamo tutti internet!". Tutto a un tratto le immagini di persone con i fili che escono dalle orecchie diventano nella mente della tirocinante persone con auricolari, impegnate in qualche conversazione telefonica. E i nomi inviati dai medici al Pentagono attraverso un computer sembrano la prassi di registrazione di una utenza dei Servizi, da qualche tempo "informatizzati". Innovazioni con cui la signora sembra avere difficoltà a rapportarsi senza la mediazione di qualcuno che la accompagni, "traducendole" il passaggio dal mondo della carta a quello in cui cellulari, monitor e tablet sono piuttosto diffusi e non è così raro camminare per strada e vedere persone conversare "apparentemente" da sole o che il medico, prima della visita, raccolga i dati guardando il computer piuttosto che l'interlocutore.

Il "dare di matto della signora", in questo contesto, appare più efficace e competente di qualsiasi lamentela. In pochi minuti un infermiere e uno psichiatra escono dalla Segreteria occupandosi del problema. L'efficacia per l'urgenza di alcune gocce di ansiolitico e le parole rassicuranti rivolte dai due operatori alla signora inducono la tirocinante a pensare che la propri ipotesi di smarrimento simbolico nello scarto tra "il mondo della carta" e quello "di internet" nella domanda della signora sia un delirio. Tanto da ritenere più utile allontanarsi per facilitare gli altri operatori. Ma l'allontanamento è interrotto da uno strattone. La signora s'è aggrappata alla manica e, guardando con gli occhi umidi, dal basso della sedia in cui è sprofondata, invita la tirocinante a non lasciarla "Dottoressa, se mi ricoverano lei mi accompagna? Io le gocce le ho prese ma voglio parlare della carta con lei!". Pare che lo spazio per le questioni emerse, per fortuna, sia stato presidiato da qualcuno che, forse, conosce il potere e la competenza del delirio.

"Allontanarsi dal solco". Questo l'etimo della parola "delirio". E allontanarsi da un solco ben definito nel terreno può essere molto faticoso, basti pensare allo stremo a cui è arrivata l'anziana signora, sia nel far convergere tutti "gli indizi in un'unica ipotesi" - quella della persecuzione - , sia nel tentativo di dimostrare a terzi quanto fosse evidente e condivisibile la persecuzione stessa di cui si sente vittima. Ma se è vero che il delirio è un utile indicatore diagnostico circa alcune patologie mentali pensiamo risulti interessante anche qualora sia colto entro un rapporto. In tal senso facciamo l'ipotesi che i contesti organizzativi condividano con i propri clienti un implicito di efficacia di alcuni linguaggi e non di altri. Vale a dire che la signora, afferente alla "vecchia utenza" dei Servizi di Salute Mentale - quella caratterizzata da importante psicopatologia e antica ospite dei manicomi - condivida con il CSM l'implicito che il delirio sia un linguaggio trattabile entro il rapporto tra lei e quel contesto e capace quindi di sollecitare il rapporto stesso.

Sappiamo che la signora da qualche giorno si sentiva agitata a causa dell'introduzione di un nuovo farmaco nella sua terapia. Arriva al pronto soccorso per rimuoverlo. Il pronto soccorso la rimanda al prescrivente, il CSM. Al CSM, d'altro canto, la signora utilizza, in prima istanza, un linguaggio, quello della lamentela, che sembra non competerele in quanto "vecchia utenza" e, quindi, inefficace nel rapporto in cui è significata come tale. Da qui l'utilità e la competenza del delirio propriamente



detto che pare riportare “in un qualche solco” la relazione, mentre delirante – nel senso di “lontano dall'atteso” - sembra essere ciò che da esso esula.

L'ipotesi di fondo a cui stiamo lavorando è la possibilità di immaginare, anche per la “vecchia utenza” una “nuova domanda”, magari nata proprio nel triangolo utenza-Servizi-territorio, una domanda che, però, a oggi pare poco investita. Una domanda che potrebbe definirsi anche quale “competenza a desiderare” dell'utente psichiatrico, un interlocutore che, storicamente, non sembra desiderare i Servizi, spesso anzi sollecitati da terzi; Servizi “disabituati”, dunque, a essere desiderati. È possibile che la signora, assieme “al problema” dalla sua psicosi, abbia ad esempio questioni relative alla solitudine e alla convivenza entro il condominio o il quartiere? E che magari proprio il CSM sia uno dei pochi rapporti attivi a cui possa rivolgersi, se non altro perchè presenza costante nella sua vita negli ultimi 30 anni?

Definire una nuova sintassi con cui parlare le domande che giungono ai Servizi di Salute Mentale sembra riguardare non solo il rapporto con la vecchia utenza o le richieste di certificazione. Entro lo stesso CSM, servizio presente nel quartiere Prati di Roma, arriva Antonio, un uomo di circa 40 anni, che lavora nel territorio del Municipio 17, tutti i giorni, dalle 9 alle 21, ma risiede ad Acilia. Porta un “problema di ansia” e pensa di contrattare un intervento con il CSM utilizzando le sue “pause pranzo”. Non entreremo nel merito del caso ma ci sembra significativo come la sua richiesta, reindirizzata ai Servizi del territorio di residenza, sia uscita dall'intervento del Pubblico per la difficoltà di usufruire dei Servizi di un territorio in cui abita ma non vive, una domanda giunta al mercato delle “psicoterapie private”, nonostante la legge che regola le competenze delle ASL preveda, entro certi limiti, l'intervento a favore di cittadini non residenti.

D'altro canto è bene ricordare come la legislazione che organizza la territorialità per residenza non è così recente ed è stata pensata soprattutto per quei cittadini “inabili” al lavoro. Ma i cambiamenti storici evidenziano come i Servizi di Salute Mentale divengano progressivamente punto di riferimento per le più disparate fasce di popolazione e ciascun Servizio, capace di radicarsi nel territorio a cui appartiene, ha proprio in questa specificità l'occasione di svilupparsi.

Facciamo dunque l'ipotesi che la “nuova domanda della vecchia utenza” e la “nuova domanda della nuova utenza” (l'utenza con disturbi emotivi comuni che richiede interventi a Servizi di territori in cui lavora e non risiede), siano tenute insieme dall'essere questioni problematiche con cui i Servizi hanno difficoltà a rapportarsi se non ripensando la propria funzione e i propri interlocutori a 30 anni dalla territorializzazione.

Abbiamo la sensazione che attrezzarsi per comprendere queste questioni passi anche attraverso il riconoscere e il trasformare il vissuto di indesiderabilità che organizza l' “identità” stessa dei Servizi di Salute Mentale, vissuto forse anche ereditato da parenti scomodi come i Manicomi prima e i CIM<sup>4</sup> poi.

*L'Aquila immota manet: e pur si muove! Quali domande dopo il terremoto*

Anche il CSM dell'Aquila, dove uno di noi svolge il tirocinio, sembra confrontarsi con il problema di attendere domande che non arrivano e confrontarsi con richieste atipiche.

Dopo circa 1 anno dal terremoto del 6 aprile, il DSM sembrava orientato a verificare l'incidenza del disturbo post traumatico da stress entro la popolazione colpita. Purtroppo al servizio non sono giunte domande classicamente rilevabili attraverso i sintomi che il DSM IV ascrive a tale disturbo. In realtà, al CSM, un professionista che incontra pazienti e parla con loro ha a che fare ogni giorno con problemi connessi con una difficoltà a comprendere e farsi carico degli sconvolgimenti che hanno coinvolto la vita delle persone; aumenta l'uso di psicofarmaci, la sintomatologia che mima patologie mediche, aumentano i problemi connessi al non avere più riferimenti negli spazi comuni, nelle piazze, nelle reti di rapporti quotidiani del vicinato, particolarmente rilevante presso la popolazione anziana. Attraverso le domande al CSM si può riflettere sulle modalità con cui gli spazi, i monumenti, le strutture architettoniche di una città come L'Aquila rappresentino la

---

<sup>4</sup> Il termine CIM, acronimo di Centro di Igiene Mentale, sopravvive nel vocabolario di molti operatori dei Servizi. Questo “sintomo” discorsivo, che presentifica un passato antecedente alla promulgazione della legge 180 (è infatti la legge Mariotti del 1968 che introduce il ricovero volontario in Ospedale Psichiatrico e istituisce i Centri d'Igiene Mentale), connota una “senilità” non solo “strutturale”; bensì soprattutto “culturale”, evidenziando una significativa frattura tra rappresentazioni simboliche e cambiamenti normativi degli ultimi 45 anni in materia di salute e malattia mentale.

reificazione dei flussi culturali che si sono intrecciati nel corso dei secoli; tracce e testimonianze del vivere comune nella storia, che al contempo contribuiscono a mantenere il senso di appartenenza, l'identità collettiva. La contengono, la riorganizzano, la specificano. Il terremoto ne ha minato la certezza, evidenziando drammaticamente, tra l'altro, un'antinomia tutta umana: la tendenza a conservare o a riconquistare lo status quo e la connessa spinta al cambiamento, alla riorganizzazione. Si pensi, nello specifico, a un popolo il cui emblema (la scritta sullo stemma della città) è *Immota manet* che, se da un lato evoca un desiderio tenace di restare, ricominciare, ricostruirsi, dall'altro, rimanda a una altrettanto tenace riottosità nell'adattarsi ai mutamenti. Ebbene si può ipotizzare che i servizi di salute mentale non siano esenti dalle medesime dinamiche emozionali e collusive del contesto in cui sono inseriti.

“La tendenza a pensarsi isolati” dei servizi di salute mentale entro il panorama nazionale può assumere qui delle connotazioni aspramente problematiche, così come la tendenza ad accogliere domande (come quelle delle certificazioni) senza esplorarle può rischiare di far perdere una quota di variabilità molto importante per dare senso alla nostra esperienza.

Durante il tirocinio al CSM dell'Aquila, una di noi ha così potuto partecipare ai nuovi assetti del rapporto tra utenza e servizi di salute mentale. Nuovi assetti problematici ma anche capaci di gettare le basi per lo sviluppo dell'intervento stesso entro la specificità del territorio aquilano. Un esempio in tal senso è stato l'avvio di un gruppo di confronto sull'arte, composto da alcuni pazienti con diagnosi gravi e da anni in carico al Servizio, incontrati sempre entro il setting duale del rapporto medico-paziente. Una novità, quella del gruppo sull'arte, nella misura in cui rappresenta un tipo di proposta che consente di valorizzare non solo il rapporto tra pazienti, e quindi tra cittadini, ma anche tra questi e il Servizio attorno al pretesto dell'arte; un assetto che connota tale rapporto non più come meramente necessario ma desiderabile.

Il secondo caso che proponiamo concerne un intervento domiciliare cui la stessa tirocinante ha partecipato, insieme ad una equipe del CSM costituita da un assistente sociale, uno psichiatra e una psicologa. Il nucleo familiare presso cui si è svolto l'intervento è composto dal padre e dal figlio trentenne, abitanti e coinquilini in un paese in provincia de L'Aquila. Si tratta di una famiglia conosciuta da anni dal CSM in quanto la sorella minore del trentenne, ora domiciliata in una struttura residenziale della Asl, è da tempo in carico al Servizio. Il motivo che spinge l'equipe a recarsi dalla famiglia è quello di tentare una riappacificazione dopo che, a seguito dell'ennesima lite, il padre ha allontanato il figlio da casa, il quale si trova ora a vivere dentro un locale pubblico inagibile, in uno stato di semi indigenza. Nel corso della visita, è il giovane, R., a invitare noi e suo padre nella sua nuova dimora e l'intervento si organizza intorno alla possibilità di recuperare ed esplicitare i problemi che hanno spinto il padre ad allontanare il figlio. Nonostante una certa diffidenza, il CSM sembra in qualche modo rappresentare un punto di riferimento per il giovane. Dopo quella visita, infatti, la tirocinante viene contattata dalla rispettiva tutor che, su richiesta dello psichiatra, le chiede di incontrare l'uomo per un accertamento, una valutazione psicologica.

Prima dell'incontro, la tirocinante psicologa parla con lo psichiatra per conoscere il motivo di questa richiesta. R. lo ha più volte cercato, reiterando lamentele per la situazione con il padre e per il manifestarsi di alcuni sintomi che lo preoccupano. Lo psichiatra vorrebbe capirci di più, chiede alla tirocinante degli accertamenti diagnostici.

Il trentenne presentandosi al colloquio riconosce la tirocinante. La aggiorna sul rapporto con il padre. “Va un po' meglio”, dice, ma continua a vivere nel palazzo inagibile. Aggiunge che lo psichiatra gli ha detto di vedere una psicologa per fare dei test in relazione ad alcuni suoi problemi, tra cui gli innumerevoli sintomi fisici che lo assillano da qualche tempo e che sente invalidanti. Riferisce di un'insonnia che lo costringe alla veglia per la quasi totalità della notte. Si tratta di un problema insostenibile dal momento che gli sta impedendo di andare a lavoro; se continuerà così lo perderà.

La tirocinante cerca di capire di più di quei sintomi e di quell'insonnia, provando a esplorare il rapporto con il padre e il resto della famiglia, ma anche chiedendogli circa il suo lavoro e le amicizie. Racconta della morte prematura della madre, avvenuta quando egli era solo un adolescente e di un rapporto intenso con la sorella. Parla della sofferenza vissuta nel corso di questi anni per l'acuirsi della malattia di lei, una severa schizofrenia, a causa della quale la ragazza ora vive entro una struttura psichiatrica residenziale. E' spaventato rispetto a pensieri ricorrenti che ultimamente lo soverchiano. Questi pensieri sembrano riferiti a idee fisse che lo turbano e non riuscendo a riconoscerle come proprie, comincia a trattarle come esterne alla sua

mente. E' preoccupato di tale sintomatologia perché pensa che possa avere anche lui, come sua sorella, un disturbo psichiatrico e ritiene che gli incontri, test alla mano, siano finalizzati a sancire la sua patologia mentale. Sembrerebbe che riconoscere questa paura sia di per sé insostenibile, perché è a questo punto che il linguaggio di R. e quindi il suo pensiero cominciano ad allontanarsi sempre di più dall'esame di realtà, infittendosi di bizzarre ideative.

La psicologa tirocinante rinuncia quindi all'ipotesi dei test di valutazione, perché rischierebbe di inimicarsi quella parte di R. che reputa inaccettabile una diagnosi di disturbo psichiatrico. Sarebbe in altri termini un modo per minare la costruzione di un rapporto di fiducia verso il CSM.

Alla fine di quel primo incontro, la psicologa propone dunque al giovane di pensare al rapporto con lei e più in generale con l'organizzazione non alla stregua di un setting finalizzato a smascherare disturbi, bensì come uno spazio utile a capire meglio i problemi che lo avevano portato a rivolgersi al CSM così spesso nell'ultimo periodo, individuando possibili risorse che potessero tornargli utili. Grazie a tale fiducia è stato possibile per esempio lavorare rispetto al riconoscere l'interesse di R. a mantenere quel lavoro che rischiava di perdere a causa dell'insonnia; un lavoro vitale, perché lo faceva sentire utile e riconosciuto dai suoi compaesani, consentendogli inoltre di orientarsi meglio rispetto al fattore temporale della propria quotidianità. Tale interesse ha rappresentato in qualche modo l'obiettivo a cui agganciare la possibilità di un intervento farmacologico da parte dello psichiatra, il quale ha nuovamente incontrato R. per intraprendere un percorso di cura che nel corso dei mesi successivi ha contenuto i suoi sintomi e gli ha permesso di tornare al lavoro.

*Come i Servizi, quali CSM e SPDC, simbolizzano e si rappresentano la malattia mentale?*

Nell'avviarci alla conclusione di questa relazione, vi proponiamo delle riflessioni nate nell'ambito di un'analisi sui cosiddetti "alti consumatori", svolta da un'equipe di professionisti su quella parte di utenza che nel corso del tempo è stata ricoverata numerose volte in SPDC (Servizio psichiatrico di diagnosi e cura), definita appunto "alti consumatori".

Tale analisi, che ha implicato alcuni di noi in qualità di tirocinanti, si è posta come obiettivo quello di riflettere e ripensare il rapporto tra la suddetta utenza e il Servizio in questione, un CSM, rintracciando criteri utili non solo a riorganizzare quei rapporti già esistenti, in qualche modo "cronicizzati", ma anche a trattare "nuove" domande.

La metodologia utilizzata è stata quella del lavoro in equipe e dell'analisi qualitativa di casi clinici, ponendo particolare attenzione ai contesti relazionali piuttosto che alle caratteristiche individuali degli utenti: il tentativo è stato quello di esplorare come si configura la relazione terapeutica, nell'ipotesi che abbia un ruolo importante nell'orientare il sistema di attese reciproche. Rintracciare e fare ipotesi sugli obiettivi che il Servizio si pone è stato utile per tentare di comprendere come viene simbolizzata la malattia mentale e, a partire da un ripensamento critico di tale simbolizzazione, avanzare proposte. Nel lavoro di analisi è emerso quanto gli obiettivi spesso sembrano essere predefiniti: si rincorrono atteggiamenti, vissuti, comportamenti ritenuti auspicabili, si desiderano specifici cambiamenti del paziente, quali l'indipendenza e la socialità. Ad esempio si può immaginare di inserire un paziente in un centro diurno come risposta automatizzata, dove la socializzazione è in sé un elemento curativo a prescindere dal significato che assume per paziente e Servizio.

Tali obiettivi spesso vengono vissuti come intrusivi da parte dei pazienti e diventano, per il Servizio, punti di riferimento rispetto a cui si sente che l'intervento è fallito.

Obiettivi di questo tipo alimentano l'idea di eliminare qualcosa piuttosto che accoglierla, producendo il più delle volte delusione, rabbia e impotenza, nei familiari così come nei Servizi.

Il vissuto di impotenza produce una crescita esponenziale di nuovi interventi dello stesso genere, in una spirale infinita di corto-circuiti e sprechi di risorse: per esempio vengono attivati in modo scontato interventi domiciliari o inserimenti in centri diurni piuttosto che interrogarsi sulle difficoltà di relazione tra paziente e Servizi, dentro la quale visita domiciliare o centro diurno possono assumere svariati significati.

Il senso di impotenza si connette quindi al tentativo fallito di far cambiare l'altro, all'averne precise aspettative e forse pretese, finendo per ingenerare un'opposizione a tale tentativo.

D'altro canto pazienti e familiari tendono ad affidare funzioni e competenze che i Servizi sono portati (inconsapevolmente) ad assumersi, strutturando una relazione terapeutica che incentiva e cronicizza la passivizzazione del paziente e del suo contesto.

Quello che emerge dall'indagine è il configurarsi di un modello di relazione terapeutica coi servizi ripetitivo, cronicizzato e cronicizzante, caratterizzato da crisi alternate a momenti di calma che i servizi seguono come irretiti nello schema, spesso inconsapevoli del ruolo che vi giocano.

Le risposte dei Servizi rischiano di contribuire al rafforzamento e alla stabilizzazione del sistema relazionale e, più che concorrere all'evoluzione di tali sistemi, sembrano esserne i garanti.

Le proposte avanzate a valle di tale analisi vanno soprattutto nella direzione di rinunciare agli obiettivi curativi intesi come cambiamenti predefiniti, proponendo azioni finalizzate all'esplorazione di nuove modalità relazionali tese a valorizzare condivisioni, risorse e competenze, senza prefigurare in anticipo i possibili cambiamenti, lasciando aperti gli sviluppi.

In conclusione, questa analisi ci parla di come la riorganizzazione dei Servizi rispetto al trattamento della malattia mentale possa consistere piuttosto che in un'intensificazione degli interventi o nell'attivazione di ulteriori strutture, in un cambiamento culturale nell'approccio clinico a tali situazioni.

### *Conclusioni*

Abbiamo visto come i servizi di salute mentale possano confrontarsi con nuovi modi di rappresentare la salute e la malattia mentale, modi ancorati alla contemporaneità, alla rete sociale in cui sono immersi. In questa rilettura, ci sembra interessante la possibilità che i servizi si interrogino sulle modalità con cui interagiscono con la domanda dell'utenza e sui rapporti che costruiscono con il territorio.

Si pensi all'attuale crisi economica. Trattare ciò che il tessuto sociale sta criticamente proponendo alla stregua di una sommatoria di questioni depressive individuali, ci sembra non consenta di andare al di là dell'auto-referenzialità di una tecnica di trattamento.

Prendiamo in considerazione dei recenti dati Istat: in Italia, dal 2008 al 2010, i suicidi per problemi economici sono aumentati del 25% circa ([www.ilcittadinoonline.it](http://www.ilcittadinoonline.it)). Imprenditori le cui organizzazioni hanno fallito; ma anche impiegati licenziati, disoccupati attanagliati dai debiti. E' recente il caso di un uomo che si è dato fuoco davanti ad un'Agenzia delle Entrate di Bologna. Certo, semplicisticamente, si potrebbe ancora parlare di derive drammatiche e personali, facendo rientrare questi eventi nelle classiche categorie diagnostiche; ma qual è il rischio per i Servizi? Il rischio è che le strutture che si occupano di salute mentale si isolino rispetto alla possibilità di dotarsi di categorie di lettura utili a trattare domande che il tessuto sociale sta criticamente proponendo. Si rischia, in altri termini, di fare come se il contesto non esistesse.

Sappiamo quanto possa essere banalizzante, per professionisti psicologi e psichiatri, intervenire entro i classici contenitori mediatici. Molti ne sono consapevoli, eppure non mancano colleghi che si prestano ad ospitate televisive che barattano notorietà e visibilità con considerazioni generiche di largo consumo: dalla ricerca di invarianze modellistiche con cui interpretare i comportamenti devianti di ogni singolo sino allo stilare profili, a debita distanza, di assassini seriali. Con tali premesse non sembra sorprendente, quindi, che ai quesiti di un noto telegiornale nazionale, circa il provare a dare senso alla attuale dilagante rassegnazione di ampie fasce della popolazione italiana, risponda un neurologo. Sovviene un interrogativo ulteriore: ce la possiamo prendere con l'ignoranza dei giornalisti che snobbano gli psicologi, con il neurologo ormai interpellato anche sui conflitti condominiali di un palazzo a caso o possiamo iniziare a riflettere sull'auto-esclusione della psicologia nel rispondere ai problemi sociali?

In tal senso presso alcuni Servizi di Roma e provincia qualcosa stiamo facendo. In due Centri Diurni di due diversi Dipartimenti di Salute Mentale, dove alcuni di noi prestano e hanno prestato tirocinio, delle equipe stanno lavorando a progetti che si propongono di esplorare la relazione tra un gruppo di utenti e il rispettivo Centro Diurno. L'obiettivo è la comprensione delle modalità culturali che possono facilitare od ostacolare un percorso di sviluppo per chi condivide il contesto. Si parlano e si elaborano aspetti simbolici che configurano problemi contingenti tra operatori e utenti psichiatrici, tra Servizio, famiglie e contesti di lavoro. Si costruiscono nessi tra vita nel Centro e vita fuori dal Centro. O forse si focalizzano i nessi tra dentro e fuori i Servizi, per poterli comprendere e implementare. Si tenta di valorizzare la domanda di utenti e famiglie rispetto a specifiche questioni, sviluppando l'interesse a utilizzare risorse nel rapporto, piuttosto che sentirsi reciprocamente "senza alternative", obbligati o accondiscendenti.

Pensiamo che i Servizi di Salute Mentale costituiscano punti di osservazione importantissimi per intercettare e definire i nuovi problemi psico-sociali del nostro tempo. Per comprenderli ed elaborarli con le persone comuni che vi afferiscono, forse non servirebbe solo aumentare significativamente le risorse umane impiegabili. Abbiamo visto, tramite i casi presentati, che a volte assumere una posizione esplorativa aiuta a ri-orientarsi. Sospendere le consuetudini routinarie che inevitabilmente si sovrappongono giorno dopo giorno, consultarsi, parlare delle azioni professionali intraprese o ipotizzate con i colleghi e i tirocinanti, aiuta a essere più efficaci nel proprio lavoro. E su un piano diverso, forse, aiuta a conferire a questi Servizi un'immagine meno stereotipale agli occhi di chi spesso vi si rivolge per ricominciare a sperare, ridefinendo senso attorno a problemi.

#### *Bibliografia*

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

Goldberg, D., & Huxley, P. (1993). *Disturbi Emotivi Comuni. Un approccio bio-sociale*. Roma: Il Pensiero Scientifico.

#### *Siti web*

[http://www.ilcittadinoonline.it/news/147399/Aumento\\_del\\_25%\\_nei\\_suicidi\\_per\\_motivi\\_economici.html](http://www.ilcittadinoonline.it/news/147399/Aumento_del_25%_nei_suicidi_per_motivi_economici.html). Consultato il 6 ottobre 2012.

## La malattia mentale: occuparsene senza mandato

Di Valentina Giacchetti\*, Sonia Giuliano\*, Onofrio Strignano\*, Andrea Civitillo\*, Marina De Bellonia\*, Chiara Giovannetti\*

### Abstract

Cosa si può fare con la malattia mentale nei contesti che non hanno mandato per occuparsene? Esiste l'idea che la malattia mentale sia circoscritta entro le famiglie o entro i luoghi deputati a trattarla, ma le persone che definiamo "con problemi di malattia mentale" frequentano la scuola? Lavorano? Chiedono documenti a un Comune? Pagano le tasse?

I contesti dei quali si parlerà (il carcere, la scuola, un ufficio ministeriale, alcuni reparti ospedalieri) sono concentrati su obiettivi altri dal trattamento del disagio psichico, ma come vedremo non sono estranei a situazioni di malattia mentale né sono estranei a tentativi di occuparsene.

Entro l'insieme delle possibili esperienze di contesti che abbiamo chiamato "senza mandato" si tratteranno alcuni casi nei quali la malattia mentale ha portato problemi difficili da affrontare, ma ha anche consentito di ridefinire gli obiettivi e l'organizzazione dei contesti che, incidentalmente, la incontrano.

*Parole chiave:* malattia mentale, mandato sociale, inclusione sociale,

### Introduzione

Ci sono contesti che si occupano di malattia mentale e sono riconosciuti in una funzione operativa e professionale rispetto alla sua presa in carico. Ci sono contesti invece che se ne occupano, potremmo dire per ora, incidentalmente. Ci riferiamo a quelle organizzazioni che incontrano la malattia mentale pur essendo costruiti su funzioni e servizi "altri".

Esemplifichiamo con alcune domande.

La Scuola italiana è pensata appositamente per cooperare con docenti o lavorare con studenti che abbiano una qualche forma di disabilità mentale?

I contesti lavorativi, in azienda e nella Pubblica Amministrazione, come trattano le esigenze dei dipendenti e degli utenti con disabilità mentale?

Le istituzioni carcerarie come si occupano della malattia mentale che incontrano?

L'obiettivo di questo contributo è quello di proporre una visione della malattia mentale vista con gli occhi dei contesti che hanno un mandato altro da quello di cura.

Nello specifico vorremmo proporre un approfondimento su cosa la malattia mentale può diventare nelle strutture che non la trattano in quanto tale, ma la incontrano entro i propri obiettivi di funzionamento.

Ci collochiamo nel dibattito sui contesti che hanno un mandato produttivo o di servizio che interagisce con la cultura dell'inclusione sociale, cioè con l'obbligo a confrontarsi con le diversità.

Una delle caratteristiche del senso comune nei confronti della malattia mentale è quella di sviluppare una visione monocorde del malato come persona costantemente dedicata al proprio disturbo. Una risorsa che abbiamo riconosciuto nei contesti di intervento dei quali parleremo è il recupero di una considerazione tutt'altro che scontata: un malato mentale può essere anche, contemporaneamente, altro: uno studente, un lavoratore, un cittadino, un genitore, un attore.

Tratteremo i contesti nominati attraverso il resoconto di casi in cui la malattia mentale ha assunto la funzione di *analyseur*<sup>2</sup> rispetto ad impliciti organizzativi dei contesti, diventando un sintomo da eliminare o un'occasione per ripensare il rapporto tra organizzazione ed obiettivi.

---

\* Psicologhe e psicologi, specializzandi presso la "Scuola di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica, intervento clinico e analisi della domanda", dello Studio di Psicosociologia (SPS) di Roma.

La struttura della nostra proposta sarà divisa in due parti. Nella prima parte verranno esplorate alcune esperienze in contesti nei quali si sono sviluppati tentativi di trattare la malattia mentale; nella seconda parte vorremmo proporre delle considerazioni conclusive sul tema dell'occuparsi di malattia mentale nell'ottica di contesti non deputati a occuparsene.

### *Esperienze*

Tra un insieme di esperienze e contesti che incontrano la malattia mentale abbiamo scelto i seguenti: la scuola, il lavoro, il carcere. Sono aree in cui le persone che scrivono, entro esperienze di lavoro o di tirocinio, trattano questioni relative alla malattia mentale. Nello specifico ci riferiamo a contesti che nell'incontro e confronto con la malattia mentale maturano una domanda per gli psicologi.

#### *La Scuola*

L'uguaglianza e la diversità rappresentano dimensioni particolarmente importanti per l'istituzione scolastica, che già negli anni '60 è stata oggetto di dibattiti e modifiche legislative inerenti il rapporto tra classi normali e classi differenziali<sup>3</sup>. Queste ultime si occupavano dell'istruzione dei bambini con disabilità fisiche o mentali, e più in generale di tutti coloro che non si adattavano a tempi e metodi delle scuole comuni<sup>4</sup>. Con la L. 517/77 tali classi vengono abolite; si prescrive così alla scuola il dovere di includere persone disabili nelle classi cosiddette normali: un anno prima che la Legge Basaglia contempli la chiusura dei manicomi la diversità viene reinserita nei contesti sociali attraverso la scuola. Questa, pertanto, con un mandato di istruzione e con il dovere di integrare diversità<sup>5</sup>, entra in rapporto con la malattia mentale, trovandosi di fronte a non pochi problemi. La L. 104/92 ha disciplinato procedure e strumenti a favore dell'integrazione dei disabili e introduce, per sostenere tale mandato, le figure di docenti, operatori e assistenti specializzati, che oggi sono rappresentati dall'insegnante di sostegno, dall'assistente educativo culturale (AEC), dall'assistente specialistico (AS). Ancora negli ultimi anni le funzioni e le competenze di tali figure sono oggetto di revisioni e modifiche legislative, a testimoniare la complessità delle questioni rispetto a cui sono chiamate ad intervenire (Giuliano & Sarubbo, 2012).

Vediamo alcune di tali questioni attraverso due casi.

Yelena è una ragazza di 21 anni che frequenta una scuola professionale. È autistica con un grave ritardo mentale. Non parla. Riesce a comunicare pochissimo con chi le sta intorno e lo fa quasi esclusivamente quando deve andare in bagno o ha fame.

In un GLH operativo<sup>6</sup> di fine anno la madre affidataria dice di sentirsi preoccupata vista la difficoltà di trovare una struttura che possa accogliere Yelena dopo il diploma. Fa seguito una discussione che vede da un lato gli insegnanti e il vicepresidente interrogarsi su come trattenerne ulteriormente Yelena a scuola. Dall'altro l'affidataria ribadisce la sua preoccupazione sul "dopo", mostrando un

---

<sup>2</sup> La psicosociologia francese indica con tale costrutto quegli eventi che, accadendo entro sistemi organizzativi, disturbano routine istituite e al contempo ne sono un prodotto; per tale motivo si tratta di eventi in grado di rivelare le dinamiche implicite che fondano l'organizzazione. Cfr. Hess (2005), p. 185.

<sup>3</sup> Vedi le Circolari Ministeriali n° 4525 del 1962 e n° 93 del 1963.

<sup>4</sup> Lo deduce Pruneri (2003) da una disamina di decreti e circolari degli anni '50 e '60. Rimandiamo al medesimo testo per una ricostruzione storica, sociale e politica del dibattito su scuola e disabilità dai primi del '900 ad oggi.

<sup>5</sup> Langher, Ricci & Diamanti in un articolo pubblicato sul n°. 2/2010 di questa stessa Rivista, ripercorrono il dibattito politico degli anni '70 esitato con l'abolizione delle classi differenziali, mettendolo in rapporto con un senso di colpa agito in rapporto alla disabilità. Anche rispetto a questa concettualizzazione ci riferiamo al mandato di integrazione assegnato alle scuole nel '77 in termini di dovere prescritto.

<sup>6</sup> Gruppo di lavoro sull'handicap operativo; si tratta di uno degli strumenti previsti dalla Legge 104/92 per il coordinamento progettuale rispetto a ciascun alunno disabile; coinvolge docenti curricolari e di sostegno della classe in cui è inserito l'alunno, figure di assistenza (AEC o Assistente Specialistico), operatori della ASL di riferimento e di organizzazioni del privato sociale che si occupano dell'alunno, familiari e studente (nel caso della scuola secondaria di secondo grado). Nella nostra esperienza si tratta di incontri in cui diventano particolarmente evidenti gli assetti collusivi impliciti che organizzano il rapporto con la diversità.

certo disinteresse all'ipotesi della ripetizione di un anno. Cos'è un anno rispetto a tutta una vita? La madre si mostra delusa dicendo che prolungare la frequenza di Yelena rimanda il problema, ma non aiuta a risolverlo.

La madre di Yelena sembra presentare il problema nei termini di ciò che chiamiamo un Intervento risolutore; la scuola pare adoperarsi per assecondare questa domanda, prendendola alla lettera, ma il problema rimane, diventando fonte di conflitto. La fantasia di risoluzione si rivela nella sua illusorietà.

Tra chi scrive vi è chi si è occupato di questo caso in qualità di AS. Il suo intervento è stato quello di provare a ridefinire l'obiettivo su cui lavorare, aprendo uno spazio per parlare con la madre di Yelena di ciò che comporta occuparsi della figlia, invece che trovare luoghi deputati a trattenerla.

La proposta di trattenerla Yelena per un altro anno mette in evidenza il vissuto di solitudine e isolamento della scuola, così come della famiglia alle prese con la malattia mentale: parla dell'assenza di un progetto che pensi un futuro per la ragazza e che la pensi inserita anche dentro altri contesti della società. L'azione di parlare con la madre di ciò che comporta occuparsi della figlia pensando al futuro, apre ad uno sviluppo del rapporto, implicando la possibilità di costruire progetti ovvero di immettere desideri entro i vincoli<sup>7</sup>.

Ancora un caso.

Flavio arriva in prima media con una diagnosi di "episodio psicotico con comportamenti aggressivi e autolesivi". Proviene da una famiglia attraversata da comportamenti violenti di cui il ragazzo soffre. Ricostruendo la sua storia si scopre che arriva in prima media accompagnato da un'ombra che segnerà pesantemente la sua vita scolastica. Nell'estate precedente l'inizio della scuola media, aveva minacciato i genitori che litigavano, di buttarsi dalla finestra se non avessero smesso. I genitori, minacciati, avevano chiamato sia il 118 che i carabinieri. Ricoverato in un ospedale romano, a Flavio viene fatta la diagnosi di cui sopra.

La scuola, venuta a conoscenza di questo referto, si allarma e decide come prima cosa di collocare la sua classe al piano terra, per evitare danni eventuali derivanti da gesti improvvisi e/o imprevedibili come il buttarsi dalla finestra, e di affiancargli sia un'insegnante di sostegno che un AEC. La presenza di questi operatori crea non poche difficoltà allo studente, che si sente sotto stretta sorveglianza senza comprenderne il motivo.

A scuola di fronte a situazioni di conflitto con insegnanti e compagni reagisce con rabbia attraverso comportamenti spesso violenti, che la scuola trova incomprensibili e ostacolanti lo svolgimento delle lezioni. Questo fa sentire i docenti spaventati e arresi, vivendo il rapporto con il ragazzo come poco sviluppabile: solo a lui non vengono richiesti standard di apprendimento e il rapporto si concentra solo sulla speranza di poter contenere i suoi pericolosi eccessi d'ira.

Chi di noi si è occupato del caso, a partire dal ruolo di AEC, ha cercato di mediare questo rapporto e quello fra la scuola e la famiglia, ha costruito la possibilità di riorganizzare obiettivi di apprendimento intorno a un'immagine del ragazzo meno spaventosa e statica, mettendo in evidenza e rendendo spendibili delle risorse che pure c'erano. Non considerando la rabbia di Flavio come caratteristica individuale, ha avuto la possibilità di dotare di senso quei comportamenti violenti entro la relazione con il contesto, fino a rendere Flavio in grado di affrontare l'esame di terza media, convenendo degli obiettivi di apprendimento con il ragazzo e gli insegnanti.

Riteniamo che proprio perché la scuola non si occupa per mandato di "curare" quella rabbia, ha allora la possibilità di ricercarne un senso dentro la relazione. Relazionandosi con la malattia mentale in rapporto al conseguimento di un prodotto terzo, come l'apprendimento, ha la possibilità di trovare strade nuove e imprevedibili nel rapporto con essa; possibilità che i Servizi con mandato di cura più difficilmente hanno.

Abbiamo messo in rapporto questa possibilità con la competenza a riconoscere limiti e a cogliere il senso delle emozioni entro rapporti. Diversamente, ridurre la questione dell'integrazione a diversità

---

<sup>7</sup> Intendiamo per desiderio il prodotto dell'accettazione di limiti nel rapporto con l'altro (Carli, 2011). Al versante opposto si colloca il pensiero magico, ove non esistono vincoli, ma solo attese onnipotenti e frustrazioni mortificanti. Nel caso resocontato potremmo dire che riconoscere ed occuparsi dei vissuti della madre di Yelena, rende possibile al contesto di relazioni in causa di uscire dalla fantasia che esistano interventi risolutivi e produce di conseguenza tentativi progettuali nella realtà.



da includere<sup>8</sup> e a malattia da curare (altrove) è un modo costoso di trattarla. Ad esempio implica il trattenimento di Yelena a scuola o l'abbandono di obiettivi formativi per Flavio. Se da una parte queste operazioni hanno la funzione di salvare momentaneamente l'assetto collusivo ed organizzativo di una scuola poco attrezzata a trattare con la diversità, dall'altra implicherebbero una rinuncia alla progettualità.

### *Il lavoro*

In Europa, il 40% degli assegni di invalidità è stato erogato a favore di malati mentali. Lo rende noto OCSE (2012), in una ricerca che sottolinea il grande impatto che questo tipo di patologie hanno sulla produttività e sul mondo del lavoro.

Esiste oggi in Italia una serie di normative finalizzate all'inserimento lavorativo delle persone con disabilità. In primis la L. 68/99 che prevede modalità di collocamento mirato e interventi specifici per colmare la frequente posizione di svantaggio dei disabili nei confronti di lavoratori normodotati. Nel processo di collocamento mirato, tuttavia, difficilmente si tiene conto dell'adattamento tecnico e organizzativo della "nuova potenziale risorsa" nell'ambiente di lavoro.

Nei D.Lgs 626/94 e D.Lgs 81/08, i riferimenti legislativi in termini di sicurezza sul lavoro, ci si occupa di questioni di disabilità solo in termini di adeguamento degli spazi, ma cosa succede nell'organizzazione della vita lavorativa in rapporto a questioni di handicap fisici e/o mentali? In questi riferimenti normativi si parla di benessere biologico e mentale, ma sembra che "il come occuparsene" sia risolto nei termini di un problema di spazi.

Tra chi scrive vi è chi si è occupato delle questioni lasciate aperte dalle suddette normative entro organizzazioni di lavoro. Vi proponiamo due esperienze: la prima in un ospedale, la seconda in un Ministero.

In un ospedale romano, in merito a un progetto di valutazione dei rischi di natura biopsicosociale, meglio conosciuti come rischi da stress lavoro-correlato, un gruppo di psicologi si è imbattuto in una situazione riportata dai suoi interlocutori come insanabile: la presenza in alcune Unità Operative di dipendenti che avevano mostrato "disordini mentali". Alcune di queste persone avevano anche storie di ricoveri nelle strutture dello stesso Ospedale attraverso il Trattamento Sanitario Obbligato, cioè quel mezzo previsto dal Dlgs 180 del 1978 che autorizza l'autorità giudiziaria a sostituirsi alla volontà di un individuo a farsi curare. Laddove la volontarietà è riferita alla capacità mentale di riconoscere il proprio stato di malattia.

La soluzione dei dirigenti di queste Unità Operative è stata e continua a essere la lateralizzazione della persona malata. Stiamo parlando di un Ospedale. I racconti riportano le difficoltà di collaborazione, i tentativi di trasferimento indotto, la vergogna da celare nel rapporto con i pazienti dei reparti.

Il problema in questo caso citato non è occuparsene, ma eliminare la questione. Parliamo di alcune Unità Operative che si occupano di riportare alla sanità i problemi che incontrano, sottolineando, quindi, che mal si coniugano con i problemi con i quali convivere, come appunto la malattia mentale. Un altro esempio ci aiuterà anche a riconoscere un'altra prospettiva.

All'interno di un ufficio di un Ministero si è dibattuta per anni la questione di una donna assunta entro le categorie protette che veniva ritenuta un pericolo per il quieto vivere dell'ufficio. La donna aveva difficoltà nel mantenere un decoro nell'aspetto e nei modi di rapporto. Tipiche erano le sfuriate con i colleghi e con il pubblico rispetto a questioni ritenute spesso immotivate.

Il dirigente di questo servizio si vergognava della situazione e l'unica cosa che era stato in grado di fare era stata quella di prevedere periodi di ferie per la donna nei momenti caldi del servizio. I momenti caldi erano quelli di maggiore affluenza di utenza o di rendicontazione annuale.

---

<sup>8</sup> Vedi a tal proposito i due significati emozionali dell'integrazione proposti da Paniccia a proposito della disabilità, che può essere trattata entro una cultura dell'*interdipendenza* delle differenze o entro una cultura dell'*inclusione* delle differenze (Paniccia, 2012, pp. 98 – 99). Quest'ultima sembra fondata sulla colpa dell'escludere piuttosto che sul riconoscimento delle diversità presenti in un contesto e della loro necessaria cooperazione in funzione di obiettivi. Questa premessa rende l'inclusione un'operazione di negazione di differenze volta a salvare l'assetto collusivo del contesto.

Con il pensionamento di questo dirigente arrivò un sostituto che era sembrato avere qualche idea in più su come trattare la questione. Fu questa persona a richiedere un intervento in merito a un progetto di riorganizzazione del servizio, orientato alla soddisfazione dell'utenza, nel quale ha lavorato uno di noi.

In breve, si iniziò un percorso nel quale si rese possibile rivedere le questioni sommariamente presentate facendole rientrare in una ridefinizione di un lavoro possibile, tra le persone di questo ufficio. Con la donna e con i colleghi si arrivò a convenire che si sarebbe occupata della parte del "protocollo" e dell'"archiviazione" dell'ufficio, con una stanza a sua disposizione.

Inutile dire che le caratteristiche ossessive della personalità di questa donna si dimostrarono una qualità insostituibile per la funzione della quale si sta ancora occupando. L'utilità di questa donna l'ha portata a essere ritenuta una risorsa importante.

Siamo dell'idea che anche laddove si possano paventare protocolli e regole per trattare questioni di malattia mentale la difficoltà rimane quella di occuparsene in qualche modo. Nei casi presentati, per grandi linee, la malattia mentale è qualcosa da distanziare o da riconoscere e ridefinire entro i rapporti nei quali si manifesta.

Riteniamo che l'esposizione di queste esperienze ci possa aiutare a proporre un secondo criterio per occuparsi di malattia mentale. La malattia mentale spaventa nella sua incurabilità e imprevedibilità, ma è anche comprensibile se si accetta di ridefinire il contesto nel quale si inserisce. La presenza di questioni di malattia mentale implicherebbe, quindi, una necessità: il contesto nel quale si presenta può ridefinirsi in funzione della variabilità che la malattia mentale comporta.

### *Il carcere*

L'istituzione carceraria si trova attualmente nel pieno dell'applicazione del Decreto Legge 230 del 1999 che trasferisce dal Ministero di Grazia e Giustizia al Ministero della Sanità il problema della salute nei penitenziari. Siamo quindi entro un processo di cambiamento in cui il carcere sta provando ad attrezzarsi per occuparsi di salute, compresa quella mentale. Non crediamo sia un caso, ma indizio di una domanda, che proprio in questo periodo si collochi una convenzione di tirocinio tra l'organizzazione penitenziaria di cui resocontiamo e la scuola di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica in cui chi scrive si sta formando.

I dati statistici del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria<sup>9</sup> parlano di una popolazione carceraria composta per circa il 70% da tossicodipendenti e migranti. Ipotizzando che il carcere stia intercettando quella malattia mentale che può convivere con le questioni della tossicomania e dei distacchi dai luoghi di origine, stiamo provando a intendere la L. 230 come un invito ad occuparsi di malattia mentale nelle istituzioni penitenziarie.

Nell'esperienza di due di noi, coinvolte entro un Ser.T penitenziario in qualità di tirocinanti specializzande in psicoterapia psicoanalitica, fino ad oggi, uno dei modi con cui il carcere si è occupato di malattia mentale è stato quello di metterla fuori dal contesto penitenziario. Tre esempi:

- Ad oggi la divisione tra penitenziari e Ospedali Psichiatrici Giudiziari ha reificato l'idea che se si è in carcere si è criminali e non folli. Oggi questa divisione fallisce: entro il 2013 tutti gli OPG saranno smantellati.

- Nel carcere in cui abbiamo lavorato il Servizio Nuovi Giunti, che tradizionalmente si è occupato di diagnosticare il rischio di suicidio di chi arriva in carcere, si sta ripensando nei termini di un servizio di accoglienza, facendo sfumare l'idea che i problemi di salute mentale siano qualcosa che i detenuti si portano da casa e rispetto a cui l'unica cosa che il carcere può fare è prevedere e prevenire attraverso la contenzione/sedazione.

- Il Ser.T del carcere, entro il mandato più generale del Ministero della Sanità di occuparsi della tossicodipendenza (Legge "Craxi-Jervolino-Vassalli" del 1990) tratta le diagnosi di

---

<sup>9</sup> Fonte: Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Ministero di Grazia e Giustizia, Popolazione detenuta e risorse dell'Amministrazione penitenziaria, dato del 23.03.2012.

tossicodipendenza, spesso correlate ad altre diagnosi, come uno strumento per far uscire i detenuti attraverso misure alternative come le comunità terapeutiche.

Relativamente a questo ultimo punto evidenziamo che si tratta comunque di un modo di occuparsi dei problemi di malattia mentale; un modo centrato sull'idea che in carcere non ci siano le condizioni per trattarla se, ad esempio, la psichiatria e la psicologia si occupano di prevederla - sedarla - contenerla, più che di sviluppare criteri per leggerla. A tal proposito proponiamo una riflessione sulle risorse attivabili entro il carcere quando non è possibile espellere immediatamente la diagnosi, come nel caso di Alberto.

Alberto è un detenuto di 45 anni che crea allarme in carcere per il suo totale rifiuto a stabilire relazioni: è sempre a letto, non usa l'ora d'aria, non parla con nessuno. E' ristretto nel reparto G9 (reparto di sicurezza in cui vengono collocati i detenuti che, per il tipo di reato commesso o per la condotta all'interno del carcere, potrebbero essere a rischio di aggressione da parte di altri detenuti), dove è stato trasferito dopo l'aggressione inferta a un detenuto. Alberto, dentro il progressivo isolamento che si è costruito, pensa al suicidio.

Per motivi legati a vincoli giudiziari non è possibile al momento pensare ad un inserimento in comunità e lo psicologo tutor dei tirocini affida il caso alle due tirocinanti.

Alberto si presenta in SerT con gli occhi sgranati e una cartella clinica: depressione maggiore, disturbo borderline e dipendenza da sostanze. Per queste diagnosi assume tranquillanti e antipsicotici, che però non gli bastano più: egli domanda al servizio di risolvere la depressione che lo tiene a letto. Alberto sembra ridursi alla sua diagnosi...oltre la diagnosi, il buio.

Il primo prodotto dell'intervento clinico è la costruzione di un rapporto tra il tempo della sua storia di vita e il suo stato di depressione, con l'obiettivo di rintracciarne una variabilità e quindi un significato attraverso il SerT: Alberto recupera la sua esperienza professionale come compositore fotografico presso un noto quotidiano nazionale così come il nuoto praticato a livelli agonistici. Recupera il ricordo di un lungo fidanzamento così come della morte del padre. Tutte relazioni contrassegnate da un forte coinvolgimento e "successo" iniziale e da una seguente brusca e drammatica interruzione. Sarà in questo periodo che Alberto comincerà a star male, intraprendendo un percorso psicoterapeutico di anni con cui scoprirà di soffrire di attacchi di panico. In questo stesso periodo comincerà ad assumere e poi spacciare cocaina. Aveva circa 25 anni.

Il secondo prodotto dell'intervento clinico con Alberto è il riconoscimento del suo desiderio di interrompere le sue relazioni, sottraendo a tali rotture la spiegazione "facile" della diagnosi di depressione maggiore o di cocainomania.

Il lavoro di consultazione psicologica ha provato a mettere in rapporto il desiderio di rottura-isolamento-detenzione di Alberto con l'attesa di conquistare l'altro o dell'esserne conquistati. La diagnosi stessa, in questa prospettiva, sembra un modo in cui Alberto prova a conquistare e ad essere conquistato dal SerT. Ma il suo continuare a partecipare ai colloqui per recuperare la sua storia sembra parlare di un oltre la diagnosi, ad esempio della sua paura di essere rimasto da solo, senza più nessuna ragione per uscire dal carcere.

Qui il terzo prodotto dell'intervento clinico: il riconoscimento da parte di Alberto del problema evocato dalla prospettiva della libertà. La traduzione della doppia diagnosi in problemi di rapporto con il SerT e con la libertà ha consentito il recupero di una domanda che Alberto rivolgeva al servizio: poter parlare della sua paura di andare in comunità, cioè della paura di immaginare un futuro e di fare a meno del carcere per vivere la sua vita. In rapporto a questa paura si sono compresi due precedenti tentativi falliti di accedere alle misure alternative. Alberto aveva fatto fallire l'ingresso in prova agli arresti domiciliari come alla comunità terapeutica con trasgressioni alle norme che ne regolano la concessione. Dalle misure alternative dopo pochi mesi Alberto era rientrato in carcere, cioè nell'unico sistema che gli consentiva di opporsi a una conformità a tutti i costi e contemporaneamente di contenere gli effetti della sua distruttività.

Con Alberto il carcere ha messo in campo una funzione psicologica più complessa del *mettere fuori o contenere-sedere dentro*, cioè delle alternative con cui spesso il SerT risolve i casi che allarmano, come la malattia mentale che minaccia il suicidio. Il carcere, attraverso la possibilità di pensare il rapporto tra diagnosi, contesto penitenziario e storia personale di Alberto, sembra aver trasformato la contenzione in contenimento. È dentro questo spazio/contexto che si sono create

nuove possibilità di usare il presente e di pensare il futuro; come la possibilità di inserimento di Alberto, curato dal SerT, entro il laboratorio teatrale del carcere.

La diagnosi di malattia mentale in questo caso sembra aver avuto la funzione di riconoscere dei limiti del contesto attivandone le risorse presenti: il teatro e gli psicologi. Questo processo ha consentito ad Alberto di utilizzare il carcere per trattare la malattia mentale invece che di subire il carcere pensando a un suicidio.

Come dicevamo a conclusione del paragrafo precedente anche il carcere, nell'esperienza della quale abbiamo scelto di parlarne, si è ridefinito riconoscendosi la possibilità di potersi occupare di questa cosa che chiamiamo malattia mentale. E se il carcere riconosce di intercettare e trattare la malattia mentale attraverso la tossicodipendenza, anche la malattia mentale può essere aiutata a riconoscere di stare cercando un trattamento in carcere attraverso la tossicodipendenza. La tossicodipendenza e l'immigrazione più in generale sembrano rivolgere attualmente due grandi e attuali domande di cura mentale alle istituzioni carcerarie; domande su cui la funzione psicologica è chiamata ad attivare un processo di pensiero e una strategia di intervento.

### *Due modi di funzionare della malattia mentale entro i contesti*

Riteniamo di avere individuato, attraverso le esperienze presentate, due modalità con cui è possibile trattare la malattia mentale.

Una prima modalità è l'elusione delle diversità, attraverso la riduzione a "malattia" di un complesso di effetti che la diversità implica sulle relazioni, sull'organizzazione, sugli obiettivi di un contesto. Cultura nella quale si sostituisce alla realtà, con tutta la sua variabilità, una normatività ed un conformismo che ne diventano parametro.

Pensiamo alla storia delle classi differenziali nella scuola o alla tanto discussa Legge 104 nell'area che disciplina il rapporto tra disabilità e scuola, con tutti gli obblighi che ne conseguono. Pensiamo alle normative sull'obbligo di inserimento della disabilità nei contesti di lavoro, molto prese dall'ergonomia delle strutture, ma poco attente a ciò che la disabilità, in particolare la disabilità mentale, comporta nei contesti organizzativi. Oppure pensiamo alla legge 230 che trasferisce dal ministero di Grazia e Giustizia al ministero della Sanità il problema della salute nei penitenziari.

In questa cultura si istituiscono nuovi ruoli e figure professionali, ad esempio l'assistente specialistico o l'AEC. Oppure si circoscrivono interventi, ad esempio le consulenze sullo stress lavoro-correlato nelle organizzazioni produttive, o il rinvio alle comunità terapeutiche per i problemi di tossicodipendenza e malattia mentale.

Un'altra modalità di trattare la malattia mentale è farla interagire con gli obiettivi organizzativi del contesto per coglierne gli impliciti di funzionamento. Da questo punto di vista anche le normative diventano una traccia utile per ricercare soluzioni ai problemi che si incontrano.

Lo spartiacque tra le due modalità implicherebbe da un lato la riduzione a malattia di qualsiasi diversità, quindi, il rinvio alla sanitarizzazione del problema; dall'altro il recupero di un mandato di inclusione sociale che cerchi di interagire con le diversità entro gli obiettivi che i contesti si pongono.

### *Apprendimenti*

Abbiamo capito che i cosiddetti contesti senza mandato sono privi del mandato della cura per la malattia mentale, ma sono strettamente legati ai loro mandati sociali (l'istruzione per la scuola, la produzione di beni o servizi per ciò che abbiamo chiamato sinteticamente "il lavoro", la preparazione alla libertà per il carcere) e a un obbligo di inclusione sociale.

Allora si capisce che la funzione degli psicologi in questi contesti rappresenta una possibilità importante di trattare i problemi che nascono dal rapporto tra obiettivi produttivi e integrazione.

I nostri interventi clinici (convocati come AEC, consulenti, tirocinanti, ecc.) permettono di evidenziare una possibilità, nell'incontro di questi contesti con la malattia mentale. Possibilità difficilmente realizzabile a partire dai contesti con mandato di cura. È la possibilità di sviluppare soluzioni che, utili sotto il profilo degli scopi delle strutture (ad esempio, far fare gli esami al ragazzino, far lavorare proficuamente la signora in un Ministero, far uscire dalla autoreclusione il

detenuto recluso), permettano di rivedere i propri presupposti collusivi confrontati con le sfide che il rapporto con la diversità implica.

### Conclusioni

Nei contesti deputati alla cura della psicopatologia il malato mentale è il malato mentale<sup>10</sup>. Ci è sembrato che nei contesti che non hanno mandato di cura il malato mentale sia anche, per esempio, studente, lavoratore, carcerato, genitore. Riteniamo che questa sia una preziosa risorsa da riconoscere e a partire dalla quale è possibile costruire interventi clinici che, anche se non centrati sulla malattia mentale, possono contemplarla entro il mandato di inclusione. In alcuni casi questi interventi, tra il mandato produttivo e il mandato di inclusione, colgono potenzialità di sviluppo organizzativo dei contesti.

Tra i contesti nei quali ci si occupa di malattia mentale come abbiamo visto ci sono la Scuola, le Amministrazioni Pubbliche, le Aziende, le Carceri, ma abbiamo pensato anche alla famiglia, alle istituzioni religiose<sup>11</sup>. Parlare di come trattare la malattia mentale è sempre una questione difficile. Cercando, però, abbiamo trovato una esperienza di “trattamento” che non è risolutoria, ma che funziona. Abbiamo notizia di un parroco, in una chiesa di Aversa che, rispetto ai frequenti mancamenti degli sposi, durante le celebrazioni di nozze arriva con Gatorade e liquirizia.

Crediamo che al parroco in realtà importi poco se si sia “sani” o “malati”. La priorità del rito rimane assoluta. Ti devi sposare? Lo puoi fare purchè stai in piedi e respiri.

Quello che abbiamo chiaro è che il parroco in questione non pensa di dover risolvere il problema degli svenimenti; ma nemmeno rinuncia al suo mandato. Fa un intervento discutibile, ma che, reinventando la sua funzione, prova ad integrare l'evento critico e l'obiettivo del rito. Ci si passi la metafora con beneficio di inventario; ma è proprio la competenza a reinventare funzioni entro uno specifico mandato ciò su cui riteniamo utile lavorare in vista dell'integrazione della malattia mentale.

### Bibliografia

AA.VV. (2012). *Mental Health and Work, Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work*. OECD Publishing.

Carbone, A., Di Ruzza, F., Giacchetti, V., Pierandrei, C., & Verducci, L. (2012). Malattia Mentale: incontrarla nei sistemi di convivenza. Ripensare pratiche professionali nei luoghi del quotidiano. *Rivista di Psicologia Clinica* 2, 151-158.

Carli, R. (2011). Divagazioni sull'identità. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 10 – 17.

Bonavita, V., Casuccio, F., D'Alessandro, G., Di Ruzza, F., Di Sero A., Izzo, P. et al. (2012). Malattia Mentale: il mandato a occuparsene. Lo stato dell'arte dei servizi di salute mentale. Quali domande e quali interventi. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 133-141.

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.

Hess, R., (2005). *Istituzione*. In Barus-Michel, J., Enriquez, A., & Lévy, A., (eds), *Dizionario di psicosociologia*. (pp. 177–187). Milano: Raffaello Cortina

<sup>10</sup> Si veda Bonavita et al. (2012): in questo articolo si tratta la criticità dell'appiattimento dell'utente dei servizi di salute mentale alla sua diagnosi di psicopatologia; d'altra parte proprio a partire dal riconoscimento di questa criticità diventa possibile organizzare interventi che ricomprendano nella funzione sociale dei servizi il mandato di integrazione della malattia mentale entro i contesti di convivenza.

<sup>11</sup> Rimandiamo all'articolo pubblicato da Carbone, Di Ruzza, Giacchetti, Pierandrei, Verducci (2012) su questo stesso numero della Rivista per un'analisi approfondita del rapporto tra malattia mentale e contesti quotidiani di convivenza.

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.

Pruneri, F. (2003). *La politica scolastica dell'integrazione nel secondo dopoguerra*. In Cappai, G.M. (Ed) *Percorsi dell'integrazione. Per una didattica delle diversità personali*. (pp. 55 – 80). Milano: FrancoAngeli

## **Malattia Mentale: incontrarla nei sistemi di convivenza sociale. Domande professionali nei luoghi del quotidiano.**

**di Agostino Carbone<sup>\*</sup>, Federica Di Ruzza<sup>\*\*</sup>, Valentina Giacchetti<sup>\*\*</sup>, Chiara Pierandrei<sup>\*\*</sup>, Luigi Verducci<sup>\*\*</sup>**

### *Abstract*

Il presente contributo vuole riflettere sul rapporto tra la malattia mentale e quel “fuori” che, a partire dalla proposta basagliana, ha dovuto assumersene la tutela-responsabilità. A partire da questo rapporto vengono presentate esperienze in cui la malattia mentale viene trattata nella quotidianità del vivere civile, cioè in quei luoghi di aggregazione più o meno organizzata che incontrano le domande dei cittadini. La palestra, il bar, le associazioni possono rappresentare spazi di relazione con la malattia mentale? Possono funzionare come sistemi di convivenza in grado di comprenderla?

Focalizzare il rapporto tra sistemi di convivenza e malattia mentale pare riformulare, dunque, i problemi posti alla psicologia e alla metodologia dell'intervento psicologico-clinico non tanto nei termini di relazione d'aiuto quanto piuttosto a una competenza a pensare relazioni in rapporto a problemi.

*Parole chiave:* quotidianità, quartiere, desiderabilità, intervento psicologico, nomadismo.

### *Premessa*

Con la promulgazione della legge Basaglia<sup>1</sup>, l'Italia comincia a elaborare la fantasia dell'escludere la diversità dai sistemi di convivenza, ricorrendo al faticoso compito del reinserimento sociale. Il malato mentale non è più definitivamente pericoloso ma sensibile, artista, eccentrico prodotto della società. E nella società deve ritornare. Un passaggio culturale importante, sostenuto da una altrettanto importante ideologia egualitaria che, però, non trova sostegno nella organizzazione di strategie operative in grado di declinare utilmente il passaggio tra il dentro e il fuori, tra il prima e il dopo del manicomio, tra istituzioni totali e territorio, tra esito atteso e processo di cambiamento (cfr. Carli & Paniccia, 2011; Pertot, 2011).

Con questo nostro lavoro vorremmo parlare, più che di contesti istituzionali, di quelle situazioni in cui la malattia mentale vive in una quotidianità di relazioni entro contesti informali, quali quelle di comunità sportive, culturali, politiche, di quartieri, di vicinato, di famiglia, di reti amicali, di luoghi di consumo.

Il territorio che abbiamo in mente non suppone di occuparsi di malattia mentale attraverso un mandato di cura (come il Sistema Sanitario Nazionale) o di integrare la devianza come la Scuola (Paniccia, 2012), il Carcere, il Lavoro. Il territorio che intendiamo esplorare, in altri termini, incontra la malattia mentale senza una cornice di riferimento per trattarla. Vorremmo quindi soffermarci su quelle trame di relazioni in cui la malattia mentale può essere più o meno intercettata e “inviata” a contesti istituzionali per un trattamento specifico, ma soprattutto assorbita, contenuta, significata, riorganizzata quale variabile della relazione, entro la relazione stessa.

Una suggestione. Marisa Galli, disabile e fondatrice della Comunità di Capodarco ([www.comunitadicapodarco.it](http://www.comunitadicapodarco.it)), durante un recente convegno, descrive il momento in cui per la prima volta si è “accorta” della sua disabilità. Durante la prima infanzia, pur essendo sulla sedia a rotelle, giocava con gli altri bambini del vicinato e partecipava alla vita del piccolo quartiere di campagna in cui abitava. Più tardi i suoi amici cominciano ad andare a scuola e a intraprendere attività alle quali non le è possibile partecipare nei tempi e nei modi “normali e naturali” per gli altri.

---

<sup>\*</sup> Specializzando in Psicoterapia Psicoanalitica. Intervento Clinico e Analisi della Domanda -SPS- Roma; Dottorando in Studi di Genere – Università degli Studi di Napoli Federico II.

<sup>\*\*</sup> Specializzando in Psicoterapia Psicoanalitica. Intervento Clinico e Analisi della Domanda -SPS- Roma.

<sup>1</sup> Legge del 13 maggio 1978 n. 180, "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori".

Sperimenta l'isolamento, imparando a leggere e scrivere con l'aiuto della famiglia, fuori dalla scuola, in cui la sua diversità viene sancita violentemente come stato di inadeguatezza. Ha così cominciato a sentirsi e a essere disabile quando ciò che la distingueva dagli altri bambini non era tanto la sedia a rotelle quanto il senso di quella sedia entro il sistema di rapporti in cui era inserita. Questo aneddoto forse aiuta a comprendere quanto sia complesso il rapporto tra individuo e contesto, quante possibilità e vicoli ciechi possa percorrere. Viene anche in mente quanto sia irriducibile a qualsiasi linearità il rapporto tra significanti e significati, tra "le parole e le cose", come suggerisce Foucault (1996) che, in più occasioni, si è occupato di rileggere le premesse con cui i sistemi sociali hanno interpretato e organizzato problemi e questioni di convivenza, proprio a partire da situazioni storicamente circostanziate della cultura occidentale.

I diversi sistemi sociali si sono dotati nel tempo di differenti dispositivi di trattamento della diversità. Si pensi nel medioevo alle "navi dei folli" spedite al largo dalle coste, con criminali, eretici, malati mentali, prostitute, disabili. Si pensi ai manicomi, come luoghi deputati al contenimento medicalizzato della diversità, o alle carceri dotate di Panopticon<sup>2</sup> necessario a contenere e controllare una diversità da "mettere dentro" per tenere fuori della società quell'"altro" strano, estraneo nella sua imprevedibilità nemica.

Ma cosa succede fuori dai contesti istituiti ed istituzionali? Quali trame si costruiscono tra la diversità dell'altro e i contesti di società a cui partecipa?

*La palestra e il negozio del quartiere Aurelio di Roma: una riflessione sul rapporto tra urbanistica di un quartiere romano e uso dei servizi*

La palestra che uno di noi frequenta da circa un anno si trova nel quartiere Aurelio di Roma. Dopo pochi mesi è emersa nitida la sensazione che quella palestra non si occupasse solo di individui, ma di un *sentimento di partecipazione a una sottocomunità* di differenti storie, età, problemi, entro il luogo comune della *cura del corpo*. Il quartiere di cui si parla non ha le caratteristiche tipiche del quartiere rionale: piazze, zone pedonali, bar con i tavolini fuori.... Si tratta piuttosto di una zona ad alta densità di traffico. La metropolitana, inoltre, pur favorendo la velocità degli spostamenti pedonali, ha sottratto alle strade la loro funzione di luogo di incontro, di scambio e di sosta. L'assetto urbanistico del quartiere Aurelio ci è sembrato da subito profondamente in rapporto con l'uso che viene fatto della palestra in questione: un uso che ripropone entro la palestra stessa quella *dimensione di piazza* che nel quartiere non può essere più fruita. L'incontro con la malattia mentale, in questo caso, tiene conto della qualità del rapporto tra l'offerta dei servizi di un territorio e lo stato di salute di un quartiere, cioè, la sua vivibilità.

L'istruttore colombiano di Pilates, M., parlando del suo lavoro afferma: "è un lavoro difficile per me oltre che divertente, dove si incontrano matti e disagio psicologico con cui non è facile trattare". Propone poi un confronto tra le due palestre in cui lavora, quella dell'Aurelio e quella di Monte Mario. Sembra che nella prima, bella e piena di comfort e attrezzi, i clienti "si lamentino", mentre in quella di Monte Mario, meno curata e bruttina, questo non avvenga. Parlando con M. si ha l'impressione che la vivibilità e la capacità di un quartiere di "fare comunità", siano in stretto contatto con l'uso che viene fatto dei luoghi di incontro che il quartiere offre, come la palestra.

Lo stesso gruppo di iscritti al corso di Pilates sembra rispondere a domande di convivenza e scambio tenute insieme dal pretesto del corpo: un ragazzo down, un idrocefalo, un ritardato mentale, una donna di 75 anni, appena divenuta vedova, che decide di iscriversi in palestra dopo

---

<sup>2</sup> Il Panopticon costituisce il modello di un carcere super-razionale fondato sulla perfetta visibilità dei detenuti da parte di un unico sorvegliante centrale, il quale esercita un totalizzante controllo percettivo grazie a una struttura architettonica circolare. Metaforicamente l'occhio del sorvegliante diventa la presenza "tangibile" dell'imperativo morale al quale nessuno deve mai sottrarsi. Jeremy Bentham, filosofo e giurista inglese, elaborò questo progetto negli anni della rivoluzione francese, dei cui principi egli era un fervido ammiratore. Il suo Panopticon, tuttavia, è ormai assurto a emblema di quella capillarizzazione del potere, del controllo, della disciplina, che sembra il destino della moderna società razionalmente organizzata.

Un esempio concreto di struttura "panottica" è il *Padiglione Conolly* a Siena, presso l'ex ospedale psichiatrico S. Niccolò. Originariamente destinato all'isolamento dei malati più gravi, negli anni '90 del XX secolo è stato utilizzato dalla facoltà di Ingegneria dell'Università di Siena. Oggi è in grave stato di degrado.



anni di cura del marito malato. E poi un'altra, infermiera turnista del Gemelli costretta ad andare in pensione per seguire la famiglia, che racconta dei rischi connessi al suo lavoro presso il reparto di cardiologia; e un'altra ancora, tornata a vivere con la propria madre dopo la morte del marito e con cui chi scrive, parlando, scopre di avere conoscenze comuni.

Queste storie di vita si raccolgono negli spogliatoi: zone di passaggio, che precedono o seguono le attività della palestra. Gli spogliatoi, in cui l'intimità fisica che richiede la denudazione e la vestizione potrebbe favorire un isolamento timido e silente, svolgono più ricorrentemente la funzione di vera e propria *piazza* per i frequentatori, in cui scambiare dal semplice saluto al più compromettente cruccio o contentezza rispetto a qualcosa di accaduto. Nella palestra dell'Aurelio, dagli spogliatoi alle sale attrezzate, la malattia mentale non ha incontrato *più* o non ha incontrato *ancora* il potere della diagnosi; sembra piuttosto produrre una *sensazione di familiarità*, vicina all'attenzione che stiamo provando a rivolgere con questo contributo alla competenza a costruire rapporti, fuori dalla professione psicologica.

In quella palestra ciò che fa comunità è poter raccontare disagi senza il rischio che qualcuno ci si accanisca terapeuticamente. È un contesto in cui la malattia mentale non scandalizza. Non eccita. È quasi ovvia o non interessante in sé ma, al limite, per come sa produrre storie in rapporto alla cura del corpo.

Dicevamo che entrare in quella palestra dell'Aurelio può significare sentirsi circondati da persone che ti riconoscono. Come nel caso del signore di 85 anni, curvo a 90 gradi, che richiede un allenamento personalizzato ma poi non si presenta più, destando "brutti pensieri" tra colleghi di sala e istruttore.

La medesima sensazione di familiarità e dell'"essere tenuti a mente" viene prodotta entrando nell'esercizio commerciale di una nota catena di prodotti gastronomici. Il negozio di cui si parla condivide con la palestra ubicazione (stesso quartiere) e clienti abituali.

Il cameriere Roberto, durante una delle occasioni di frequentazione dello stesso esercizio di cui sopra, si scusa con una di noi. Le aveva scherzosamente attribuito lo status di moglie (propria moglie!), dichiarandone "il possesso" ad alta voce. Si trattava dell'unico modo per contenere e scoraggiare un cliente abituale con un ritardo mentale, il quale altrimenti avrebbe cominciato a parlare alla nostra collega senza soluzione di continuità. "Da quando hanno chiuso i manicomi è da matti", si sfoga, "è un continuo qui". Roberto ogni tanto lo si incontra anche in palestra e ci si parla come se fosse un vicino di casa. Un abitante del quartiere. E in effetti il negozio in cui lavora sembra consentire un'esperienza di relazioni entro la piccola *piazza* che circonda il bancone centrale, attraverso l'acquisto di una tradizione gastronomica di qualità. In quel negozio è possibile ritrovare il proprio quartiere, riconoscendone la familiarità attraverso scambi informali ma densi di competenza relazionale.

In sintesi, se in palestra le diagnosi convivono con il territorio tramite la "cura del corpo", nel negozio di Roberto sembra essere "la qualità e la tradizione in ambito gastronomico" a fungere da integratore della diagnosi nella comunità.

Nelle due situazioni presentate la malattia mentale, nel suo convivere con la normalità, non è ignorata, annullata, appiattita, ma riorganizzata entro sottocomunità che non creano appartenenza intorno alla *passione per il disagio* ma intorno all'esigenza di fruizione di un servizio, come un buon caffè o una lezione di metodo Pilates. È l'orientamento al servizio a fare comunità, ad accomunare diversità. A creare quel clima di piacevolezza, nonostante il disagio, che invita, ospita, diverte.

#### *Il ruolo del volontariato nell'integrare solitudini*

Durante l'adolescenza, uno di noi ha frequentato e promosso le attività organizzate dall'Azione Cattolica parrocchiale e della diocesi.

Siamo in un piccolo Centro a ridosso di una grande città del Sud Italia, ove poco diversamente dal medio-evo, l'unico luogo di aggregazione cittadina è la parrocchia, unica anch'essa (cfr. Carbone, 2005). Tutti conoscono tutti. Il paese è abitato da numerose famiglie "storiche", sembra lo stesso da sempre, con i soliti negozi al dettaglio di generi di prima necessità. L'appartenenza è l'elemento fondante l'identità dei cittadini e il familismo (Banfield, 1958), è il modo in cui vengono mantenuti e organizzati i rapporti (con l'estraneità), trattate e trattenute risorse entro sistemi di parentela.

A partire dagli anni '80, il paese ha accolto un importante flusso migratorio in fuga dal caos e dal carovita della città, alla ricerca di una abitazione meno esosa in una zona verde e tranquilla. Riportiamo le storie di due donne, appartenenti ai nuovi abitanti giunti dalla città, che hanno messo in evidenza la difficoltà del contesto a trattare e accogliere il rapporto con il nuovo, in questo scenario in cui i rapporti "storici" e il "da sempre" organizzano fortemente le relazioni nella comunità.

*A - "La vedova allegra"*

Durante una delle serate teatrali della parrocchia, arriva al botteghino una signora sulla sessantina, chiedendo a quale opera di beneficenza sarà devoluto l'incasso della serata. Nessuno l'aveva mai chiesto.

Che vorrà questa, ora?

L'addetto alla vendita, si comporta come se non avesse sentito e porge un biglietto alla signora che, dopo averlo acquistato, inizia a gridare che non ci si può fidare più di nessuno, nemmeno della Chiesa. "La solita matta di turno", commenta uno dei responsabili. Uno di noi si avvicina alla donna chiedendole quale sia il problema. La donna racconta che la settimana prima la Caritas parrocchiale le ha negato un pacco di alimenti sebbene ne avesse espresso il bisogno. È molto arrabbiata per questo e non si spiega il perché, se un servizio è deputato ad aiutare i bisognosi, lei non abbia potuto goderne. Antonietta, questo è il suo nome, è una donna pienotta, curata, collana di perle, capelli cotonati e foulard variopinto, un aspetto che sembra in contraddizione con il bisogno dichiarato. Continuando a parlare scopriamo che la signora si è trasferita da poco tempo nel piccolo Centro, in seguito alla recente morte del marito. Si sente "fuori luogo", sola, senza qualcosa da fare o qualcuno con cui parlare. Siamo nei giorni che seguono il Natale, manca poco alla conclusione dell'anno. Invitiamo la signora per la notte di Capodanno alla festa organizzata dalla parrocchia.

Antonietta si presenta con un vestito nero, non proprio da lutto ma pieno di paillettes... un vestito da vedova allegra, divertita al punto che alla fine della festa è necessario parlare lungamente per convincerla a tornare a casa. Dopo la festa A. ha iniziato a frequentare varie attività parrocchiali; è diventata la cuoca ufficiale dei ritiri e i campi-scuola, un punto di riferimento a cui i ragazzi si rivolgono per qualche consiglio d'amore e le signore del paese per scambiare qualche ricetta.

*B - "Il genio con tanta voglia di amici"*

Stefania ha 40 anni. Anche lei come Antonietta si è trasferita nel piccolo Centro da una grande città. La sua vita è stata sempre casa e studio, una laurea in economia internazionale conseguita con il massimo dei voti, eppure non lavora, ovvero di lavori ne ha avuti tanti, l'ultimo, a tempo indeterminato è durato 6 mesi, poi ha lasciato tutto perché la sua collega "era una stronza". Ora è diventata tutta casa e chiesa. Appena arriva in parrocchia qualche persona nuova, è la prima ad accoglierla. Stefania non ti fa sentire solo. Mai. Nel bene e nel male. Insomma, a volte ti è così vicina da toglierti l'aria. Racconta la sua vita come una collezione di esclusioni e di tradimenti. Alla sua festa dei 18 anni non si presentò nessuno. E così appena qualcuno è disposto a stare con lei prova a tenerlo tutto per sé, bruciando le distanze. Ma nel contesto della Comunità che fa capo alla parrocchia riesce ad occuparsi della catechesi di un gruppo di bambini e del rapporto tra la parrocchia e le loro famiglie; dà sostegno alla formazione scolastica di bambini in difficoltà di apprendimento guadagnandosi stima tanto per la sua preparazione quanto per la capacità di "stare" con i bambini. Sembra, dunque, che l'esperienza in parrocchia stia "lavorando" a questo problema implicitamente, attraverso il coinvolgimento entro progetti a cui sembra che S. desideri partecipare e in cui pare riconoscere il senso delle distanze relazionali a partire dai ruoli che ricopre.

*In che modo il vicinato e la familiarità trattano l'indesiderabilità?*

Due suggestioni per tracciare la cultura di una cittadina marchigiana.

Paoletto è un cittadino. Ha quasi 50 anni. È un uomo tipo Hulk, ma non verde. Cammina con dei passi lunghi e pesantissimi, come se appoggiasse tutto il suo peso su di una gamba alla volta, a testa bassa, quasi piegato su se stesso. A Natale, almeno 20 anni fa, si è presentato a casa di uno di noi per fare gli auguri, ma non per il Natale. Piuttosto perché pensava che il padre di chi scrive stesse per morire. Voleva semplicemente salutarlo prima dell'inevitabile dipartita". La reazione di chi ha ricevuto gli "auguri" è stata preoccupata e divertita al contempo perché Paoletto è il matto della città. Si dice si sia drogato durante il militare, che sia schizofrenico. Insomma la città prova a capire Paoletto "che c'ha", che nome possa avere la sua diversità. E nel frattempo Paoletto cerca di capire e prendersi cura dei suoi concittadini.

Il bar del Centro di Salute Mentale è il primo contesto che si incontra entrando ed uscendo dal comprensorio dell'ex manicomio che accoglie i Servizi di Salute Mentale del territorio in questione. Il bar si configura come il primo avamposto di accoglienza e di "dimissione" per chi fruisce o lavora presso i Servizi. Un'area di passaggio in cui ridefinire rapporti e rappresentazioni della diversità.

Molti dei suoi clienti sono pazienti psichiatrici cronici, gli stessi che passeggiano nei cortili dell'ex manicomio e che si isolano sdraiati su qualche panchina. Apollonia, detta Polly, è la barista, fiera del suo rapporto con i pazienti-clienti per i quali è autorevole punto di riferimento. A Roberto piace provare a saltare la fila perché "paziente impaziente" ma lei crede che la fila valga per tutti. E a Roberto piace sentirsi e comportarsi da cliente come gli altri, capace di sopportare il tempo del desiderio e non come qualcuno cui riservare "trattamenti speciali". Prova dunque a saltare la fila per sentirsi dire di essere "uguale" agli altri.

#### *Alcune categorie per leggere i casi*

Proveremo ora a riflettere sulle situazioni finora riportate utilizzando alcune categorie di lettura che fanno riferimento a diversi modelli di relazione con l'estraneo (Carli & Paniccia, 2002).

Una prima differenza ci sembra essere la dicotomia bisogno/domanda: il bisogno è un'esigenza personale che esiste prima e indipendentemente dall'interlocutore che potrebbe soddisfarlo; mentre la domanda contiene una ipotesi di rapporto tra chi la pone, le sue esigenze e le persone/contesto a cui viene rivolta (Barus-Michel, Enriquez & Lévy, 2002). Altro aspetto interessante del rapporto tra l'individuo e il suo ambiente di vita è l'efficacia delle regole del gioco che sostengono il rapporto stesso. Per regole del gioco intendiamo, in questo caso, non solo gli aspetti "hard" di regolamentazione della convivenza (come leggi e norme esplicite) ma anche quelli più "soft" come ad esempio l'immagine che una organizzazione ha dei suoi clienti, o la modalità "amica" con cui paesi, quartieri e città riescono a simbolizzare e a trattare le differenze entro le situazioni sociali.

Incrociando le categorie proposte (Bisogno/Domanda – Alta/Bassa aderenza alle regole del gioco) abbiamo 4 tipi di interazione tra individuo e contesto:

*Tab. 1*

	<i>Alta aderenza alle regole del gioco</i>	<i>Bassa aderenza alle regole del gioco</i>
<i>Domanda</i>	L'individuo porta una domanda in linea con regole e aspettative condivise nel contesto	L'individuo porta una domanda non in linea con regole e aspettative condivise nel contesto
<i>Bisogno</i>	L'individuo manifesta un bisogno in linea con regole e aspettative condivise nel contesto	L'individuo manifesta un bisogno non in linea con regole e aspettative condivise nel contesto

Proviamo ora a inserire le situazioni di cui abbiamo parlato nello schema composto dall'intersezione delle 4 categorie:

*Tab. 2*

	<i>Alta aderenza alle regole del gioco</i>	<i>Bassa aderenza alle regole del gioco</i>
<i>Domanda</i>	Clienti del negozio enogastronomico	Clienti del bar del CSM 85enne in palestra Clienti della palestra Stefania e Antonietta in parrocchia
<i>Bisogno</i>	Paoletto	Eventi critici (sollecitazione dell'intervento dei Servizi di Salute Mentale)

Le situazioni del quadrante che incrocia *Domanda* e *Bassa aderenza alle regole del gioco*, nelle quali si avanza una richiesta che non è immediatamente in linea con le attese organizzate del contesto, sono quelle che rintracciano la necessità di “competenze psicologiche in assenza di psicologi”. Si capisce meglio allora cosa si intenda per “competenze psicologiche”: la capacità di riconoscere una domanda come tale anche se si presenta sotto forme diverse da quelle abituali per quel contesto. Sono situazioni in cui occorre ripensare al proprio ruolo a partire dalle proprie funzioni; situazioni faticose quindi, ma anche in cui possono nascere nuove nicchie di lavoro e, magari, nuovi mestieri.

Il quadrante maggiormente problematico sembra essere quello che scaturisce dall'intersezione di *Bisogno* e *Bassa aderenza alle regole del gioco*, in cui il contatto con gli altri, mosso dalla necessità di esprimere bisogni personali che crea l'evento critico, rompe la convivenza facendo fallire la condivisione delle regole che ne garantiscono il funzionamento.

### *Conclusioni*

Ritrovarci a pensare in termini psicologico clinici esperienze quotidiane “di convivenza organizzata”, come ad esempio la palestra, il bar, la pasticceria e la parrocchia di quartiere ci porta a simbolizzare il territorio stesso da un lato come la variabilità dei modi con cui la malattia mentale può chiedere una funzione psicologica provocando problemi e dall'altro come la variabilità dei modi con cui la funzione psicologica può trattare i problemi provocati dalla malattia mentale. Questa variabilità sembra favorita da sistemi di convivenza che scardinano il rapporto ovvio tra mandato sociale della funzione psicologica (quindi ruolo professionale e contesto più o meno deputato a occuparsi di malattia mentale) e il problema di salute mentale che impatta.

Se trattiamo la questione del mandato come simbolica di una posizione professionale che suppone di sapere di stare operando psicologicamente in rapporto a un problema psicologico, posizione che ipotizziamo ricorrente entro la prassi clinica, c'è da chiedersi se questo supposto sapere sia definitivamente utile o possa rappresentare un impedimento soprattutto nell'intercettazione della variabilità della malattia mentale e quindi delle nuove domande di aiuto che si rivolgono allo psicologo clinico. D'altro canto, la perdita di questa posizione professionale di supposto sapere, perdita che il territorio analizzato propone, sembra affaticare la capacità di individuazione di problemi nell'incontro tra malattia mentale e sistemi di convivenza.

Apparentemente aver rintracciato contesti di convivenza con cui la malattia mentale impatta, solleva una questione squisitamente di metodo, entro il continuum mandato sociale - funzione psicologica; ma le interazioni spesso invitanti e accoglienti con cui i contesti descritti hanno organizzato una qualche trattabilità della malattia mentale stessa, svelano una dimensione di *di-vertimento* nel provare a coniugare la variabilità di domande “inusuali” con la competenza psicologica che si può fornire nell'interpretarle.

E se, come sembra, tale piacevolezza *di-vergente* è plausibile, quantomeno nei luoghi che abbiamo analizzato, si può dire altrettanto dei luoghi istituzionali in cui di solito operiamo come psicologi?

La passione sfrenata per la malattia mentale, cioè quella mentalità professionale *pre-basagliana* che “estrae” la malattia dalle persone, dalle storie di vita come dai motivi per viverla, che ruolo ha nel ritualizzare e quindi *deprimere* gli ambienti dell'intervento psicologico? In altre parole, quanto

noi psicologi consideriamo la piacevolezza o la spiacevolezza dell'intervento come uno degli indicatori delle azioni professionali intraprese, per esempio rispetto alla pretesa di consapevolezza di chi si è in un determinato contesto, di chi è l'altro (paziente) e di come procedere (cura)? Non dimentichiamoci che la legge Basaglia l'hanno voluta prima di tutto gli operatori dei manicomi, non più in grado di sopportare la routine violenta di una normalità scissa dalla malattia come premessa e promessa di cura.

Così come il territorio che abbiamo esplorato con questo contributo sembra potersi occupare, nello svolgimento delle proprie funzioni quotidiane, di integrazione tra normalità e malattia mentale, il nostro intervento psicologico come lavora a questa integrazione? La possibilità di non esaurire l'identità professionale al proprio mandato sociale, così come il territorio sembra simbolizzare, è a nostro parere una forma di competenza metodologica a riconoscere e a trattare le diverse configurazioni della follia. La questione oggi è come ricostruire un rapporto tra le finalità (cura, benessere, fisico, spirituale) definite dal mandato sociale e una professione orientata da obiettivi di sviluppo. Una criticità: i livelli occupazionali degli psicologi sono sempre più qualitativamente e quantitativamente insufficienti (Salvatore, 2006). È il trionfo del desiderio di farsi riconoscere, nei più svariati luoghi, piuttosto che riconoscere un metodo (clinico) capace di trattare la variabilità relazionale.

Facendo un passo indietro, ritorniamo a quando (1971) venivano istituiti a Roma e a Padova i primi due corsi di Laurea in Psicologia, che produssero tra il '75 e il '76 i primi laureati: gli psicologi iniziano ad esistere. Nel 1978 veniva promulgata la legge Basaglia. Da allora gli stessi psicologi hanno cominciato a lavorare nei Servizi territoriali interagendo con i mutamenti sociali in atto. In questo spazio di profondi cambiamenti hanno contribuito alla trasformazione dei contesti di lavoro portando l'attenzione sulle questioni organizzative delle risorse umane, dell'orientamento al cliente, della selezione del personale, ecc..., contribuendo a quell'assetto sociale, politico e culturale che ha dato origine a importanti dibattiti sui diritti civili dei cittadini e dei lavoratori. Oggi siamo capaci di ripensare la professione psicologica, le pratiche e le domande lavorative a partire da un'interpretazione dei modelli storico-culturali contingenti (cfr. Crainz, 2009) che organizzano le comunità entro cui ci muoviamo? Porre attenzione al quotidiano, alle sue criticità e alle sue competenze può costituire la premessa per la costruzione di un metodo utile all'implementazione e alla verifica del nostro agire professionale, a valle di un mandato sociale che non prevede la presenza di psicologi. Facciamo qui riferimento, alla competenza a individuare dei clienti/domande possibili in luoghi, fino ad ora, impertinenti per la psicologia e per il proprio mandato di cura. Auspichiamo cioè una professione capace di abdicare a una presenza data entro i contesti; in grado, d'altro canto, di integrare contributi simbolici che arricchiscano il senso di una convivenza produttiva.

### *Bibliografia*

Banfield, E.C. (1958). *The Moral Basis of a Backward Society*. Glencoe: The Free Press. [Trad. It. *Le basi morali di una società arretrata*. Bologna: Il Mulino, 1961]

Barus-Michel, J. Enriquez, E., & Lévy, A. (2002). *Vocabulaire de Psychosociologie. Références et positions*. Paris: Editions Eres. [Trad. It. *Dizionario di Psicopsicologia*, Milano: Raffaello Cortina Editore, 2005]

Carbone, A. (2005). *I Giovani e la comunità: Un'identità aperta. Analisi di una realtà della provincia napoletana*. Unpublished thesis, Università Federico II, Napoli, Italia.

Carli, R. (2000). *Il contributo della psicologia per lo sviluppo di convivenza nella città*. Retrieved from: [www.sponline.it/letture](http://www.sponline.it/letture)

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

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.

Crainz, G. (2009). *Autobiografia di una Repubblica. Le radici dell'Italia attuale*. Roma: Donzelli Editore.

Di Maria, F. (Ed) (2001). *Psicologia della convivenza*. Milano: Il Mulino.

Foucault, M. (1966). *Les Mots et les Choses. Une archéologie des sciences humaines*. Paris: Gallimard.  
[Trad. It. *Le parole e le cose*. Milano: Rizzoli, 1967]

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

Pertot, A. (2011). *Basaglia politico. Un atto di non inclusione*. Trieste: Abiblio.

Pivetta, O. (2012). *Franco Basaglia il dottore dei matti. La biografia*. Milano: Delai Editore

Salvatore, S. (2006). *Modelli della conoscenza e agire psicologico*. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2-3, 121-134.

## **L'intervento psicoterapico nell'Ospedale, a partire da una esperienza di tirocinio.**

**di Barbara Cafaro\***

### *Abstract*

Questo scritto vuole esplorare la possibilità di un intervento psicoterapeutico rispetto alle numerose questioni che oggi incontra il rapporto fra l'istituzione ospedaliera e chi vi si rivolge. In particolare si sofferma sugli effetti che un massiccio processo di medicalizzazione della società ha prodotto nel rapporto di cura, che sta diventando sempre più di difficile articolazione. Le situazioni presentate nel testo fanno riferimento ad una esperienza di tirocinio dell'Autrice presso l'unità di psicologia di un ospedale romano.

Medicalizzazione qui intesa come propensione della cultura medica a considerare la cura come un processo indipendente dalle emozioni messe in gioco. Questo conferisce alla cultura medica pochi strumenti per comprendere le difficoltà che si possono incontrare nella degenza ospedaliera per esempio o in chi fa una esperienza di cronicità come sempre più spesso accade per la malattia oncologica. Entrambe le situazioni sono esplorate nel testo. La possibilità di rileggere con categorie psicologico cliniche gli effetti di questo processo di medicalizzazione può offrire, a pazienti e personale ospedaliero, degli utili strumenti per lo sviluppo e la sostenibilità del rapporto di cura.

*Parole chiave:* Psicologia clinica, ospedali, medicalizzazione

### *Premessa*

Con questo scritto vorrei contribuire a sviluppare il dibattito in merito all'intervento psicoterapeutico nelle strutture ospedaliere, pensando anche alla funzione delle numerose Unità di psicologia e Centri di psicologia clinica presenti presso diversi Ospedali italiani. Le ipotesi contenute in questo contributo vengono sviluppate a partire dalla mia esperienza di tirocinio come specializzanda in psicoterapia psicoanalitica, svolta presso l'Unità di psicologia dell'Ospedale Fatebenefratelli di Roma.

L'Ospedale fra medicalizzazione di eventi problematici della vita ed esigenza di occuparsi delle relazioni di convivenza

Prima di entrare nel vivo dell'esperienza ospedaliera mi sembra interessante ricordare alcune trasformazioni che stanno segnando la cultura medica per comprendere le questioni con cui si trovano a trattare oggi gli ospedali. Per fare questo farò appello ad un precedente tirocinio in un Hospice.

A mio avviso l'Hospice è un prodotto del processo di ripensamento della propria funzione che attraversa il mondo medico, che può andare verso una progressiva "umanizzazione" delle cure, purché in un luogo "altro" dall'Ospedale stesso, dove istituire un'altra cultura, diversa da quella ospedaliera e per alcuni versi incompatibile con essa (Cafaro, 2011). Tale processo trasformativo nasce dalla crisi della cultura che ha organizzato la medicina così come la conosciamo oggi, che Foucault ci aiuta a ricostruire in *La nascita della clinica*. L'Autore identifica l'esordio della medicina moderna con il passaggio da una medicina "dei sintomi" ad una medicina dei "tessuti". Nel lavoro citato proponevo una articolazione di tale questione nei termini di una crescente identificazione, per il mondo medico, con una funzione "tecnica" a scapito della costruzione di una importante funzione sociale. Pensavo a una medicina sempre più identificata con "la specializzazione sui tessuti" piuttosto che con la promozione della qualità della vita. L'Hospice e le cure palliative rappresentano una risposta al fallimento di questa dimensione che fonda la cultura medica.

---

\* Psicologa, specializzanda presso la Scuola di Specializzazione quadriennale in Psicoterapia Psicoanalitica dello Studio di Psicosociologia (SPS), Roma.

L'aspetto che aveva orientato la mia riflessione è il rapporto fra Ospedale ed Hospice, che ho ipotizzato essere complementare non solo sotto il profilo della funzione, ma anche e soprattutto sotto quello delle differenti culture che organizzano i due luoghi. Mi sembra si possa affermare che l'Hospice sia il luogo che accoglie e tratta ciò di cui l'Ospedale non riesce più ad occuparsi perché in conflitto con la dinamica collusiva che organizza l'Ospedale stesso. Rispetto a questo risulta molto interessante la lettura che dell'istituzione ospedaliera danno Renzo Carli e Rosa Maria Paniccia nel testo *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia* del 2011. L'istituzione ospedaliera viene letta rispetto a due direttrici che progressivamente si separano, quella affidata agli ordini religiosi che nel tempo si occuperanno sempre più dei fini valoriali (tra cui l'umanizzazione) e della gestione, e quella affidata alla classe medica che ne tutelerà gli obiettivi tecnico - specialistici. Utilizzando ancora il contributo degli autori:

“questa separazione fra “gestione” della struttura sanitaria e “tecnica” ha avuto delle conseguenze di grande rilievo. Ha consentito alla “tecnica” di organizzarsi in modo fortemente autoreferente; salute malattia, guarigione, criteri di intervento, verifica dei risultati sono così diventate dimensioni “tecniche”: definite secondo modelli che fondano e al contempo orientano l'azione dei tecnici a cui tali modelli si ispirano” (Carli & Paniccia, 2011, p. 90). L'istituzione ospedaliera è oggi completamente identificata con la tecnica medica a scapito di matrici che ne avevano sostenuto la nascita.

In Ospedale ho trovato molto utile riflettere su un aspetto che l'Hospice rende assolutamente evidente, e mi sono soffermata sui problemi che scaturiscono da quella medicalizzazione dei fenomeni sociali che riporta nell'ambito della sanità fenomeni esistenziali come la vecchiaia e la morte. Un celebre aforisma di Foucault ci aiuta a capire la rilevanza per la società attuale di questo processo: l'uomo crede di morire perché si ammala, ma in realtà si ammala perché mortale. Questo semplice aforisma descrive benissimo quello che succede ogni giorno negli ospedali e la difficoltà che incontra il rapporto medico-paziente nel dare senso all'evento malattia. Nella maggior parte dei casi l'esperienza dell'ammalarsi resta incomprensibile, nonostante si sia spesso in grado di ricostruire l'eziopatogenesi della malattia grazie alla crescente sofisticazione delle varie strumentazioni, perché l'ammalarsi e ancora di più il morire restano fenomeni ai quali è difficile dare significato emozionale e simbolico in quanto profondamente contraddittori con la simbologia della vita.

Nel lavoro con un gruppo di pazienti oncologici che verrà presentato più avanti è emerso quanto le persone, soprattutto se sentono di aver fatto “una vita sana”, non riescono ad accettare l'idea di “essere malati”. Per spiegare l'impatto con la malattia si fa appello alle più varie “teorie”, fino a scomodare gravi colpe commesse in un'altra vita.

Mi sembra che tali esempi ci facciano vedere quanto siamo poco in grado di farci carico di questi aspetti entro una competenza a convivere e soprattutto ci mostrino come le persone si trovino da sole, ognuno con le sue fantasie, a dar senso ad eventi cruciali della loro vita. Questa premessa culturale genera nel rapporto fra le persone ed i vari istituti di cura un forte conflitto, che da parte dei pazienti origina richieste di cure salvifiche e totalizzanti, da parte del personale curante una difficoltà a limitare questa domanda di onnipotenza, che può portare all'allontanamento difensivo dal paziente. Questi meccanismi sono molto evidenti nell'area oncologica, ma a ben vedere sono rintracciabili in modo trasversale nell'insieme della vita ospedaliera. Un esempio interessante è la pretesa, di molte donne che hanno appena partorito, di ritornare immediatamente alla loro forma fisica, come sintomo di una idea di perfezione e onnipotenza immodificabile. Queste fantasie possono generare nel personale ospedaliero un sentimento di opposizione nei confronti delle pazienti che le agiscono, esitando in un conflitto.

Faccio l'ipotesi che proprio queste premesse della cultura medica generino oggi una difficile articolazione della prassi ospedaliera. Il rapporto fra psicologia e Ospedale mi sembra sia andato organizzandosi entro tale cultura, intorno ai numerosi problemi scaturiti da un processo di “medicalizzazione della società”. Processo che ha caratterizzato in modo massiccio lo sviluppo della medicina moderna e che ha fortemente inciso sullo sviluppo della società occidentale in numerosi aspetti. Propongo una definizione molto interessante di medicalizzazione dello psichiatra Mario Colucci, che ci aiuta a circoscrivere alcune caratteristiche di questo processo. Per Colucci la medicalizzazione è:



“quel processo per cui il soggetto si identifica in oggetto malato, quale lo pretende il medico a cui si è affidato. Medicalizzare significa in primo luogo creare consenso intorno alla natura oggettiva del corpo malato e intorno alla necessità della distanza fra curante e curato. L’aspettativa nasce più tardi, da questa premessa, ed è la forma assunta dalla medicalizzazione nella nostra epoca: si tratta dell’aspettativa pubblica che la medicina trattando i sintomi patologici delle persone, possa affrancarci da più vasti problemi sociali” (www. triestesalutementale.it).

Come vedremo, nel rapporto fra Ospedale e chi si rivolge ad esso, questo tipo di premessa può avere un peso importante, tanto da produrre, se non pensata, grosse inefficienze sia per quel che concerne l’offerta dei servizi ospedalieri sia per ciò che riguarda la possibilità di usufruirne da parte della collettività. Mi sembra si possa affermare che molto spesso la competenza psicologica venga convocata in ambito ospedaliero proprio per intervenire su questi aspetti. Vediamo un’articolazione di questa ipotesi attraverso il resoconto di alcuni interventi a cui ho lavorato all’interno della mia esperienza di tirocinio.

### *L’esperienza in Ospedale: una proposta di intervento*

L’Ospedale Fatebenefratelli di Roma si è dotato ormai da anni di una Unità di psicologia clinica. Questa Unità Operativa Semplice, che fa capo alla Direzione generale, offre numerosi servizi sia all’Ospedale che al territorio e rappresenta uno dei modi in cui oggi psicologi e psicoterapeuti intervengono nel contesto ospedaliero. Nell’Unità di psicologia ho potuto effettuare un’esperienza di intervento e di riflessione sulle questioni sopra individuate. Essa è, a mio parere, un interessante esempio di una proposta di intervento psicologico clinico sulle questioni con cui ha a che fare l’Ospedale e la sua utenza. Penso al modo con cui sono state lette e trattate le numerose richieste e sollecitazioni che provenivano da medici, pazienti e familiari, a partire dalle quali sono stati organizzati i vari servizi che l’Unità di psicologia oggi offre all’Ospedale ed al territorio. Alla base c’era la convinzione che fosse possibile, utile ed efficace proporre un intervento psicologico clinico nel contesto ospedaliero. I casi resocontati argomentano tale affermazione.

L’esperienza di tirocinio in Ospedale, come aveva già fatto quella in Hospice, ha messo in crisi la mia idea di intervento psicoterapeutico inteso: “come prospettiva di cambiamento legata all’individuo, in rapporto a criteri di normalità” (Carli & Paniccia, 2003, p. 67). In questo senso sono stati importanti gli interventi a cui ho potuto partecipare nei vari reparti. Vi propongo un breve resoconto di una esperienza a cui ho avuto modo di partecipare.

Arriva all’Unità di psicologia una richiesta telefonica da parte del Reparto di terapia intensiva, per una consulenza ad un paziente ricoverato in tale struttura. Si dice che il signore è molto angosciato e preoccupato per il suo stato di salute. È stato proposto al paziente di parlare con uno psicologo di questo suo stato d’animo e lui ha accettato. Vado io. Dopo aver parlato con alcuni medici del reparto, che mi dicono della situazione del loro paziente, cioè di una operazione chirurgica per un problema oncologico seguita da un piccolo problema che ha richiesto una nuova operazione e il ricovero in terapia intensiva, decido di parlare con il signore. Il paziente è immediatamente “contento di vedermi”, come se non parlasse con nessuno da ore, e parrebbe che tutto il mio intervento possa già dirsi fatto solo perché lo ascolto con interesse; faccio l’ipotesi che l’incontrare qualcuno con cui poter parlare rappresenti una cosa molto importante per lui. Perché per questa persona è così importante poter parlare con qualcuno? O meglio, perché in questo contesto sembra così eccezionale incontrare qualcuno con cui poter parlare? Forse non si tratta del fatto che nessuno gli rivolge la parola, ma si tratta di un modo di parlare che non c’è, e di cui il paziente ha bisogno.

Sembra che l’atto del parlare con qualcuno di come sta, come si sente, e non per capire l’andamento della malattia ma per condividere un vissuto, per il contesto ospedaliero sia un atto non previsto, nel senso che lo stato dei pazienti lo si monitora sempre in rapporto all’intervento medico, non in rapporto alla relazione con il personale sanitario, allo stato d’animo con cui si vive l’ospedalizzazione. È di nuovo Foucault che ci aiuta a capire questo aspetto della cultura medica quando ci dice che per l’evoluzione del mondo medico “il paziente non è, rispetto a ciò di cui soffre,

che un fatto esteriore; la lettura medica non deve prenderlo in considerazione che per metterlo tra parentesi” (1998, p. 125).

Il signore è molto angosciato ed associa le due operazioni a cui si è sottoposto in così breve tempo ad una invadente fantasia mortifera; mi dice che in quei giorni pensava spesso al suo funerale, e al fatto che non si rialzerà mai da questo letto. Sembra che questo signore non ha trovato interlocutori su questo vissuto; non intendo solo dire qualcuno con cui parlare di quello che gli passa per la mente, ma qualcuno con cui poter dar senso a queste fantasie, emozioni, senza reificarle, senza cioè renderle un fatto o banalizzarle ed evacuarle. Rispetto al proliferare di queste fantasie mortifere la cultura ospedaliera sembra poco attrezzata ad occuparsene, ad accoglierle e a favorirne una elaborazione. Questo può portare, come nel caso riportato, a delle difficoltà di adattamento nel rapporto fra il paziente e la struttura ospedaliera e a essere “immediatamente contenti” di vedere qualcuno che sembra interessato a parlarne. Erano giorni che questo signore non riusciva a dormire, poi ha potuto farlo.

Cosa vuol dire intervento psicoterapeutico in questo caso? Il problema è del signore che prova delle emozioni eccessivamente angoscianti rispetto a quello che gli è successo (l'operazione attuale, dicono i medici, è di piccola entità: si stupiscono che proprio ora che il peggio sembra passato si preoccupi tanto), in base alla sua storia personale, alle sue caratteristiche di personalità ecc., e quindi l'intervento sarà teso a produrre un cambiamento nel suo vissuto tale da farlo sentire meno angosciato? O si può fare l'ipotesi che al dilagare dell'angoscia “collabori” il “buon senso” del reparto di terapia intensiva che fa fatica a riconoscere e trattare come pertinenti le emozioni suscitate dall'intervento, se esse non rispondono a una “giusta misura”, conforme alle attese del personale sanitario? Allora forse l'intervento più efficace è rendere più amichevole, meno arroccato difensivamente quel contesto che si suppone cieco e sordo, proponendo attenzione, capacità di provare interesse per quanto il paziente prova.

Se consideriamo questa ipotesi, l'intervento psicoterapeutico non può non occuparsi del rapporto tra paziente e contesto sanitario. In questo caso il mio intervento è stato di rendere parlabili e quindi tollerabili le sue fantasie, avendo presente che ascoltavo i suoi vissuti non intendendoli come caratteristiche del suo equilibrio emozionale a prescindere, ma in quanto espressivi del suo rapporto con me e di conseguenza con l'Ospedale; nel far questo avevo l'obiettivo di attenuare il vissuto di violenza che connotava la relazione con il Reparto, rendendolo pensabile e permettendo a questa persona un ricovero migliore. Va ricordato che il ricovero aveva luogo in terapia intensiva, dove non è possibile indossare nemmeno il pigiama e dove molto spesso si è intubati, e rappresentava per questa persona un ulteriore elemento di vulnerabilità, che lo disorientava e angosciava. In seguito al colloquio con il paziente ho implicato attraverso un resoconto il personale ospedaliero, in modo che potesse rivedere con me le premesse che avevano sollecitato la richiesta che intervenisse uno psicologo. Sto in altri termini proponendo un intervento psicoterapeutico in Ospedale come intervento sul rapporto fra l'Ospedale stesso e i suoi utenti. Questo modo di intendere l'intervento richiede necessariamente una costruzione di criteri che aiuti a comprendere la cultura medica e i suoi effetti sulla relazione. Rispetto a questo propongo un'ulteriore esperienza di lavoro a cui ho avuto modo di partecipare durante il tirocinio.

*Il paziente oncologico: com'è cambiato nel tempo il rapporto fra l'Ospedale e i suoi utenti*

Si tratta del resoconto di un lavoro con un gruppo di pazienti oncologici, che mette in evidenza quanto “la cronicizzazione” di alcuni stati patogeni abbia radicalmente mutato il rapporto fra le strutture ospedaliere e chi si rivolge ad esse. Per cronicizzazione intendo quel processo per cui per alcune malattie, la cui presenza è sempre più importante, non è possibile dichiarare una “guarigione”, ma si può parlare di tenere sotto controllo i sintomi e di un processo di monitoraggio dello stato di salute/malattia (patologie oncologiche, diabete, ipertensione ecc.). Mentre la modalità tradizionale di rapporto fra paziente ed Ospedale era il ricovero, nelle malattie croniche la relazione fra servizi ospedalieri e utenti cambia radicalmente; il rapporto non si basa più solo sul ricovero, ovvero sulla presa in carico momentanea di un paziente per poi dimetterlo, ma prevede dei lunghi periodi in cui le persone vanno e vengono dall'Ospedale, per esempio in regime di Day Hospital, per ricevere delle cure come la chemioterapia. Questi cambiamenti hanno avuto un forte impatto

sulle prassi della vita ospedaliera; sembra però che non abbiano prodotto una rielaborazione della cultura che sostiene tali prassi. Rispetto a questo trovo interessante il lavoro fatto con un gruppo di pazienti oncologici, per la capacità che ha questo caso di rendere evidenti modalità di funzionamento più generali.

Dico le premesse del caso. La referente dell'Unità di psicologia propone a me ed ad un'altra specializzanda di lavorare con un gruppo di pazienti oncologici. Questa la cornice di riferimento. L'Unità di psicologia ha sviluppato negli anni numerosi servizi rispetto ai problemi che la malattia oncologica pone, sollecitata sia dal personale del reparto di oncologia, sia dalle persone che negli anni si sono rivolte al servizio. Il lavoro in gruppo è uno degli strumenti pensati per trattare le questioni che mano a mano si riuscivano a riconoscere, in primis l'importante possibilità che la socializzazione offre di elaborare vissuti emozionali molto complessi come quelli che si associano alla malattia oncologica. La referente propone il gruppo come uno spazio in cui le persone possono parlare ed elaborare le emozioni che provano rispetto alla malattia, alla cura, al loro rapporto con l'Ospedale, alle varie figure sanitarie con cui hanno a che fare. Rapporto molto complesso, che da un po' di tempo nella nostra cultura è diventato sempre meno scontato e più conflittuale. La questione ha molto sollecitato sia me che la collega specializzanda ed è stato uno dei criteri più orientanti nel lavoro. È stato così proposto a sette pazienti oncologici, che si erano rivolti all'Unità di psicologia, un lavoro in gruppo di 12 incontri con questo obiettivo: sviluppare una competenza a sostenere l'esperienza della malattia e della cura. Un aspetto molto interessante è che tutti i partecipanti al gruppo sono persone che si trovano in una fase di cura "post-chirurgica", nel senso che è stato "rimosso" il tumore e la fase dell'emergenza e del ricovero sembra passata, ma ci si continua a curare. Questo sembra il momento che mette più in crisi le persone rispetto ad "un'ipotesi di guarigione", che inevitabilmente questo tipo di malattie fa fallire. Il riconoscimento di fantasie, aspettative, modelli che stanno alla base della sequenza malattia/cura/guarigione ha avuto un interessante effetto terapeutico, ovvero di pensabilità della loro condizione, per le persone che hanno partecipato a questo gruppo. Un aspetto interessante che abbiamo elaborato è stato l'uso massiccio che le persone fanno di luoghi comuni e dimensioni stereotipali per raccontare la propria storia. Questo meccanismo ostacola una elaborazione dell'esperienza. L'ipotesi che ci ha guidato nel lavorare su questo aspetto è stata che il conformismo entra in gioco come modo di parlare dei problemi in mancanza di un pensiero su quello che succede. Più si riesce a esplorare le emozioni che si provano, a farsi carico della questione malattia nelle sue sfaccettature (come si vivono i cambiamenti fisici, di vita, nei rapporti), senza evacuare i problemi, più i gradi di libertà nel vissuto aumentano, e questo può permettere un ampliamento di possibilità di comportamenti ed opportunità che vanno ad incidere sulla qualità della vita delle persone.

Faccio un esempio: la signora F. inizia un ciclo di chemioterapia in un periodo in cui in precedenza aveva previsto un viaggio. Ora non sa più se partire o meno, perché è angosciata dall'idea di poter stare male, temendo gli effetti collaterali della chemio. Dice che tutti le sconsigliano di partire: per il senso comune chi è malato non deve viaggiare, è un fatto certo, però lei non riesce a rassegnarsi. Lavoriamo con lei affinché possa costruire un senso pensato sulla possibilità o meno di fare questo viaggio: quando la signora inizierà a trattare la propria angoscia come un vissuto e a pensare che ciò che accadrà, se accadrà, potrà trattarlo, deciderà di partire; ci racconterà in seguito di essere stata molto bene.

Le storie delle persone che abbiamo incontrato ci aiutano a mettere a fuoco un altro aspetto molto problematico, l'impatto sulla vita delle persone "dell'essere malato" come una nuova identità. Per molte persone c'è una identificazione quasi totale con l'essere malato, che si declina in una forte passività e in un mettere fra parentesi gli altri aspetti della propria vita, in una sorta di sospensione angosciante dell'implicazione nel vivere quotidiano che per altro può durare anni, con una risonanza notevole nel contesto delle loro relazioni. Questo nonostante le persone si trovino di fatto, dopo un periodo di urgenza e di ricovero, a far convivere nelle loro vite momenti di cura (ad es. chemioterapia, radioterapia) con altri aspetti della vita quotidiana, il lavoro, gli affetti, gli interessi ecc. Sembra però che l'identificazione con l'essere malati non aiuti le persone a riconoscere gli altri aspetti messi in gioco nella quotidianità. Questa fantasia è stata elaborata in gruppo. L'ipotesi è stata che il gruppo avrebbe potuto favorire un passaggio da una posizione passiva e fortemente incentrata sull'"essere malati", verso una posizione che riconosce ed elabora

le emozioni che ruotano intorno all'esperienza della malattia e favorisce una integrazione fra essa ed altri aspetti della vita delle persone.

Per l'intervento psicoterapeutico si prefigura quindi la possibilità di rendere pensabili fantasie che caratterizzano l'esperienza delle persone con una malattia cronica. Si tratta di una questione doppiamente rilevante, sia per la qualità della vita dei pazienti che per il loro rapporto con le strutture ospedaliere presso cui sono in cura.

Vediamo meglio il perché. Ci sembra di poter affermare, a partire dal lavoro fatto in gruppo con i malati oncologici, che la difficoltà di pensare lo stato di malattia costituisca oggi uno dei problemi con cui le strutture ospedaliere si confrontano, ma anche sollecitano. Un sintomo interessante di questo fenomeno si manifesta nella difficoltà di sostenere le cure chemioterapiche: molte persone fanno fatica a sottoporsi a cure ospedaliere quotidiane, e non solo dal punto di vista dell'invasività della terapia farmacologica. Una delle persone con cui abbiamo lavorato in gruppo racconta della sua difficoltà di recarsi in Ospedale per effettuare la chemioterapia e ci parla dell'attesa del suo turno in una sala d'aspetto dove molto spesso per i discorsi sentiti c'è un aumento esponenziale dell'ansia. Ci racconta di essere andata in crisi proprio nel momento in cui ha iniziato il trattamento chemio. Facciamo l'ipotesi che è come se si associasse lo stare in Ospedale alla passività e alla sospensione dalla vita quotidiana e che questo generi un forte senso di angoscia, difficilmente tollerabile e gestibile. Questo genera delle difficoltà anche nel personale ospedaliero a cui risultano del tutto incomprensibili molti comportamenti dei pazienti, per esempio quando rifiutano il trattamento chemio. Il lavoro in gruppo si è notevolmente soffermato su questi aspetti, sul rapporto delle persone con la situazione di cura e con il personale ospedaliero. L'elaborazione di questi aspetti ci sembra abbia favorito una posizione più competente da parte dei pazienti nell'usufruire dei servizi ospedalieri. Ci sembra di poter affermare che il lavoro di gruppo proposto dall'Unità di psicologia ai pazienti oncologici declini in modo interessante la funzione psicoterapeutica all'interno del contesto ospedaliero, recuperando l'attenzione al rapporto tra pazienti e Ospedale.

#### *Bibliografia*

Cafaro, B. (2011). La psicoterapia come intervento sulle relazioni: Hospice e cure palliative. *Rivista di Psicologica Clinica*, 1, 113-119.

Carli, R., & Paniccia, R.P. (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.

Colucci, M. (2005). Medicalizzazione, Retrieved June, 2012 from [http://www.deistituzionalizzazione.trieste.it/letteratura/Letteratura/colucci\\_2005\\_medicalizzazione.pdf](http://www.deistituzionalizzazione.trieste.it/letteratura/Letteratura/colucci_2005_medicalizzazione.pdf)

Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique. Une archéologie du renard médical*. Paris: PUF. [Trad. it. *Nascita della clinica*, Einaudi, Torino, 1969 – 1998].

## **Gli assistenti all'autonomia e all'integrazione per la disabilità a scuola. Da ruoli confusi a funzioni chiare.**

**di Rosa Maria Paniccia \***

### *Abstract*

Le differenze con potere debole (malati mentali, disabili, donne, minori, migranti, anziani, detenuti) sono a rischio di emarginazione. L'integrazione può intervenire su fatti attivando funzioni sostitutive tendenzialmente risolutorie dei problemi dell'utenza, o funzioni integrative che si occupano di vissuti e potenziano competenze relazionali entro i contesti in cui convive la disabilità. Molti casi di potenziale emarginazione sono attualmente medicalizzati; da ciò deriva una prevalenza di competenze sostitutive e una deficienza di quelle integrative. Da questo nasce una domanda da intercettare di cui si può occupare la psicologia. Tali questioni vengono esplorate attraverso il caso della disabilità a scuola in ambito italiano. In particolare si considera come caso esemplare quello degli assistenti all'autonomia e alla comunicazione, per i quali il ruolo è debole ma la funzione potenzialmente forte nel caso in cui assumessero funzioni integrative.

*Parole chiave:* Disabilità, funzioni integrative e sostitutive, ruolo o funzione nell'intervento psicologico clinico, assistente educativo culturale, assistenza all'autonomia e alla comunicazione.

### *Premessa.*

Riflettendo sulle differenze entro il contesto sociale, specie per chi le incarna entro posizioni di potere debole, come i malati mentali, i disabili, le donne, i minori, i migranti, gli anziani, i detenuti, in altri termini per tutte le categorie a rischio di emarginazione, si può vedere come si incontrino, analizzando due opposti significati della parola integrazione, principi fondanti la convivenza che reificano in una antinomia il modo di pensare della mente: assimilazione delle diversità al noto da un lato, loro riconoscimento e integrazione dall'altro<sup>1</sup>.

Nella prima modalità, di riconduzione al noto, si rintraccia la confusione tra mondo interno e mondo esterno, fatta di assimilazioni sdifferenzianti ma anche di scissioni e frammentazioni tese a tentare un controllo della confusione; ne derivano la reificazione di vissuti in fatti e il primato delle azioni fondate sulla decisione "risolutoria". La seconda, di riconoscimento delle diversità e della loro interazione, è fondata sul riconoscimento del mondo interno, quindi dei vissuti, e sulla sua distinzione dalla realtà esterna, rendendo possibile il pensiero che riconosce e connette le differenze.

### *Azioni sostitutive e azioni integrative*

Nella prima modalità si interviene su fatti, attraverso azioni fondate sulla tecnica e sul potere di modificare gli eventi dato da quella e dalla presa di decisioni. Definiamo queste azioni, sulla base dell'uso che ne fa chi ne fruisce, *sostitutive* di

---

\* Professore associato presso la Facoltà di Psicologia<sup>1</sup> - oggi Medicina e Psicologia - dell'Università di Roma "Sapienza".

<sup>1</sup> Argomenterò nel corso del lavoro alcune affermazioni che sto facendo, ma volendo procedere nell'analisi di alcuni eventi critici piuttosto che tornare sui presupposti che la fondano, rimando anche a Paniccia (2012).

una sua competenza mancante, affidata a un tecnico; il contesto in cui questa prestazione avviene è dato, nel senso che la prestazione tecnica è conforme ad esso; l'esito atteso è che un problema del profano venga risolto dal tecnico. Nella seconda si interviene sui vissuti, istituendo relazioni capaci di pensare le dinamiche collusive che le organizzano e che reificano i vissuti in fatti, recuperando con ciò le risorse che derivano dal tornare a pensare ciò che senza questo setting appare come un fatto. Il contesto è costruito dal recupero delle risorse così attivato. La manutenzione della relazione che recupera risorse nel riconoscere l'emozione che era stata reificata, è *integrativa* poiché se ne può fruire solo sviluppando competenze.

Le due modalità sono sempre compresenti, come indica l'onnipresenza della parola integrazione nella sua duplice valenza, nell'ambito dei contesti e delle prestazioni professionali che si occupano di disabilità, con un variabile rapporto tra loro. La funzione sostitutiva caratterizza tutto l'ambito riabilitativo e di cura, dove la tecnica presuppone che la relazione venga organizzata da un rapporto di affidamento del profano al tecnico. Quella integrativa si occupa invece della manutenzione della relazione sospendendone l'agito e rendendola pensabile. Va per altro ricordato che la medicalizzazione della disabilità, tutt'ora dominante nonostante tentativi di correggere il tiro per favorire un migliore uso delle risorse, rende la presenza di funzioni sostitutive prevalente, con conseguenze problematiche sul fronte della manutenzione della relazione.

Al tempo stesso, va visto come tematiche di carattere tanto generale si connotino di attualità, dei modi con cui la convivenza si organizza oggi, e si riflettano entro episodi apparentemente minimi. Siamo in un mondo di significati sempre più dispersi, senza agenzie centralizzate che diano senso agli eventi tramite una comunicazione mediata da ideologie dichiarate a cui eravamo abituati, e dove prevale l'azione economica che non si preoccupa di commentare ciò che fa mentre influenza violentemente le nostre vite mentre avanza l'idea che più siamo disorientati e impauriti più agenzie di potere dall'identità non esplicitata possono far passare le loro decisioni e proporre conformismi al tempo stesso rassicuranti e vuoti. Ci si può rifugiare nell'intervento sull'individuo a contestuale, "biologico", o può acquistare rilievo lo studio esplorativo di ciò che accade sul campo entro i rapporti tra persone, per tornare a dare senso a ciò che ci succede tramite un lavoro di interpretazione. Mi torna alla mente Cesare Brandi quando diceva che osservando l'alluce di Danae avremmo capito tutto il gruppo scultoreo di Bernini, e pur non aspirando al tutto, ho pensato che dedicando attenzione a certe situazioni marginali e dense, si possa vedere come quelle grandi antinomie diventino parti di una dinamica vivente e specifica dove esse non vanno risolte, ma tenute insieme e capite nel modo in cui organizzano le relazioni tra persone. Come materiale di studio per entrare in queste contingenze illuminanti adotto resocontazioni di esperienze di intervento nel campo della disabilità e testi diffusi su web da siti che rappresentano agenzie che operano nel campo delle disabilità. Al tempo stesso mi occuperò di un ruolo confuso, marginale e sintomatico, operante nel campo delle disabilità: l'assistente all'autonomia e alla comunicazione.

#### *Il corto circuito della funzione sostitutiva*

La funzione integrativa può intervenire quando azioni fondate sui fatti rivelano la loro impotenza, riducendosi a essere agiti emozionali difensivi e illusori. Tali agiti si segnalano come eventi critici: incidenti disfunzionali che si ripetono senza che sia

possibile intervenire con il potere delle decisioni. Alcuni esempi? La conflittualità tra pazienti e medici dove la pretesa che il malato si trasformi in paziente fallisce, sconfiggendo l'attesa di affidamento. Il riconoscere il vissuto di pretesa può condurre a nuovi accordi. Oppure il lamento sulla scarsità di risorse come risposta alle disfunzioni organizzative, dove un vissuto di impotenza viene reificato in fatto oggettivo posto come veto al pensiero. Sospendendo l'azione fondata sui fatti si esplorano i vissuti per trarne informazioni.

Analizzando prassi ed esperienze, possiamo vedere l'attuarsi del "corto circuito" della funzione sostitutiva, quando smette di essere qualificata da una tecnica, per diventare *sostitutiva non di una competenza che al cliente manca, ma degli agiti che caratterizzano la sua cultura*. Un esempio? L'assumere un ruolo diagnostico e/o riabilitativo centrato sulle disfunzioni individuali, e agirlo nella relazione come espulsione della diversità, quando il problema portato è di convivere entro una relazione con la diversità e non di disfunzione individuale. Questo dato attraversa tutta la cultura della cura e assistenza della disabilità.

Il corto circuito sostitutivo può eliminare ogni parvenza di tecnica, per esprimersi unicamente come agito emozionale. Un esempio? Un padre molto anziano chiede all'assistente domiciliare di far fare doccia e "compiti" (semplici esercizi basati sul leggere e far di conto) al figlio quarantenne, G., con diagnosi di ritardo mentale e psicosi di innesto, apparentemente incapace di fare l'una e l'altra cosa; oltre ai due c'è la nuova moglie del padre; è una famiglia isolata che vive entro un sentimento di palpabile e taciuta angoscia e che sembra incapace di pensare all'incombente futuro senza il padre di G. L'assistente sta alla richiesta della doccia e dei compiti, ma al contempo con alcuni apparentemente minimi interventi apre alla possibilità che la famiglia e lo stesso G. smettano di "paralizzarsi" entro la ripetizione di gesti sempre uguali volti ad azzerare il tempo, e inizino a dichiarare alcuni desideri che fanno pensare alla possibilità che tornino a occuparsi di loro. Prima di questa assistente, altre avevano fatto per anni docce e compiti, espressivi di una fantasia di "curare" e "rieducare" negante tempo e realtà, senza nessun pensiero sul problema posto dalla famiglia (Crisanti, 2012)<sup>2</sup>.

Oppure si pensi alle famiglie che chiedono alle badanti donne dei loro anziani di replicare con loro un'assistenza basata sull'obbligo alla dedizione, come quella prevista per le donne della famiglia che però non possono o non vogliono attuarla. Famiglie che per ciò al tempo stesso vivono nei confronti dell'estranea che prende il posto di un familiare tutta quella reattività espulsiva che si prova nei confronti di un usurpatore, rendendo il rapporto precario e instabile.

La porta di accesso del corto circuito sostitutivo è il conformarsi alla cultura locale propria della relazione in cui si interviene. La famiglia di G. soffre di un isolamento simmetrico a quello della cooperativa, dalle cui routine non pensate derivano assistenza squalificata, assenteismi, abbandoni degli operatori, inattendibilità nella richiesta di fondi, rischio di chiusura nel momento in cui questi ultimi non arrivano più senza una provata capacità di servizio. Se l'assistente si conforma contribuisce al problema: pensiamo all'isolamento delle famiglie, al sentimento di colpa nel non saper risolvere un problema di un loro membro; ma anche alla incapacità di conoscere i suoi clienti della cooperativa, al disagio di chi vi lavora, alla sua precarietà anche economica.

In altri casi il conformismo del corto circuito sostitutivo assume le parvenze di atto professionalmente qualificato, come nel caso di uno studente cui l'insegnante di sostegno insegna una lingua straniera ma senza obiettivi formativi per il ragazzo e

---

<sup>2</sup> Il caso è resocontato in Crisanti, 2012.

portandolo fuori dalla classe, atto che si rivela come quello effettivamente richiesto dal conformismo locale (Giuliano & Sarubbo, 2012).

Notiamo infine la contiguità e la possibile confusione, premessa dal riferimento di entrambi al conformismo, tra intervento sostitutivo fondato su una tecnica e corto circuito sostitutivo; ne vedremo alcuni esempi. Obiettivo dell'intervento integrativo è in questi casi interrompere il conformismo del corto circuito sostitutivo per occuparsi della relazione.

### *Integrazione della disabilità a scuola: il rischio del fallimento*

La legge con cui in Italia si realizza l'integrazione degli alunni portatori di handicap nella scuola dell'obbligo è del 1977; del significato di quegli anni in termini di egualitarismo, promozione sociale e riscatto della diversità abbiamo parlato in un recente lavoro dedicato ad un altro soggetto emarginato dal contesto sociale, il malato mentale (Carli & Paniccia, 2011). Le numerose riforme di quegli anni volevano istituire e diffondere un sentimento di colpevolizzazione per il rifiuto del diverso e di esaltazione della diversità assunta a simbolo di una nuova eguaglianza sociale. All'epoca i disabili vennero per certi versi idealizzati da molti insegnanti e genitori, nell'ipotesi che la loro integrazione entro la classe scolastica "normale" potesse aiutare tutti ad avvicinarsi alla diversità, cogliendone le somiglianze con la normalità più che le differenze.

Negli anni seguenti non si è lavorato abbastanza per sviluppare metodi e prassi integrative che si affiancassero ai valori, e si continua a fare riferimento a quelli come unico argine alla violenza diverso dalla repressione. In un rapporto CNEL (2009, pp. 5-6) l'integrazione viene ancora una volta ancorata in modo forte a valori: "accettare le differenze e ispirare la propria vita e la propria azione ai valori dell'uguaglianza e della solidarietà". Ma le risorse per la convivenza non vengono prodotte da una disabilità idealizzata o dalla colpa che si prova nell'escluderla, quanto dalla sua conoscenza entro un riconoscimento della interdipendenza tra differenze con potere debole e agenzie con potere forte.

I valori non bastano e sono in crisi. È in atto da anni un forte riflusso di "destra", che spinge all'emarginazione delle diversità; il rapporto CNEL dice che dal 2001 l'integrazione dei disabili a scuola non solo non progredisce, ma arretra: ci sono tagli alla spesa, ma soprattutto c'è il disinteresse con cui il governo ha guardato al problema. Questo insieme di ritardi e ostacoli rischia di trasformarsi nel vissuto che l'integrazione dei disabili non sia possibile.

Riandando alla legge-quadro 104 del 1992 sulla disabilità, vediamo che è centrata sull'integrazione e che richiederebbe competenze integrative per intervenire sulla relazione. Nell'esperienza però prevale la medicalizzazione, basata invece su competenze sostitutive. Quanto alla psicologia, percorre nella professione entrambe le vie, avendo pensato modelli sia di sviluppo delle competenze relazionali che di intervento di riduzione del deficit rivolto ai singoli individui. Nel secondo caso tende ad assimilarsi all'intervento medico, nel primo sviluppa una sua specificità. Tra le due ottiche più che una utile differenziazione c'è guerra, oggi dichiarata dalle recenti scelte dell'università di "apprezzare" solo l'ottica sostitutiva<sup>3</sup>. Più in generale, c'è

---

<sup>3</sup> Vedi la recente scelta della psicologia italiana, attraverso l'ANVUR, di valutare la qualità dell'attività scientifica universitaria secondo parametri bibliometrici. Ciò significa una forte concentrazione delle risorse verso discipline che non hanno approfondito le tematiche



confusione tra ottica integrativa e sostitutiva in tutti gli ambiti di intervento, non solo quello psicologico, con una generale tendenza alla prevalenza della seconda anche quando i problemi richiederebbero la prima. La ragione di questo sbilanciamento è in un contesto con una socialità sempre più anomica e caratterizzata dalla prevalenza di quello che abbiamo definito potere senza competenza, che genera una situazione poco adatta a promuovere competenza sulle relazioni ma per lo stesso motivo bisognosa di questo tipo di intervento<sup>4</sup>.

Una ricerca dove a 20 famiglie con un figlio disabile in età scolare è stato chiesto cosa pensano dei servizi ai quali si sono rivolte, ha mostrato che queste famiglie si sentono fortemente dipendenti da servizi, sia pubblici che privati, che vivono come autocentrati intorno alla tecnicità sanitaria, incapace di accompagnarle verso un futuro ove cure e riabilitazione non sono più sufficienti. I dati d'altro canto ci dicono anche che la competenza vissuta come più presente è quella medica, che attraversa tutti i servizi, predomina in essi ed è l'unica che entra in famiglia quando questa in fine si ritrova da sola con il problema irrisolto e disperante del futuro del disabile. Dalla stessa ricerca veniamo a sapere che la scuola è l'unico servizio non sanitario presente in modo importante nella vita dei disabili e delle loro famiglie, il solo con finalità di socializzazione, ma anche che l'inclusione del disabile in un contesto sociale più ampio di quello della famiglia si conclude con la fine della scuola stessa, che così nella percezione delle famiglie si dimostra a sua volta autocentrata e incapace di accompagnare il disabile verso un futuro vivibile<sup>5</sup>. Quanto alla professione psicologica, appare del tutto assimilata a quella medica entro le tecniche riabilitative e autocentrate, mentre non aiuta le famiglie a evitare l'isolamento senza futuro.

In rapporto a quest'ultima questione, è interessante un confronto tra questa ricerca e un'altra, effettuata presso 26 famiglie con un anziano che ha avuto bisogno dell'assistenza di una badante; in questo caso alle famiglie è stato chiesto quando e perché hanno sentito il bisogno di questo aiuto. Mentre si conferma la prevalenza dell'assistenza affidata alle donne di famiglia, diversa è l'immagine della psicologia. Qui viene associata a speranza e aiuto.

La ricerca sulle famiglie con un figlio disabile ci dice come la cultura medica prevalga nel loro vissuto ed anche delle sue indispensabilità ed efficacia con la disabilità, ma insieme ci parla del sostanziale fallimento dell'integrazione, dimostrato dal vissuto di assenza di futuro e dal destino di isolamento per i disabili e le loro famiglie. Nelle finalità della legge, invece, pur indicando la riabilitazione come uno dei punti essenziali, gli intenti di integrazione, partecipazione alla vita sociale ed evitamento dell'esclusione prevalgono. Si tratta, come si vede, di problemi che concernono le relazioni che, non adeguatamente trattati, sono occasione di numerosi eventi critici. A volte entro i servizi – sanità o scuola – sono affidati a ruoli marginali e definiti in modo assai vago. Insieme a competenze note e riconoscibili, come quella sanitaria specialistica o quella di assistenza di base, appaiono figure

---

dell'intervento, ovvero di quella parte della clinica che ha sviluppato competenze integrative. La produzione della psicologia clinica dell'intervento in particolare non è conforme alla valutazione bibliometrica, molto più adatta ad aree della psicologia vicina alle scienze biomediche, le più coerenti con tale valutazione. I costi del conformarsi sotto il profilo della specificità della ricerca saranno inevitabili, lo sforzo sarà lungo, molte risorse si perderanno nel frattempo perché i giovani desiderosi di carriera non potranno permettersi di sostenerlo.

<sup>4</sup> Riassunto tematiche sviluppate altrove (Paniccia, 2012).

<sup>5</sup> La ricerca, effettuata nel 2012 nel centro-sud dell'Italia, è in corso di pubblicazione.

che dovrebbero occuparsi anche di “relazioni” o “comunicazione” o “integrazione”, senza che sia chiaro come si faccia a tradurre tali finalità in obiettivi verificabili e quale sia la competenza – i metodi, le tecniche, le prassi – necessaria. Alcune figure possono esemplificare bene tali questioni: quelle entrate nella scuola attraverso la legge 104.

#### *L'assistenza all'autonomia e alla comunicazione*

Gli assistenti all'autonomia e alla comunicazione operano nella scuola; la loro figura trae origine dalla legge 104/92, art. 13 comma 3, dove è ribadito l'obbligo: "per gli enti locali di fornire l'assistenza per l'autonomia e la comunicazione personale degli alunni con handicap fisici e sensoriali". Quando si è voluto concretizzare questo obbligo in figure specifiche, si è pensato a competenze specialistiche per gli handicap fisici e sensoriali, gli unici nominati dalla legge; è in questa prima fase che entrano nella scuola competenze come i comunicatori per sordi. Successivamente si è fatta strada l'esigenza di assistere anche chi ha handicap di tipo psichico, e si è vista l'importanza di intendere l'assistenza alla comunicazione come qualcosa che fosse meno in rapporto alla specificità del deficit, e che facesse maggiormente riferimento alle finalità integrative della legge. In altri termini, all'intervento correttivo si è affiancata una finalità di socializzazione.

Questa evoluzione è meno lineare di quanto non appaia dalla sintesi proposta, che “riordina” una realtà alquanto confusa. Se vediamo le esperienze, variegata anche grazie all'autonomia degli enti locali e alle grandi diversità territoriali che caratterizzano l'Italia, si constata che si fatica a immaginare questa nuova funzione. Il rapporto CNEL del 2009 già citato, dichiarando l'esigenza che il profilo di tali figure venga normato a livello nazionale, che si provveda a una formazione sia iniziale che in servizio, che si definiscano titoli di accesso e titolo conseguito, che si stili un mansionario, rivela quanto tutti questi aspetti siano ben poco definiti. Si oscilla conflittualmente tra due vecchie e note competenze, vissute per altro come inconciliabili: da un lato la specializzazione riabilitativa simbolizzata come “alta”, dall'altro l'assistenza di base per i cosiddetti “bisogni materiali”, simbolizzata come “bassa”. Al tempo stesso, per quanto confusamente, si intravede una nuova e pericolosa competenza, poiché si intuisce che ai fini dell'integrazione e della comunicazione dovrebbe intervenire sui rapporti interni alla scuola. Tanto più pericolosa, in quanto si accompagna all'ingresso nella scuola stessa di personale “estraneo”, appartenente ad altre organizzazioni. C'è molta attenzione a ribadire la subordinazione di tali figure agli insegnanti; se ne sottolinea la dipendenza, il fatto che debbono operare sotto direttive precise; si arriva a spogliarli del potere dello specialismo, in quanto se riconosciuto non gli si potrebbe negare di essere portatore di specifiche pretese professionali, e a ridurli all'assistenza di base<sup>6</sup>, assimilandoli

---

<sup>6</sup> La confusione sul ruolo di assistente all'autonomia e alla comunicazione e la necessità di subordinarlo al potere dell'insegnante curricolare sono esemplificati sul sito di Linea Amica, del Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione, che fornisce ai cittadini informazioni e assistenza nei rapporti con la P.A. dove un Assistente che vuole equipararsi a un insegnante di sostegno riceve i chiarimenti dell'esperto.

Si veda anche la Nota Ministeriale sull'"Assistenza di base agli alunni in situazione di handicap" (sul sito [handylex.org](http://handylex.org)), con la quale si intende chiarire la differenza tra collaboratori scolastici e assistenti:

“L'assistenza di base, di competenza della scuola, va intesa come il primo segmento della più articolata assistenza all'autonomia e alla comunicazione personale prevista dall'art.13, comma 3, della legge 104/92”, mentre “Rimane all'Ente Locale il compito di fornire

così ai collaboratori scolastici, gli ex bidelli, entro un desiderio di recuperare chiarezza nella gerarchia dei poteri. Quando resta l'idea che una competenza specialistica debba esserci, emerge la forza dello stereotipo che fa equivalere la competenza al possesso di tecniche, per cui si pensa che anche "comunicazione" e "integrazione" siano norme di comportamento da applicare, che si possono apprendere con manuali ed esercitazioni. Gli assistenti prima le impareranno attraverso qualche corso che va dalle 120 alle 250 ore "tutto compreso", dalle normative sulla disabilità e sulla sicurezza a queste "tecniche" appunto, cui aggiungere un po' di "lavoro di gruppo" e qualche nozione sullo sviluppo normale e patologico dei bambini; poi potranno "applicarle" al loro cliente disabile<sup>7</sup>. L'intento di non mettere in discussione la cultura scolastica, il riferimento prevalente alla cultura riabilitativa anche quando di essa non si tratta, produce effetti paradossali, come il tentativo di ridurre la comunicazione non solo a una tecnica, ma anche a un deficit individuale del disabile: è lui che deve incrementare le proprie capacità comunicative. Si nega che sia una competenza condivisa, da sviluppare entro l'insieme dei rapporti da parte di tutti gli attori coinvolti, mentre questo viene continuamente ricordato dagli eventi critici che si producono, basti citare la carente comunicazione con le famiglie, o tra le agenzie che si occupano del disabile (scuola, enti locali, cooperative ecc.), continuamente denunciata<sup>8</sup>. Questo insieme di incompetenze, confusioni e timori porta a tenere tali figure fuori da funzioni trasversali come la didattica, alla quale, entro un'ottica di risultato, dovrebbero partecipare attivamente.

La scarsa definizione dei ruoli è in rapporto con la mancata definizione dei problemi di cui tali ruoli dovrebbero occuparsi, e la inadeguata definizione dei problemi deriva in buona parte dalle culture entro cui essi nascono, poco adatte a produrne una categorizzazione. La cultura scolastica – nonostante la ricca letteratura critica e le numerose esperienze interessanti ma che non hanno mai prevalso - è tradizionalmente e pervicacemente una cultura autocentrata, che riproduce se stessa, e per ciò poco adatta a lavorare per il futuro dei discenti. La cultura medica è a sua volta autocentrata, anche qui nonostante la crisi che oggi la attraversa proprio nel senso di mettere in discussione il potere medico. Si tratta di culture, entrambe, dove l'unica ottica con cui si può considerare la diversità è diagnosticarla per correggerla: rieducarla, guarirla. Ma questo non basta, e a volte porta fuori strada. Per tali ruoli oscillanti tra riabilitazione e assistenza di base, con richieste di occuparsi di "comunicazione" e "integrazione" senza avere una precisa idea di cosa

---

l'assistenza specialistica da svolgersi con personale qualificato sia all'interno che all'esterno della scuola (Protocollo d'Intesa del 13/9/2001), come secondo segmento della più articolata assistenza all'autonomia e alla comunicazione personale prevista dall'art. 13, comma 3, della Legge 104/92, a carico degli stessi enti. Si tratta di figure quali, a puro titolo esemplificativo, l'educatore professionale, l'assistente educativo, il traduttore del linguaggio dei segni o il personale paramedico e psico-sociale (proveniente dalle ASL), che svolgono assistenza specialistica nei casi di particolari deficit."

<sup>7</sup> Si può vedere ad esempio il corso di 120h, costo 950 €, proposto da LazioForm, Ente di Formazione di Confcooperative Lazio. Altre postep formative offrono corsi di 250 ore al costo di 6.250 €, come quella di Obiettivo Uomo, una Cooperativa Sociale romana, senza sostanziali differenze nella strategia formativa, se non nell'aggiunta di ore di pratica; ci sono anche corsi gratuiti, di 180 ore, tenuti nell'ambito di progetti cofinanziati dall'UE e da un ente pubblico locale, EFET. Nonostante la grande differenza di costi, che lascia parecchie perplessità, i corsi sono sostanzialmente con la stessa impostazione di docenze assai assortite, e sono sempre rivolti a una gamma di discenti sdifferenziata, che va dai diplomati occupati nel sociale ai laureati, anche specializzati o in possesso di master.

<sup>8</sup> Ancora una volta facciamo riferimento al rapporto CNEL e alla ricerca Invalsi allegata.

si tratti, non è chiesta una formazione professionale specifica; possono confluirci persone con preparazione disciplinare diversa e con livelli di formazione assai disuguali. Prendiamo un caso esemplare, quello dell'assistente educativo culturale (AEC), che opera nell'ambito della disabilità nelle scuole primarie. Lazio Form, l'Ente di Formazione di Confcooperative Lazio, lo definisce con questi termini<sup>9</sup>:

"...una figura estremamente specializzata, ma nel contempo flessibile, con un alto grado di trasversalità, capace di adattarsi alle diverse esigenze del settore/contexto di lavoro".

È certamente difficile, a partire da queste parole, andare oltre la coincidenza degli opposti tra estrema specializzazione e alto grado di trasversalità, e immaginare competenze precise dell'AEC. Chiara invece è la capacità di adattarsi, ovvero "assuefarsi o conformarsi (biologicamente o spiritualmente) a determinate condizioni dell'ambiente, della vita, della realtà, riducendo via via le proprie reazioni o resistenze a tali condizioni"<sup>10</sup>. Non viene precisata l'estrema specializzazione di un AEC, ma certo si teme il suo non sapersi adattare. Si tratta di fare in modo che non resista né reagisca. Ho già detto del timore suscitato dall'ipotesi che la comunicazione e l'integrazione messe in atto a scuola possano essere viste in un'ottica critica. Ma si potrebbe anche ipotizzare che l'AEC, secondo il principio di generalizzazione e simmetria del pensiero inconscio, venga assimilato al disabile e che emerga il timore dei danni che tali presenze estranee possono arrecare alla scuola.

La competenza richiesta è poco capita perché mancano le categorie per nominarla. Le qualifiche che vengono alla mente definendo tali figure sono o specialistiche nel senso di applicazione di una tecnica, o di assistenza "materiale e igienica" alla persona. Si tratta comunque di competenze sostitutive. L'esigenza di intervenire sulla relazione è presente come problema, ma non si hanno le categorie per individuare competenze integrative. Tra poco lo vedremo meglio con l'aiuto di un documento dell'Istat sull'assistenza dei disabili a scuola.

#### *Psicologi e assistenza alla autonomia e alla comunicazione*

Spesso sia come AEC che nelle cooperative che li propongono alle scuole troviamo psicologi; inoltre è frequente il caso che fare l'AEC sia occasione di ingresso nel lavoro di giovani psicologi. In questi ruoli indefiniti, che trattano problemi rilevanti ma di complessa categorizzazione e di difficile contrattazione con la committenza scolastica, possiamo così trovare psicologi in esordio di professione che si imbattono in situazioni di grande difficoltà: concettuale, metodologica, emozionale. Questi giovani psicologi, sottoposti alla pressione di un lavoro molto difficile, che riferimento trovano negli psicologi più anziani? Raramente trovano competenze e modelli identificatori adeguati, per diversi motivi. Vediamone alcuni. Hanno appena lasciato un'università che offre loro pochi modelli e competenze professionali per affrontare problemi di relazione e sembra sempre meno interessata a questo. Trovano "sul campo" colleghi "anziani" che hanno prevalentemente seguito due strade: quella delle competenze diagnostiche e riabilitative, ancora una volta sostitutive, e quella della sopravvivenza. Quest'ultima in quei casi – la disabilità a scuola tra questi – dove gli psicologi, confrontati con problemi che avrebbero richiesto competenze integrative, si sono arresi alla difficoltà del compito. Faccio

---

<sup>9</sup> Per approfondire, si può tornare alla nota 4, dove si rimanda ai corsi di formazione di Lazio Form per gli AEC.

<sup>10</sup> Dal vocabolario Treccani, <http://www.treccani.it/vocabolario/>

l'esempio di quella psicologa "anziana", responsabile della selezione di AEC presso una cooperativa che dice, alla giovane collega che si propone per quel ruolo, che l'alta frequenza di psicologi in quell'ambito è dovuta esclusivamente al fatto che non trovano niente di meglio da fare (evidentemente, parla anche di sé). Oppure quell'altra che sempre rivestendo lo stesso ruolo, dice a un'altra aspirante AEC che non vogliono psicologi con laurea magistrale, perché non sarebbero in grado di soddisfarne le attese di elevata professionalità. Altre psicologhe "anziane", incaricate di organizzare la presenza di AEC presso le scuole, è possibile che si preoccupino unicamente di garantirne la presenza, senza porsi alcun obiettivo di trattare la committenza della scuola e di coordinarne l'intervento, ma lasciando ai singoli AEC il compito di affrontare come possono le situazioni che si presenteranno. La posizione degli "anziani", può portare i giovani, quando non si perdono del tutto, a tendere verso le tecniche sostitutive, che sembrano l'unico modo di avere un qualche prestigio e potere e di salvarsi da minacce sentite da più parti: il timore di perdersi come i colleghi che hanno rinunciato a ogni competenza, la paura della committenza scolastica sentita come un potere minaccioso e intrattabile. In altri termini, troppo spesso si tratta di occasioni sprecate per la psicologia e di mancate riposte alla scuola e ancora di più alle famiglie. Queste riflessioni vogliono contribuire a trasformare tali situazioni, spesso disorganizzanti e molto frustranti, in esperienze interessanti e soprattutto in occasioni di sviluppo di competenza e professione.

#### *I dati Istat 2001*

Recuperiamo dati di contesto, domandandoci quanti sono gli alunni con diagnosi di disabilità nella scuola italiana e quali figure professionali se ne occupano, a supporto, come recita la legge 104, "dell'integrazione della persona handicappata nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società". In un rapporto del 19 gennaio 2011<sup>11</sup>, l'Istat diffonde dati relativi a "L'integrazione degli alunni con disabilità nelle scuole primarie e secondarie di I grado, statali e non statali", per gli anni scolastici 2008/2009 e 2009/2010. I dati riguardano il 90% delle scuole oggetto di indagine. Gli alunni con disabilità presenti nella scuola dell'obbligo, il cui numero è in crescita, nell'anno scolastico 2009/2010 erano poco più di 130 mila; di questi, circa 73 mila erano studenti della scuola primaria e circa 59 mila della scuola secondaria di I grado. Parlando delle figure professionali dedicate all'handicap, il documento rileva: "Per quando riguarda l'apprendimento, la figura professionale di riferimento è quella del docente curricolare e del docente di sostegno, cui si affiancano, per lo sviluppo della comunicazione, delle relazioni e della socializzazione, altre figure

---

<sup>11</sup> In Superando.it, finanziato dal Ministero del Welfare e connesso alla FISH (Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap) un organismo "ombrello" che raggruppa le principali associazioni italiane delle persone con disabilità e dei loro familiari, la ricerca Istat viene commentata dal punto di vista delle associazioni. Le associazioni di familiari sono una realtà molto presente e in crescita, a testimonianza di vivacità del contesto disabilità e dell'urgenza e dell'importanza dei problemi che emergono, ma anche dell'esigenza di costituirsi come soggetti dotati di maggior potere rispetto ai vari servizi soprattutto pubblici. Le interessanti considerazioni sul documento Istat ci confermano che le associazioni si sentono "controparte" delle istituzioni pubbliche, deputate a vigilare e controllare che i diritti acquisiti siano rispettati; meno presente è una posizione "cliente": il controllo sugli adempimenti dovuti prevale sulla verifica di obiettivi perseguiti. Alcune delle principali associazioni, oltre la FISH: Anmic Associazione Nazionale Mutilati e Invalidi Civili, Fend Federazione Associazioni Nazionali Disabili, Faip, federazione Associazioni Italiana Paratetraplegici.

professionali, tra le quali l'assistente educativo culturale (AEC) o assistente ad personam, il facilitatore della comunicazione, il comunicatore per sordi e il collaboratore scolastico con assegnazione specifica per l'assistenza agli alunni con disabilità. (...) Nell'anno scolastico 2008/2009 i dati del Miur indicano che nella scuola statale ci sono circa 60.529 insegnanti di sostegno nel complesso dei due ordini scolastici, considerando sia quelli a tempo indeterminato sia determinato. Di questi, 33.556 lavorano nella scuola primaria e 26.973 nella scuola secondaria di I grado (Istat, op. cit., p.13).

Vengono anche conteggiati i collaboratori scolastici (ex bidelli), riferendosi a quelli abilitati per l'assistenza materiale e igienica degli alunni con disabilità, che per questo motivo ricevono una remunerazione aggiuntiva. Si tratta di 20.289 persone. Tra le figure evocate, i docenti curricolari e di sostegno e i collaboratori scolastici sono incardinati nella scuola, mentre tutte le altre vengono fornite dall'ente locale: le province per quanto riguarda la scuola secondaria superiore, i comuni per gli altri gradi inferiori di scuola. Spesso l'ente locale per reperirle si rivolge a delle cooperative sociali. Quali sono le differenze di funzione tra gli insegnanti e le figure fornite dagli enti locali? Gli insegnanti, sia curricolari che di sostegno, hanno una funzione rivolta a tutta la classe, condividendo la responsabilità della didattica. Promuovono l'apprendimento presso *l'insieme* degli allievi. Quanto alle figure esterne alla scuola, 13.000 assistenti educativi culturali, 1.500 facilitatori della comunicazione<sup>12</sup> e 700 comunicatori per sordi, che si affiancano agli insegnanti "per lo sviluppo della comunicazione, delle relazioni e della socializzazione", vengono così qualificate nel documento Istat:

"Gli assistenti educativi culturali sono dipendenti del Comune o di Cooperative e collaborano attivamente per l'integrazione dei minori non autonomi, supportandoli nell'integrazione con la classe, aiutandoli a mangiare e ad andare in bagno. L'attività dei facilitatori della comunicazione è rivolta prevalentemente ad alunni con disabilità cognitive e a soggetti autistici. Il comunicatore per la lingua italiana dei segni (LIS) o per i sordi moralisti è un operatore che si pone come ponte comunicativo tra l'alunno sordo, la classe e i docenti con l'obiettivo di abbattere le barriere comunicative, offrire pari opportunità e consentire allo studente sordo di esprimere pienamente le proprie potenzialità scolastiche" (Istat, op. cit., p.12).

Tra le figure che affiancano gli insegnanti troviamo ruoli specialistici, come il facilitatore della comunicazione, e ruoli di assistenza di base, come gli operatori scolastici, entrambi dedicati all'*individuo* disabile. Ma anche ruoli come il comunicatore per sordi e l'AEC, di nuovo rivolti all'*individuo*, che comportano anche l'intervento sul *gruppo* classe, sottolineando l'esigenza di abbattere barriere che si oppongono all'integrazione<sup>13</sup>. Tutto il documento è attraversato da un conflitto tra

---

<sup>12</sup> Una nota sui facilitatori della comunicazione: ci si basa sull'ipotesi che il leggero contatto fisico di un facilitatore possa innescare in un disabile (inizialmente gli affetti da paralisi cerebrale, poi il metodo fu esteso agli autistici) una fluidità motoria normale che, usando la tastiera di computer, gli permetterebbe di liberare un mondo di pensieri e sentimenti altrimenti inaccessibile. Fin dall'inizio la tecnica provocò entusiasmi, opposizioni e delusioni tra forti scontri. Ne parla già Oliver Sacks, in questi termini, nel 1995. Tali scontri continuano ancora oggi e si trovano su web, insieme al documento Istat che ne documenta l'impiego, opposizioni di alcune associazioni dei genitori di autistici a tale metodo; opposizione sollecitata, come nei confronti dell'ipotesi psicogenetica dell'autismo, dalla colpevolizzazione di cui sono sentiti oggetto attraverso la comunicazione facilitata, che avrebbe fatto "parlare" diversi autistici di violenze sessuali subite dai genitori, con pesanti conseguenze anche giuridiche.

<sup>13</sup> Quanto al comunicatore per sordi, siccome c'è il riferimento a una tecnica, si potrebbe supporre che sia un ruolo invidiabilmente chiaro. È utile vedere perché non lo sia. Si ha

attenzione rivolta all'individuo disabile e attenzione rivolta all'insieme del gruppo classe, in una oscillazione che non riesce a distinguere e a integrare tali posizioni.

### *Eventi critici*

La relazione, priva di modelli di interazione pensati e riferiti a obiettivi, viene risolta entro dinamiche emozionali di potere. Le differenze di ruolo vengono simbolizzate secondo modalità primitive della categorizzazione emozionale, la gerarchia "alto/basso": compiti "alti" quelli dello specialismo, "bassi" dell'assistenza di base; si aprono conflitti di competenza che vertono su chi "porta al bagno" il disabile. La necessità di tutelare il disabile grave nel momento in cui ha la necessità di andare al bagno diventa il motivo di una numerosa quantità di documenti e precisazioni normative che tentano di regolamentare la situazione, ed è segnalata come un problema anche nel rapporto CNEL prima citato. Se ci si occupasse con competenza della relazione tra disabile, insegnanti, compagni di classe, famiglia, l'occuparsi del portare al bagno un disabile sarebbe comunicazione e integrazione, non un compito "basso" e rifiutabile. Questo evento critico la dice lunga sull'assenza di competenze integrative e solo ad un'occhiata superficiale può apparire marginale. Entro questo conflitto tutto basato su una lettura emozionale "alto/basso" degli eventi, senza alcuna attenzione all'integrazione, accompagnare il disabile al bagno, non sacrificale ma volto all'obiettivo di occuparsi dei rapporti, ha una valenza emozionale e simbolica rilevante. Si tratta di uno di quei gesti non conformisti quanto a dinamica collusiva prevalente, apparentemente minimi e privi di "tecnica", densi di metodo, che contrassegnano la competenza integrativa.

Gli AEC, i comunicatori per sordi, i facilitatori hanno appartenenze multiple, di complessa gestione. Accade che la molteplicità delle appartenenze – con la cooperativa, con l'ente locale, con la scuola – non faciliti il rapporto tra queste agenzie. Prevale troppo spesso, in queste figure non incardinate nella scuola, molte volte senza coordinamento da parte delle cooperative, l'appartenenza alla scuola dove passano la maggior parte del tempo; ne subiscono così la pressione collusiva, alla quale aderiscono acriticamente in un'ottica di sopravvivenza anche dove la cultura scolastica si opponga palesemente all'integrazione. Sappiamo della scarsa propensione del corpo insegnante, sia curricolare che di sostegno, come pure della dirigenza scolastica, a formarsi sulla disabilità. Si conosce l'uso improprio degli insegnanti di sostegno, che possono essere dedicati alle supplenze invece che al disabile e si sa della loro presenza problematicamente discontinua per i più diversi motivi, originati da una logica interna alla scuola, senza attenzione al cliente disabile. Dal cattivo uso della funzione di sostegno nasce una conflittualità con le famiglie, che del resto vanno riunendosi in associazioni che ne accrescano il potere

---

infatti l'esigenza che tale figura non solo sia capace di usare i linguaggi per sordi, ma anche di fare da "mediatore culturale" tra sordo e classe, sordo e insegnanti, prevedendo pregiudizi ostacolanti; al tempo stesso, dovrebbe essere un mediatore "neutro" in grado di far passare i messaggi inalterati, come se lui non ci fosse (!). Per svolgere questa mansione, dovrebbe avere competenze che spaziano dalla psicologia alla pedagogia all'antropologia, ed essere personalmente "sereno" ed "equilibrato" ([assistentecomunicazione.it](http://assistentecomunicazione.it)). In un altro sito si assume una posizione di maggiore buon senso, notando che l'ingresso di un comunicatore per sordi in una classe può sollevare qualche ostilità, poiché non può fare a meno di vedere cosa succede tra insegnante e classe, e questo può far percepire la sua posizione come critica ([istitutosordiroma.it](http://istitutosordiroma.it)). Forse non serve avere un tale *pout pourri* di competenze e doti personali inverosimili, ma piuttosto sarebbe necessario essere formati a capire cosa accade entro la relazione.

spesso più di “controparte” che di partner, conflittualità che si traduce in un contenzioso costoso in ogni senso per tutti gli attori coinvolti. È noto il problema della frequente estromissione dalla classe del disabile e del personale che si occupa di lui, sia che fisicamente vi restino, sia che letteralmente ne escano. Troppo spesso le cooperative, dal canto loro, non danno consulenza alla scuola, ma si limitano a fornire un personale in genere poco formato e non coordinato. Si evidenzia un altro drammatico problema italiano: non avere chiaro chi ha bisogno di aiuto, se gli operatori a rischio di non trovare lavoro o i loro clienti, e il conseguente cattivo uso delle risorse che vengono erogate. Dopo anni di mentalità da clientela e di distribuzioni di denaro a pioggia, si prendono opportunità di lavoro come risorse da consumare – non a caso percepite sempre e comunque come misere - invece che investimenti da far fruttare, e non si vede il cliente; e nel caso si desideri impegnarsi, è comunque più facile che ci si metta in una posizione di sacrificialità oblativa nei confronti dei propri assistiti, sentita come scelta personale e controcorrente, che sentirsi dentro un servizio da far funzionare insieme a tutti gli altri.

Eppure una domanda c'è, lo si sa dall'entità dei problemi in ballo e anche da alcuni dati, ad esempio quelli Invalsi 2009 relativi alle scuole primarie, che ci dicono che il 45,7% delle statali e il 31% delle private percepisce, in rapporto all'inserimento dei disabili, un cambiamento nell'impostazione della tradizionale lezione frontale (ma non sappiamo come questo cambiamento venga vissuto), mentre il 25,6 % delle statali e il 33% delle private afferma che non è cambiato nulla. Ma il dato più importante è che il 26% delle statali e il 28,9% delle private dicono che hanno percepito un cambiamento interessante. Occorrerebbe esplorare insieme agli insegnanti la percezione di cambiamento, categorizzarlo e svilupparlo nei suoi aspetti “interessanti”. Nella stessa ricerca viene detto che non c'è concordanza sugli obiettivi: c'è confusione tra disabilità da un lato, disagio e difficoltà comportamentali dall'altro (48%)<sup>14</sup>. Mettiamo in rapporto questo dato con l'aumento progressivo delle diagnosi di disabilità, favorito anche dall'ipertrofia delle professioni sostitutive e dalla mancanza di consulenze integrative. Sarebbe utile analizzare, insieme alle scuole, tale confusione tra disabilità e difficoltà di adattarsi al contesto scolastico: non sono per niente la stessa cosa.

Ho già ricordato la tendenza a ignorare le famiglie e a non incoraggiare la loro necessaria partecipazione, altro evento critico che ci parla dell'assenza di competenze integrative. I dati Istat inoltre evidenziano un elevato livello di ripetenza nella popolazione con disabilità:

“fenomeno negativo in quanto, in alcuni casi, testimonia un semplice prolungamento nel tempo del progetto riabilitativo dell'alunno con disabilità, soprattutto in mancanza di servizi territoriali capaci di prendere in carico tali persone” (Istat, op. cit., p. 2).

Mettiamo in relazione questi due dati. Entrambi ci parlano della criticità del più rilevante indicatore di qualità della scuola in relazione alla disabilità: l'incapacità di pensare al futuro, data dall'incompetenza della scuola a individuare risorse e interlocutori fuori di sé, che siano la famiglia o altre agenzie da implicare, con cui condividere il problema disabilità durante il periodo scolastico e a cui affidarla poi. Ma l'incapacità di pensare il futuro è il problema della scuola, che si tratti o meno di disabilità; in questo ultimo caso appare con maggiore drammaticità, ma tale questione è condivisa da tutte le famiglie e tutti gli alunni. L'urgenza con cui la disabilità pone tale questione alla scuola è una delle opportunità proposte dalla sua presenza in quel contesto. Questo è uno concreto, perseguibile, rilevante scopo comune tra disabili e “normali”.

---

<sup>14</sup> Vedi la ricerca Invalsi allegata al Rapporto CNEL citato, p. 25.



Come affrontare questa mole di problemi? Certo non chiedendo un aumento delle risorse, come si è abituati a fare, non solo perché sono sempre più ridotte e sarebbe un vicolo cieco, ma anche perché è “un classico” della disfunzionalità organizzativa chiedere più risorse invece che leggere criticamente quanto si fa per renderlo più utile. Ricordo le spese fatte per corsi di formazione sulla disabilità che non vengono utilizzati, o quelle per il contenzioso tra scuola e famiglie già citate. Si potrebbero aggiungere quelle sostenute per interventi parcellizzati, in alcuni casi rivolti a ogni componente della famiglia del disabile, o per differenti e numerose attività in cui il disabile viene coinvolto, senza un coordinamento che le monitori e che tenga il filo della situazione condividendolo con la famiglia, con evidente spreco e minore efficacia.

La rassegna di tante complesse e difficili questioni, che sarebbe facile proseguire, potrebbe scoraggiare<sup>15</sup>. Perché invitare gli psicologi, specie i giovani psicologi, ad affrontare situazioni così ostiche? Per due motivi: perché ci sono problemi importanti che vanno affrontati e qualcuno deve farlo. Perché la psicologia clinica dà degli strumenti per intervenire. Ad esempio, ha affrontato sotto il profilo metodologico le questioni del rapporto con il potere<sup>16</sup> e delle competenze integrative.

*Se il ruolo è confuso, la funzione può essere chiara.*

A questi due motivi ne aggiungiamo un terzo, determinante: gli assistenti alla comunicazione e all'educazione si trovano in una posizione dalla quale si può intervenire. L'AEC o L'Assistente Specialistico, come viene definito quando opera nelle scuole secondarie, hanno un *ruolo* debole: non appartengono alla scuola dove lavorano, non si sa bene che compiti abbiano. Il ruolo sancisce l'appartenenza. Si viene arruolati, collocati nell'elenco, ordinato dalla gerarchia e dai compiti, di tutte le persone che fanno parte di un ente. Dal ruolo, che deriva da *rotulus*, il rotolo su cui l'attore leggeva la parte, derivano comportamenti adeguati, previsti; è un regolatore di rapporti in quanto orienta le attese reciproche, sia di chi lo assume che di chi si rivolge a esso. Dal punto di vista del ruolo, di ciò che mi compete, degli adempimenti, di ciò che è compito mio e non di un altro, un ruolo confuso è uno svantaggio quasi insanabile. Il potere di agire a partire dal ruolo è delegato dalla gerarchia che assegna i compiti e controllato da essa. Il ruolo incarna le competenze sostitutive.

Ma se l'Assistente ha un ruolo debole, non è detto che non possa avere una *funzione* chiara. La funzione non è una posizione che definisce l'identità di chi la assume; è un contributo fornito in vista di un obiettivo. La definizione degli obiettivi richiede un continuo, condiviso lavoro di interpretazione delle finalità e della relazione tra quelle e ciò che sta accadendo, con particolare riguardo a ciò che succede tra organizzazione e clienti, per verificare l'andamento del processo organizzativo e correggere il tiro. Gli obiettivi vanno continuamente verificati attraverso un lavoro di conoscenza; tale verifica sostituisce il controllo, proprio dei compiti affidati al ruolo. Individuare obiettivi e agire in rapporto a essi, quindi assumere una funzione, è una competenza relazionale. Il riferimento agli obiettivi riorganizza relazioni confuse e dà senso al lavoro che si può fare a partire da ruoli indefiniti, che possono avvantaggiarsi di tale indefinitezza se si traduce in esplorazione di problemi. Assumere una funzione richiede competenze integrative.

---

<sup>15</sup> Circa gli eventi critici indicati, per altro denunciati in più sedi, si veda il Rapporto CNEL citato.

<sup>16</sup> Per quanto ci riguarda, abbiamo parlato in proposito di costruzione di committenza, entro il modello dell'analisi della domanda.

Se si vuole sapere se un'organizzazione ha competenze integrative, chiedete quante riunioni si fanno e se vengono percepite come indispensabili; se non se ne fanno non c'è neppure bisogno di proseguire nell'indagine, se si fanno ma sono occasione di rituali e conflitti senza prodotto, avrete un chiaro sintomo di mancanza di competenze integrative. La conferma verrà da un processo organizzativo contrassegnato da attività routinarie coniugate con un continuo stato di urgenza.

*Dagli atti competenti ma invisibili dell'azione interpretativa all'intervento resocontato*

Se ha la competenza per farlo – il ruolo si può assumere senza competenza, la funzione no – il ruolo debole non impedisce all'assistente di assumere una funzione forte: fare ciò che è utile per l'integrazione a partire dai limiti – domanda della scuola, del disabile, della famiglia – entro cui si trova ad operare. La sua funzione è individuare le risorse presenti e restituire senso alle relazioni che rischiano di smarrirlo. Torno al condurre al bagno il disabile, che tutti sembrano rifiutare, sino a diventare un *casus belli* entro la scuola. Farlo, se si è professionalmente stimabili – tornerò presto su questo – è atto di rilevanza simbolica e pragmatica, poiché controcorrente rispetto al conformismo in atto e rivelatore della falsità, che si rende pensabile, con cui si attua l'integrazione. Nell'ottica dell'analisi della domanda, si tratta di un'azione interpretativa: un'azione in grado di riportare pensiero nella relazione dove questo manca.

Questi atti, che pure richiedono grande competenza, possono, nell'ignoramento dettato dai processi collusivi presenti, risultare invisibili: essi vanno resocontati. Il resoconto, quale traduzione dell'esperienza emozionata e contingente che si fa dell'intervento tramite categorie psicologico cliniche che la rendano comunicabile e verificabile, rende visibili le azioni interpretative, gli invisibili atti della funzione integrativa. Il resoconto non è spiegare ciò che si sa agli altri, ma in primo luogo è pensare la propria esperienza svelandola a se stessi. Una giovane tirocinante psicologa partecipa, affiancando il tutor entro una comunità riabilitativa, a dei gruppi con i pazienti; il tutor propone che i pazienti dicano che animale sono, quindi propone che si identifichino nell'animale dell'altro. La tirocinante chiede al tutor perché fa questo. Il tutor nella sua risposta immediata risponde che si è sempre fatto così, quindi si ferma a pensare e dice: "Non lo so". La tirocinante spaventata cambia discorso e la cosa sembrava finita lì, fino a quando non l'abbiamo recuperata mentre resocontava la sua esperienza durante un laboratorio all'università, cogliendo l'importanza del momento: la sua domanda di "estranea" che chiedeva di conoscere l'organizzazione aveva permesso al tutor, che non l'aveva liquidata con una risposta stereotipata se non in prima battuta, di ripensare a quanto andava facendo. Se la tirocinante si fosse fermata a ascoltare cosa veniva dopo quel coraggioso e intelligente non lo so, avrebbe partecipato a un'occasione di pensiero sull'organizzazione da lei stessa resa possibile. Ma è stato necessario il resoconto perché si accorgesse di cosa stava accadendo e capisse che lei stessa si era spaventata di fronte alla possibilità di pensare. Con il crescere della competenza clinica il resoconto accompagna tutto l'intervento, organizzandolo e indirizzandolo, e non è solo la pur molto utile occasione di un recupero di esperienze semi perse.

Il resoconto serve a chi interviene come organizzatore dell'intervento e ai committenti e clienti come possibilità di partecipare del senso che il resoconto costruisce; giovani psicologi lo hanno sperimentato come una metodologia che ha contribuito a far loro assumere una funzione utile e riconosciuta entro i servizi in cui stavano lavorando. Infine la resocontazione può produrre letteratura scientifica sull'intervento, ma su questo tornerò dopo. L'atto integrativo che acquista visibilità attraverso la resocontazione propone un senso del lavoro che può essere fruito da

molti entro l'organizzazione. Ma può anche provocare il rifiuto di chi detiene poteri senza competenza e si sente minacciato. Anche su questo tornerò più tardi, con una proposta.

*L'evidenza o il riconoscimento, il successo o la stima*

Un giorno di primavera del 2007, Joshua Bell, celeberrimo violinista, ha magistralmente suonato un prezioso Stradivari, famoso quanto lui, in una stazione della metropolitana di Washington, più o meno ignorato dai passanti. La performance era occultamente seguita da cronisti del Washington Post. Si voleva verificare se, in un contesto anomalo, la gente avrebbe riconosciuto il talento dell'artista. Bell ha poi commentato: "Quando ti esibisci per un pubblico pagante il tuo valore è già riconosciuto. Ma lì ho pensato: perché non mi apprezzano?" (Weingarten, 2007). I giornalisti hanno successivamente recuperato alcuni passanti per intervistarli; tra i pochi che si volevano fermare, c'era un bambino di tre anni, ma la mamma aveva fretta e l'ha tirato via. La conclusione troppo approssimativa dei giornalisti è stata che gli americani sono indaffarati; piuttosto viene alla mente // *vestito nuovo dell'Imperatore*: lì il bambino – anticonformista per eccellenza - è l'unico ad accorgersi che il re era nudo, qui è il solo a vedere che è vestito.

Nulla viene visto o udito senza che se ne organizzi emozionalmente la possibilità. L'eccelsa violinista non basta: tra i passanti c'era anche un fedele ammiratore di Bell, che ha solo vagamente percepito che quel tizio suonava bene e che lo strumento non era male. Abituati all'individualismo, ci meravigliamo dell'importanza del contesto e della relazione come organizzatori di conoscenza.

Strada maestra dell'evidenza, dell'immediata chiarezza, è il conformismo. Solo entro la relazione conformista "i fatti sono fatti", ed è per questo potere di metterci la terra sotto i piedi che gode di giusta considerazione (con il limite che quando la terra si muove malgrado tutto, sarebbe bene diventare curiosi di cosa stia succedendo). Entro il conformismo anche la relazione viene reificata e assunta come data, come un fatto. La costruzione simbolica della realtà sociale si reifica, l'eccezionale bravura di Bell è un fatto che verrà constatato: come le belve con Orfeo, ci fermeremo incantati.

All'opposto, un sentiero accidentato del riconoscimento è il pensiero: il riconoscimento passa dall'esperire la nostra categorizzazione emozionale degli oggetti, il processo relazionale collusivo con cui diamo senso a ciò che stiamo vivendo. Organizzare consenso intorno all'esperienza di riconoscimento è il fine della funzione integrativa e l'obiettivo specifico dell'intervento psicologico clinico.

La funzione integrativa non persegue successo: rinunciando ai fatti e alla loro fondazione conformista, rinuncia anche a quello. Il successo si persegue nel fare ciò che la relazione – collusivamente costruita ad hoc per questo - presuppone come risultato dell'azione sostitutiva. Pensiamo alla parola successo: è il participio passato di succedere, venire dopo; è successo quel che doveva succedere, e chi lo fa succedere è il tecnico. Il riconoscimento esplorativo non presuppone ma trova e la scoperta si fa insieme, tecnico e profano. Gli stessi sistemi di verifica della funzione sostitutiva e integrativa risultano così profondamente differenti tra loro. In un caso si tratta di confrontare esito e previsione, nell'altro di definire con categorie ciò che si scopre.

Chi attua funzioni integrative che non comportano successo ha vissuti difficili da trattare. Può sentirsi profondamente frustrato, fino alla perdita dell'identità professionale, specie se affida al cliente il suo riconoscimento, cioè la manutenzione della relazione. La psicologia clinica che si divide tra funzioni sostitutiva e integrativa lo fa anche per questo: perseguire o no il successo.

La funzione integrativa non comporta successo, ma stima: l'essere valutati, apprezzati. Per una capacità alla quale rinuncia chi persegue successo: occuparsi della relazione, attenuarne la violenza, promuovere la competenza a pensarla. La verifica della funzione integrativa è sull'affidabilità di chi attua, non sul risultato della sua azione. Il successo non è necessariamente associato con il potere senza competenza ma è compatibile con esso, la stima fondata sull'affidabilità no<sup>17</sup>.

Si può obiettare che si parla di una competenza approfondita e complessa, e che spesso a fare gli Assistenti sono giovani psicologi alla prima esperienza professionale. Rispondo con due argomenti: il primo è che anche se non scegliamo di mettere giovani psicologi in posizioni professionalmente complicate, è l'offerta di lavoro che lo fa; il secondo è che giovani psicologi *ben formati* possono affrontare situazioni complesse. Poiché penso a chi condivide il parere di quella psicologa che dice che è un lavoro che viene fatto da chi non trova di meglio, aggiungiamo un'altra obiezione: è un ruolo mal pagato. Ma se a partire da quello si acquisiscono competenze a intervenire con la disabilità, il lavoro si può incentivare, può svilupparsi. Oggi molti lavori per i giovani psicologi propongono questo percorso: sviluppare funzioni forti a partire da ruoli deboli, con committenze confuse.

#### *Alcune proposte*

Indico alcune possibili prosecuzioni di queste riflessioni. L'allargamento della visione dalla persona con una menomazione a base organica, sia fisica che psichica, alle categorie sociali il cui handicap è l'emarginazione, chiama in causa competenze in grado di leggere le dinamiche della convivenza. Si stenta a cogliere che questo è il problema, continuando a percorrere in modo prevalente le strade della diagnosi e della cura, e tentando di correggere il tiro attraverso istanze valoriali che fanno appello più al diritto alla non esclusione, evocando la colpa, che non al valore della interdipendenza delle differenze, che sollecita l'interesse a conoscerle. Abbiamo bisogno di sviluppare competenza a convivere; questo lavoro vuole contribuire a individuarla. Accanto alla diagnosi, alla cura, alla riabilitazione, è necessaria la capacità di costruire contesti di convivenza in grado di accogliere la disabilità e di cooperare utilmente con e grazie a essa. Resta la questione di trovare una teoria e una metodologia per l'integrazione che abbia la forza delle competenze terapeutiche e riabilitative non solo sul piano concettuale e pragmatico, ma anche su quello del mandato sociale. Bisognerà lavorare su entrambi i fronti: lo sviluppo di modelli ed esperienze da un lato, la creazione di una rappresentazione sociale della competenza integrativa dall'altro, con strategie diverse e coerenti. I contributi pubblicati in tal senso debbono diventare più numerosi, va trovato un più ampio spazio per la questione anche entro un contesto accademico che tende ad allontanarsi sempre più dalle problematiche dell'intervento, almeno per ciò che concerne la psicologia<sup>18</sup>. L'accademia dimentica l'intervento, il mandato sociale è inficiato dalla prevalenza del potere senza competenza entro le agenzie decisionali e nel vissuto collettivo, l'offerta professionale insiste sulle funzioni sostitutive, la domanda è organizzata dall'offerta sostitutiva e non ha la forza di modificarne le premesse, ma resta, come grande risorsa per chi voglia occuparsene, la realtà, il problema.

---

<sup>17</sup> Sulla funzione dell'affidabilità della relazione nell'intervento e sulla sua costruzione, si veda il caso di Clara in Lisci & Baraldi, 2012.

<sup>18</sup> Ho già citato la tendenza in questo senso segnalata dalle valutazioni ANVUR.

Concludo questo contributo con alcune proposte: la competenza integrativa ha bisogno di un laboratorio, di molti laboratori diffusi sul territorio nazionale. Penso a gruppi misti università-servizi che mettano in atto un circuito virtuoso di riflessione sulla teoria e sulla prassi, a partire da resocontazioni di esperienze. I laboratori potrebbero produrre letteratura di elevata qualità sull'intervento integrativo, in grado di opporsi al pregiudizio che solo ricerche sulle invarianze, preferibilmente con basi biologiche e lontane dalle contingenze dell'intervento, producano letteratura scientifica in campo psicologico clinico. Ciò al fine di contrastare la spaccatura tra università e professione, e per riaffermare l'esigenza di buone teorie e di un'attività di ricerca specifica anche per ciò che concerne l'intervento.

Tali laboratori potrebbero avere anche un'altra importante funzione: far diventare una professionalità dispersa una professionalità diffusa. Mi spiego meglio. Oggi ci sono molte esperienze isolate che tentano di sviluppare competenza integrativa, ma nella dispersione rischiano l'emarginazione, non reggendo la pressione collusiva di contesti di lavoro spesso caratterizzati da culture dell'agito che spingono verso "urgenze" violente, sintomatiche della mancanza di pensiero sulle prassi. Tali professionisti isolati sono a rischio; di demotivazione, di smarrimento, di rinuncia, di reattività rabbiosa. I laboratori potrebbero dare loro un'appartenenza alternativa, supportata dalla letteratura prodotta, che gli permetta di reggere la pressione collusiva dei luoghi di lavoro.

La professionalità dispersa risponde allo stato attuale del mercato del lavoro; ma si può pensare anche a un'offerta. Penso ad esempio a reti "miste" di professionisti e non professionisti. I primi attiverrebbero la rete e ne farebbero la manutenzione, i secondi scambierebbero prestazioni e svilupperebbero competenze. Nella Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, più volte citata, si propone ancora la centralità della famiglia: "convinti che la famiglia sia il nucleo naturale a fondamento della società"<sup>19</sup>. "In Italia il 93 per cento delle persone con disabilità vive in famiglia"<sup>20</sup>. Penso che l'attenzione alla famiglia sia opportuna, considerandone però le rilevanti trasformazioni in corso, che tendono a disgregare la sua funzione di agenzia sociale. Oggi ci sono molte persone sole, e più ce ne saranno in futuro; alcune, forse molte, in stato di difficoltà per la stessa solitudine – non c'è bisogno di essere vecchi o disabili per cominciare a sentire di essere espulsi da una socialità soddisfacente – o per bisogno di assistenza; persone che desiderano una socialità interessante e utile, ma che sono a rischio di emarginazione. Alcune di loro persone ancora valide e con competenze nei più diversi campi e che ne potrebbero sviluppare altre, che avranno bisogno nel futuro di assistenza e non sono protette da uno stato sociale sempre più in difficoltà, altre che hanno già bisogno di assistenza. Queste persone si potrebbero incontrare e potrebbero cooperare. Ma troppo spesso manca una rete, mancano idee che

---

<sup>19</sup> Nella *Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità*, già citata, p. 8, nel preambolo si dice: "Convinti che la famiglia sia il nucleo naturale e fondamentale della società e che abbia diritto alla protezione da parte della società e dello Stato, e che le persone con disabilità ed i membri delle loro famiglie debbano ricevere la protezione ed assistenza necessarie a permettere alle famiglie di contribuire al pieno ed uguale godimento dei diritti delle persone con disabilità".

<sup>20</sup> *La disabilità in Italia. Il quadro della statistica ufficiale*; Istat 2009, p. 27, [http://www3.istat.it/dati/catalogo/20100513\\_00/arg\\_09\\_37\\_la\\_disabilita\\_in\\_Italia.pdf](http://www3.istat.it/dati/catalogo/20100513_00/arg_09_37_la_disabilita_in_Italia.pdf), consultato il 6/6/12

mettano insieme risorse e problemi, anche se alcune iniziative – da studiare: ecco un campo di ricerca utile – stanno sviluppandosi in questo senso.

### *Bibliografia*

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.

Crisanti, P. (2012). Riflessioni sull'assistenza domiciliare integrata nei casi di disabilità adulta. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 129-133.

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.

Lisci, E., & Baraldi, D. (2012). La cronicizzazione come possibile risultante del rapporto tra servizi e utenza, *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 49-62.

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

Sacks, O. (2010). *Un antropologo su Marte*. Milano: Adelphi. [ed. originale 1995, *An Anthropologist on Mars. Seven Paradoxical Tales*].

### Siti web

Assistentecomunicazione.it, *Assistente alla comunicazione*  
<http://www.assistentecomunicazione.it/assistente-alla-comunicazione>  
consultato 15/6/12

CNEL 2009, *Osservazioni e proposte, Integrazione scolastica degli alunni con disabilità*,  
[http://www.portalecnel.it/PORTALE/documenti.nsf/0/C12575C30044C0B5C12576710035E9E0/\\$FILE/Integrazione%20scolastica%20disabili%20-%20Pronunce%2060.pdf](http://www.portalecnel.it/PORTALE/documenti.nsf/0/C12575C30044C0B5C12576710035E9E0/$FILE/Integrazione%20scolastica%20disabili%20-%20Pronunce%2060.pdf) consultato il 23/4/12

EFET *Bando per l'ammissione di n.18 allievi al corso di formazione professionale per: Formazione per assistenti educativo – culturali specializzati nell'integrazione scolastica per degli studenti con disabilità fisica o psichica*  
<http://www.edscuola.it/archivio/handicap/efet.pdf>  
consultato il 19/4/12

HandyLex.org, *Nota Ministeriale - Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, 30 novembre 2001, "Assistenza di base agli alunni in situazione di handicap"*.  
<http://www.handylex.org/stato/c301101.shtml>  
consultato il 29 3 12

ISTAT, 2011, *L'integrazione degli alunni con disabilità nelle scuole primarie e secondarie di I grado, statali e non statali. Anni scolastici 2008/2009 e 2009/2010*  
[http://www3.istat.it/salastampa/comunicati/non\\_calendario/20110119\\_00/testointegrale20110119.pdf](http://www3.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20110119_00/testointegrale20110119.pdf)  
consultato il 15/6/12

Istitutosordiroma.it, *L'assistente alla comunicazione*.  
<http://www.istitutosordiroma.it/documenti/assistente.pdf>.

Consultato 15/6/12

LazioForm, *Corsi*. (Per accedere al documento, cliccare sotto Corsi Svolti su Assistente educativo culturale)

<http://www.lazioform.it/corsi.asp>

consultato il 19/03/12.

Linea Amica. La PA al tuo servizio, *Compiti dell'assistente per l'autonomia e la comunicazione e dell'insegnante di sostegno*

<http://www.lineaamica.gov.it/risposte/risposta/1188/Compiti-dell-assistente-per-l-autonomia-e-la-comunicazione-e-dell-insegnante-di-sostegno.html>

consultato il 29/3/12.

Obiettivo Uomo, *Corso di assistente educativo culturale*

([http://www.emagister.it/corso\\_assistente\\_educativo\\_culturale-ec2436728.htm](http://www.emagister.it/corso_assistente_educativo_culturale-ec2436728.htm))

consultato il 19/4/12

Superando.it, *I limiti e le novità di quell'indagine Istat sull'integrazione*

<http://www.superando.it/2012/02/10/i-limiti-e-le-novita-di-quellindagine-istat-sullintegrazione/>

14/3/12.

Weingarten, G. (2007) Post Magazine: Too Busy to Stop and Hear the Music  
Washingtonpost.com. [http://www.washingtonpost.com/w-](http://www.washingtonpost.com/w-dyn/content/discussion/2007/04/06/DI2007040601228.html)

[dyn/content/discussion/2007/04/06/DI2007040601228.html](http://www.washingtonpost.com/w-dyn/content/discussion/2007/04/06/DI2007040601228.html)

## Convivere

di Renzo Carli\* e Rosa Maria Paniccia\*\*

### *Abstract*

Il disagio nella convivenza ha radici storiche riferibili alla crisi nella credibilità della politica, iniziata a parere degli autori negli anni settanta del secolo scorso. Vengono analizzate le conseguenze di una crisi culturale che ha ridotto il confronto tra intellettuali e annullata la partecipazione ai temi della convivenza. Sfiducia e paura sono le emozioni che caratterizzano la convivenza non partecipata e succube del potere senza competenza. Ci sono, d'altro canto, motivi di speranza, che provengono da dati di ricerca: emerge una propensione culturale a scindere l'adesione acritica al potere e la partecipazione sociale fondata sulla valorizzazione dell'arte e delle manifestazioni culturali più in generale.

*Parole chiave:* Convivenza; Partecipazione; Potere; Invidia.

### *Premessa*

Il disagio nella convivenza, nel nostro paese, è oramai chiaro. Lo si vede lavorando entro le strutture, in particolare entro le strutture preposte alla formazione e alla sanità. Lo si vede entro i più diversi sistemi sociali, nel parlare tra amici, nel lavoro psicoterapeutico ove il disagio nel convivere organizza – sempre più spesso – la domanda e orienta il modo di stare in psicoterapia di molte persone; lo si discute nel sempre più raro confronto culturale. Si tratta di un forte declino della qualità del convivere che dura da diversi anni, ma che si è accentuato con la crisi economica degli ultimi anni; un declino, peraltro, che sembra lasciar intravedere, negli ultimi tempi, un barlume di speranza. E' di questa crisi del convivere che vogliamo parlare in queste pagine. Ma anche del suo possibile cambiamento.

Nella nostra analisi, certamente di "parte", utilizzeremo categorie storiche, in parte categorie psicologico cliniche, a volte modi di pensare tratti dal senso comune che i mass media sono maestri nel comunicare. L'obiettivo è quello di sollecitare, di stimolare, negli psicologi, la consapevolezza del contesto storico e culturale nel quale stiamo operando. Anche, di evocare dissenso o letture alternative a quella che qui proponiamo. In sintesi, il nostro intento è di sollecitare un confronto culturale sulla qualità della convivenza e sulla relazione tra il convivere e la professione di psicologi clinici.

### *La crisi di credibilità delle istituzioni e l'involuzione culturale in Italia*

Da più di vent'anni, in Italia, la partecipazione alla vita pubblica e la comunicazione culturale sembrano, sistematicamente, ostacolate.

Vediamone, rapidamente e per sommi capi, i motivi.

Con il craxismo, negli anni ottanta e nei primissimi anni novanta, si era inaugurata una nuova e problematica stagione politica, nel nostro paese: una politica caratterizzata, formalmente, dal binomio "governabilità e decisionismo"; a questa etichetta andrebbe aggiunta, a nostro parere, anche quella di "devastazione" delle istituzioni, di ogni rapporto

---

\* 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".



credibile tra governo e forze politiche da un lato, organizzazioni pubbliche e private dall'altro; devastazione, in sintesi, della credibilità dello Stato. Non si è trattato, è importante sottolinearlo, soltanto di ciò che è emerso giuridicamente come reato penale: ad esempio le tangenti chieste alle imprese per finanziare illegittimamente la politica e i suoi personaggi; ben più grave fu l'influenza che gli uomini politici pretesero di esercitare, grazie al potere loro conferito, su ogni atto della vita pubblica e privata italiana. In quell'epoca presero piede, su vasta scala, le raccomandazioni e le designazioni fondate sull'appartenenza partitica, per ogni incarico pubblico o privato; si falsarono i concorsi che volevano tutelare le scelte meritocratiche, dall'università alla pubblica amministrazione, dalle aziende alle forze armate, dagli enti pubblici alle cooperative di servizio: ogni posto di lavoro, ogni nomina ad incarichi importanti o marginali, ogni evento pubblico o privato, nelle aziende a partecipazione statale o nelle aziende private, nella pubblica amministrazione come nelle poste, nelle dogane, nelle ferrovie, nel trasporto aereo, nelle concessioni governative come nei permessi o nelle licenze commerciali, nelle telecomunicazioni come nelle concessioni del comparto televisivo, ogni decisione doveva sottostare al potere di pochi uomini che volevano controllare tutto e condizionare, con i loro tentacoli influenti e spietati, ogni aspetto della vita lavorativa, dell'amministrazione, della produzione, del commercio, della politica, più in generale della convivenza, in Italia. Il fenomeno della "raccomandazione" raggiunse livelli e pervasività mai visti sino a quel momento, dal dopoguerra in poi. Questa corruzione imperante minò profondamente il senso dello Stato, nei cittadini italiani, e indusse un'ingravescente devastazione nella fiducia che i singoli nutrivano nelle istituzioni e nel sistema di gestione del paese. Pensiamo all'università, quale esempio di quanto stiamo dicendo: nel 1975, con il governo di solidarietà nazionale furono immessi nel nuovo ruolo di ricercatori, *ope legis*, tutti coloro che godevano di una qualche borsa di studio, di un assegno provvisorio di ricerca, di un qualsiasi legame, sia pur occasionale e marginale, con l'università. Ciò comportò l'immissione di un gran numero di persone di ogni specie, a volte preparate e meritevoli, a volte impreparate e poco motivate, entro i ranghi della nuova figura di ricercatore e poco più avanti anche di docente universitario. Con gli anni ottanta iniziò una sorta di deterioramento progressivo dell'affidabilità nel reclutamento del personale universitario, coerente con l'immissione del 1975. Prevalse la convinzione che, dopo l'*ope legis*, tutto fosse possibile all'università: ogni concorso universitario fu pilotato e condotto entro un "mercato" dei posti di ricercatore, di professore associato o di professore ordinario che rispondeva a precise regole, non scritte ma diffuse e accettate per convenienza o per passiva rassegnazione; regole per le quali ognuno, se dotato di potere, sceglieva i "suoi", rispettando altri, dotati di potere, che a loro volta sceglievano indiscutibilmente i "loro". L'università diventò il luogo della cooptazione acritica e priva di criteri di merito; un luogo ove, ben presto, prevalse l'arroganza del potere e il deterioramento della cultura. L'esito di questa devastazione? Il fatto che l'università perse la sua funzione di promozione del confronto culturale e di sviluppo del sapere. L'università si impoverì pesantemente, per la pochezza di molti suoi membri, ma anche per la devastazione culturale che la raccomandazione, quale prassi di sviluppo delle carriere, ineluttabilmente portava con sé. Con l'università venne meno la produzione di cultura nelle aziende, nei partiti politici, nelle associazioni culturali (anch'esse, troppo spesso, soggette alla "legge" della raccomandazione), nella pubblica amministrazione, in ogni raggruppamento umano segnato dal potere arrogante di chi pretendeva di dettare legge, in nome dell'appartenenza partitica. I due partiti di massa, la DC e il PCI, furono travolti dal cinismo arrogante e violento del "terzo" partito politico, i cui obiettivi espliciti concernevano la conquista del potere in ogni settore della vita pubblica e del contesto privato, senza distinzione e senza limiti. I partiti di massa furono travolti, lo ricordiamo, entro

un'accettazione collusiva<sup>1</sup> delle nuove regole del gioco che il movimento craxiano impose, in nome del benessere, di stili di vita trasgressivi e gaudenti, di una pretesa "liberazione" degli italiani dal giogo moralistico che le due "religioni" dominanti, quella cattolica e quella comunista, avevano in qualche modo imposto al nostro paese, dal dopoguerra in poi.

Gli italiani poterono conoscere la profondità di questo degrado, in parte, con gli eventi di "mani pulite", iniziati nel 1992. Ma i pubblici ministeri di Milano misero in evidenza "soltanto" i *reati* commessi dai politici, comprovati nei procedimenti giudiziari; certamente non potevano evidenziare i danni procurati alla cultura, alla sua promozione, al confronto culturale; danni che il craxismo e i suoi alleati imposero alla società italiana, trovando peraltro molte persone, nel paese, capaci di adattarsi e di contribuire a questo.

Con il craxismo venne meno la fiducia nelle istituzioni, specie in quelle dove il confronto culturale e la produzione di cultura potevano trovare il loro spazio deputato.

La seconda fase critica, per il nostro paese, iniziò con la discesa in campo di Silvio Berlusconi e con l'avvento, vincente, del berlusconismo. E' importante sottolineare come Berlusconi, al momento della presa del potere politico in Italia, fosse un imprenditore che operava nell'ambito dei *mass media*. Un imprenditore che, con il suo gruppo di consiglieri e con la task force predisposta per la lotta elettorale, utilizzò a fondo i mezzi di comunicazione di massa in suo possesso, in particolare giornali e televisioni. Un imprenditore che, una volta raggiunto il potere politico, utilizzò i mezzi di comunicazione, più specificamente la televisione della quale era ora padrone pressoché assoluto, per rafforzare il suo potere presso una popolazione ormai succube del sistema berlusconiano, senza alcuna alternativa che non fossero sporadiche trasmissioni di "resistenza" all'encomio quotidiano, all'esaltazione senza pudore del regime in atto. La risatina tra Angela Merkel e Nicolas Sarkozy, durante la conferenza stampa del 23 ottobre 2011, nell'ambito di un vertice europeo, scosse l'opinione pubblica del nostro paese; alla domanda di una giornalista, volta a sapere se il premier italiano avesse assicurato i due leader, tedesco e francese, sui provvedimenti che il governo italiano avrebbe preso in materia economica, Merkel e Sarkozy risposero con un sorrisetto d'intesa, ilare e al contempo indicativo di una totale sfiducia nel capo del governo italiano. Questa reazione di sarcastica sfiducia, sulle prime sottaciuta dai media del nostro paese, emerse come troppo evidente, per essere passata sotto silenzio; si tentò allora, da parte dei corifei del potere, di mettere la cosa sul piano dell'orgoglio nazionale ferito; ma gli italiani non si riconobbero in questo goffo tentativo e, probabilmente, fu questo incidente mediatico a mettere in chiaro il deterioramento di immagine che il nostro paese aveva subito in Europa, grazie a una politica fortemente criticata per la sua assenza di credibilità.

Non è di questo, d'altro canto, che vogliamo parlare.

La crisi di credibilità nelle istituzioni e nelle organizzazioni, nella meritocrazia e nella produzione culturale degli anni ottanta; la crisi derivante dall'uso spregiudicato dei sistemi di comunicazione di massa, troppo spesso asserviti al potere dei loro padroni senza

---

<sup>1</sup> Ciriaco De Mita fu segretario della DC dal 1982 al 1989 e Presidente del Consiglio dall'aprile del 1988 al luglio 1989. De Mita commissionò, nel 1988, una ricerca volta a conoscere l'atteggiamento, presso gli aderenti al proprio partito, nei confronti dello scenario politico italiano e nei confronti della linea politica perseguita dalla dirigenza della Democrazia Cristiana. Uno di noi condusse quella ricerca e riferì dei risultati a De Mita, nel febbraio del 1989, in un lungo colloquio presso la sede della DC, a piazza del Gesù. Due erano le linee culturali che gli aderenti al partito ritenevano fondamentali per un rilancio della DC: il ritorno alla linea di De Gasperi e il distacco dai socialisti, indicati quali corruttori insopportabili della vocazione politica democristiana. Parlammo a lungo di questo, entrando nel merito della linea degasperiana voluta dagli attivisti della DC, dell'auspicato ritorno alle origini, da parte del movimento cattolico in politica, di una presa di distanza netta e chiara dalla spregiudicatezza imposta dalla cultura dei craxiani, visti come corruttori dei costumi e come pericolo incombente per l'adesione militante dei cattolici in politica. De Mita capì il senso della ricerca, disse anche di essere perfettamente consapevole del pericolo che l'alleanza con i craxiani rappresentava per la militanza democristiana. Disse però, con un tono della voce come di chi era al limite del pianto e della rassegnazione, che non era possibile alcuna altra strada, per il suo partito.

scrupoli, hanno tolto di fatto il luogo e gli strumenti per un confronto culturale nel nostro paese.

L'avvento al potere degli economisti entro un governo, quello di Monti, nominato dal Presidente della Repubblica e sottratto al consenso popolare, ha inferto un ulteriore grave colpo alla partecipazione politica e alla promozione culturale in Italia. Un duro colpo, forse necessario per risollevare la credibilità internazionale del nostro paese, ma altamente problematico per la fiducia degli italiani nella politica e nelle sue dimensioni fondanti.

Il nostro paese si sta trasformando, ormai da molti anni, in una massa di persone succubi dei sistemi di comunicazione, senza luoghi e abitudini a dibattere, a confrontare idee, a produrre atteggiamenti critici, a prendere parte alla vita pubblica, alla politica. I dibattiti televisivi, basta ricordare gli scontri stucchevoli e ripetitivi del tempo berlusconiano, sono appannaggio di giornalisti e politici, spesso in ruoli intercambiabili. Sono, anche, le uniche forme di partecipazione culturale che la gran parte degli italiani sperimenta. La televisione, d'altro canto, è spettacolo, non confronto. E nello spettacolo serve la lotta, la radicalizzazione del conflitto, l'exasperazione dell'aggressività sino all'insulto, l'insofferenza per chi ha altre idee, diverse dalle proprie. Manca l'elaborazione di un pensiero; tutto è pre-scritto. La televisione pone lo "spettatore" in una posizione di partecipazione passiva, soggetta all'altro e con l'unica possibilità di "fare il tifo" per uno dei due o più avversari che si azzuffano sul piccolo schermo.

Il confronto culturale non è mai caratteristico delle grandi masse, quanto di piccoli gruppi capaci di un dissenso pensato, anche se emozionalmente fondato. Le idee nascono dal confronto di poche persone. Questo è difficile, molto difficile, oggi. Come s'è detto, mancano i luoghi per un incontro e mancano i mezzi per comunicare. Manca la motivazione al dibattito, mancano idee di riferimento alle quali appoggiarsi, per una promozione dello sviluppo culturale.

#### *Gli esiti della crisi culturale: sfiducia e paura*

C'è allora da chiedersi: quali le componenti emozionali che hanno preso il posto del confronto, di un dibattito capace di produrre cultura?

Pensiamo che due emozioni siano, oggi, diffuse, capaci di devastare l'orizzonte culturale del nostro paese. Le possiamo chiamare: sfiducia, paura.

La *sfiducia* concerne i giovani, prevalentemente. Si tratta di sfiducia nel futuro. Sfiducia nella politica e negli uomini che la impersonano, sfiducia nelle istituzioni e nella loro capacità di perseguire un servizio ai cittadini, sfiducia nei poteri forti che, sempre più palesemente, mostrano la loro influenza perversa e in contrasto con i valori della solidarietà, dell'equità, della giustizia sociale; sfiducia nei valori che ispirano chiunque abbia un potere, anche piccolo, da esercitare nel nostro paese. Sfiducia nella possibilità di appartenere a un mondo normale, ove la competenza, la creatività, la voglia di innovare, la spinta al cambiamento siano le colonne portanti che reggono la convivenza. Si dice, con uno slogan ormai diffuso, che nel contesto dell'oggi si sta rubando il futuro ai giovani. Perché? Non bastano i soli dati sulla disoccupazione giovanile, d'altro canto impressionanti; non bastano i dati sull'inutilità della formazione, degli studi e dell'acquisizione di competenza; inutilità comprovata dalla maggior emarginazione dal lavoro proprio dei giovani con più elevato livello d'istruzione, sino alla vanificazione della laurea e dei corsi formativi che seguono alla laurea stessa. Non bastano i dati "oggettivi", per cogliere il problema endemico della sfiducia giovanile. La sfiducia è un'emozione che sostanzia la simbolizzazione del contesto, da parte dei giovani, così come di buona parte delle componenti della società civile.

Nei confronti dei giovani, da parte di chi detiene il “potere” (economico, politico, massmediologico) sono state rivolte valutazioni sarcastiche, diffuse dai mass media e ormai entrate nel lessico condiviso. Si è detto che i giovani sono “bamboccioni”, sono “schizzinosi” nelle loro scelte di un lavoro precario (choosy, il termine inglese usato a questo scopo); i giovani, si dice, aspirano soltanto al posto fisso definito, con immensa ipocrisia, quale fonte di monotonia insopportabile; giovani che non sembrano propensi a fare sacrifici, a faticare per arrivare a una posizione gratificante entro il contesto sociale; giovani che, a detta di un membro del governo noto per le potenti raccomandazioni che hanno accompagnato la sua “carriera” universitaria, sono spesso “sfigati” nel non arrivare alla laurea entro i tempi previsti dall’ordinamento degli studi. I giovani vengono emarginati dal mondo del lavoro, entro una realtà economica che non prevede spazio per il loro inserimento; al contempo vengono criticati, benevolmente aggrediti o malevolmente accusati di infingardaggine, di scarsa capacità di adattamento, colpevoli di porre limiti esecrabili all’orizzonte delle loro aspirazioni. Si dice che il problema più rilevante del sistema sociale, nel nostro paese, sia quello dei giovani; ma al contempo non si fa quasi nulla per affrontare il problema del lavoro giovanile, e si criticano i giovani di passività e di mancanza di speranza. Già, perché se si guarda alle critiche diffuse dai mass media, dai bamboccioni al posto fisso, dagli sfigati agli schizzinosi, ciò che sta alla base di tali critiche è la sottolineatura di una assenza, nell’atteggiamento giovanile, di speranza nel futuro; nel futuro proprio e del contesto in cui si vive; ciò che si sottolinea, nei giovani, è alla lettera la “disperazione”. Forse è il caso di smetterla di attribuire ai giovani la “colpa” per la loro situazione di difficoltà lavorativa e sociale. Forse è il caso di smetterla con le “diagnosi” sui giovani d’oggi, diagnosi che esprimono solo una difesa dalla responsabilità, di una intera generazione, circa il contesto che quella generazione ha contribuito a “costruire” per i giovani che in questi anni si avviano agli studi e ad una improbabile professione o ad un improbabile lavoro.

Qualcuno ha anche detto che, nel nostro sistema sociale, è stato rallentato l’ascensore sociale, sino al suo arresto, al momento irreversibile perché indipendente dalla congiuntura. Ma cos’è l’ascensore sociale, se non la speranza in uno sviluppo? A metà degli anni settanta è stata varata, in Italia, l’università di massa; iniziativa meritevole, se fin dal suo inizio fosse stata fondata sulla dotazione di risorse e di mezzi adeguati alla formazione di giovani provenienti dai gruppi sociali più svantaggiati, sino a quel momento emarginati dalla formazione universitaria. Di fatto, si è alimentata la speranza, senza creare legami solidi tra università e lavoro, senza l’attenzione a formare docenti capaci di fronteggiare il nuovo compito, con competenza e motivazione. Basterebbe guardare all’avvio delle cosiddette facoltà umanistiche, Psicologia, Sociologia, Scienze della Comunicazione, Scienze della Formazione, per cogliere l’illusorietà di un’offerta formativa apparentemente capace di portare alla laurea i figli delle classi sociali più emarginate; di fatto, un’offerta formativa atta a creare soltanto disoccupazione o, ancor peggio, sottooccupazione, esasperata dall’illusione di una crescita sociale. L’università di massa ha divaricato di molto la forbice sociale, ha aumentato a dismisura la distanza tra chi si laurea in ambiti di poco prestigio e senza un valore spendibile sul mercato del lavoro; e chi, provenendo da classi privilegiate per censo o per competenza, sa progettare una formazione prestigiosa e di eccellenza.

Conosciamo i “fatti” che stanno alla base della crisi economica che attanaglia il mondo intero, non solo il nostro paese. In principio c’erano le banche americane. Quelle banche d’affari che, iniziando il proprio gioco sui mutui per la casa, mutui accesi da milioni di americani, hanno speculato sull’illusione di una crescita all’infinito del valore degli immobili in quel paese; quelle banche che si sono inventate ogni tipo di possibili investimenti, a partire dall’incremento del valore attribuito ai mutui e ad una loro crescita senza limiti. Si è così giunti alla produzione, inventiva, di “derivati” dal mutuo sulla casa; produzione di “oggetti” finanziari, tutti fondati sull’ipotesi di crescita del valore dei mutui immobiliari, che

ha raggiunto limiti impensabili: si è detto che il valore (carta straccia) dei “derivati” sia giunto a mille volte il valore del PIL mondiale; si sono diffusi, nel mondo, strumenti finanziari senza valore, per cifre esorbitanti; questa carta straccia è stata “venduta”, da banchieri senza scrupoli e senza regole che ne limitassero l’azione; è stata “venduta”, con l’illusione di guadagni enormi, al mondo intero: a banche, enti locali, debiti sovrani degli stati, enti assicurativi e previdenziali, amministrazioni pubbliche e private, in una diffusione pazzesca, della quale nessuno conosce ancora oggi, a sette anni dall’inizio della vicenda, la vera estensione. Chi ha acquistato la carta straccia dei derivati si è trovato, dal 2007 in poi, senza soldi; da questo “buco” finanziario, enorme, è iniziata la crisi economica mondiale. Crisi accentuata dall’illusione che i “derivati” consentissero facili guadagni e possibilità di un incremento “edonista” delle spese, sia pubbliche come private. Nel nostro paese, nessuno ha ancora spiegato quanto profonda sia la crisi provocata dai “derivati”, quanto le nostre banche siano state infettate dalla carta straccia, anche se le poche notizie, filtrate dall’opacità collusiva dell’informazione in merito, non sono di certo rassicuranti. L’assenza di regole, entro i mercati finanziari, ha consentito questo disastro economico mondiale, arricchendo a dismisura i pochi autori del gioco al massacro e rendendo, questi pochi, potenti al punto da impedire ogni ipotesi di regolamentazione del gioco finanziario. Il gioco, quindi, si sta ripetendo regolarmente. La speculazione di chi possiede capitali immensi, lucrati sulla pelle (è il caso di dirlo) dei cittadini di tutto il mondo, è in grado di minacciare non più il singolo investitore, ma società finanziarie internazionali, stati nazionali o l’economia di interi continenti, come l’Europa.

Come si possono riparare i danni di questo disastro finanziario? Gli economisti sono concordi nel dire che i danni si riparano con i sacrifici delle popolazioni, con la riduzione delle spese da parte degli stati, con la restrizione del credito, con l’aumento delle tasse, con l’abbassamento del tenore di vita entro i gruppi sociali. Tutto questo comporta recessione, diminuzione dei consumi, riduzione della produzione industriale, disoccupazione diffusa, taglio dei posti di lavoro, quindi disoccupazione giovanile. E’ quello che, con un eufemismo sconcertante, viene chiamato, da qualche economista, il fare “i compiti a casa”, una prassi alla quale sono chiamati gli stati; in particolare gli stati ricchi ma non abbastanza, come la Grecia, l’Irlanda, il Portogallo, la Spagna, l’Italia. Come si può capire, la sfiducia dei giovani consegue al modo con cui viene simbolizzato questo evento complesso, ma chiaro e che, con un termine troppo sintetico, chiamiamo “crisi”. Una crisi che ha avuto, alla radice, l’avidità della finanza, capace di guadagni immensi tramite mezzi che la deregolazione dei mercati finanziari ha reso possibile, anche se palesemente inaccettabili moralmente, ma soprattutto eticamente<sup>2</sup>. Una finanza senza etica ha portato a un disastro senza limiti; il potere enorme, che deriva alla finanza da questo gioco, le consente di continuare nel gioco stesso e di minacciare lo sviluppo dei paesi meno fortunati o meno capaci di fronteggiare la crisi; tra questi, il nostro paese. Un paese, peraltro, ove la delinquenza organizzata e la corruzione dilagante hanno dilapidato quanto era stato “ricostruito” dalla fine della seconda guerra mondiale, hanno delegittimato ogni competenza, hanno istituito l’illegalità quale *modus vivendi* di un’intera generazione della classe dirigente. Senza questa contestualizzazione culturale della “crisi” finanziaria, in Italia, poco si può comprendere della sfiducia che caratterizza i giovani italiani di oggi.

La sfiducia, d’altro canto, è un’emozione che porta con sé conseguenze molto gravi. In primo luogo, con la sfiducia tendono a dissolversi quei valori che reggono usualmente la convivenza. In particolare, i valori associati alla formazione e alla cultura. Ma con la crisi di tali valori, viene ostacolata, nei giovani, la costruzione dell’identità. Identità che tende a

---

<sup>2</sup> La distinzione tra etica e morale è problematica, visto l’etimo simile dei due termini, l’uno greco (*ethos*) e l’altro latino (*mos-moris*), ad indicare poi la stessa cosa, vale a dire i costumi di una popolazione. Con Remo Bodei, peraltro, preferiamo definire l’etica come l’insieme di atteggiamenti e valori che concerne il rapporto con gli altri, la dimensione pubblica; mentre pensiamo che la morale riguardi, sostanzialmente, l’ascolto della voce che esprime la coscienza, i valori che reggono il rapporto di ciascuno con se stesso.

formarsi a partire da modelli altamente problematici, perché imposti dai media più che cercati entro le relazioni ed il confronto sociale. La sfiducia dei giovani, in altri termini, sembra sostenuta dall'assenza di valori e di figure di riferimento alle quali rivolgersi per l'elaborazione di quei processi di identificazione che conducono all'identità di ciascuno, ma anche all'identità collettiva. La sfiducia, seguendo questa linea d'analisi, concerne il potere e chi assume ruoli di potere entro il sistema sociale. Un potere con il quale manca un dialogo, un potere che non si può più contestare: ciò che caratterizza il potere attuale è il suo sottrarsi a ogni forma di relazione e di contatto. Si tratta di poteri chiusi in se stessi, incapaci e al contempo disinteressati a ogni dialettica con chi potrebbe interloquire con il potere stesso. Si tratta di poteri che fondano la loro esistenza, si veda ciò che succede in alcune università, nel parlamento, in molte strutture e movimenti, sulla nomina pilotata dei responsabili; nomine che si sottraggono a ogni forma di suffragio, di verifica, di contatto con la realtà. Il potere che è stato inventato negli ultimi vent'anni, specie nel nostro paese, è autarchico, autoriferito, chiuso in sé e fine a se stesso, con l'unico obiettivo di riprodursi eguale e di proteggere o aumentare i propri privilegi. Si tratta di un potere che si è sottratto a ogni funzione sociale, un potere che si propone come incontestabile, caratterizzato da una casta senza obiettivi coerenti con la propria supposta funzione, una sorta di casta mitica, sottratta alla storia per assurgere a connotazioni reificate di tipo "naturale", come Barthes (1957) dice del mito, quale ordine secondo di significazione.

Il potere di cui stiamo parlando, lo ripetiamo, ha perso la propria funzione fondata sulla competenza; si arroga il solo di diritto di esistere "per sempre", senza discontinuità, prolungando a dismisura il suo tempo di vita. Si tratta di un potere che ha pervaso ogni aspetto della vita sociale, senza lasciare alcuno spazio libero, proponendosi come barriera invalicabile per i giovani (ma anche per i meno giovani) che vorrebbero cercare e trovare spazi di partecipazione e di confronto culturale. L'unica risposta possibile al potere del quale stiamo parlando è il ritiro in se stessi, il rifugio sull'Aventino, la restrizione delle proprie relazioni sociali, la libertà, spesso illusoria, dei social networks, le piazzette di facebook ove scambiare poche frasi, sovente disilluse o critiche, con pochi "amici", il confondersi tra i fruitori anonimi e anomici dei mass media, il progressivo isolamento caratterizzato da rare e squallide partecipazioni emozionate ad eventi costruiti dai giornali o dalla televisione, là dove si viene espropriati anche delle emozioni, entro correnti emozionali ove la folla e la partecipazione di parte prevalgono sul pensiero e sul confronto. In sintesi, è la crisi dei poteri pubblici e privati la causa della sfiducia. Se si vuole, la sfiducia della quale stiamo parlando è sfiducia nel potere e nelle persone che ne sono investite. Questa sfiducia è trasversale ad ogni forma di potere, dalla scuola alla politica, dalle organizzazioni aziendali a quelle religiose, dalla pubblica amministrazione ai sindacati, alle forze dell'ordine, alla magistratura, alle libere professioni. Corruzione, difese corporative, privilegi a dir poco scandalosi, illegalità diffusa, egoismi che portano alla cultura del "tutti contro tutti", inaffidabilità dell'informazione sfacciatamente di parte, interessi di parte che reggono la gestione della cosa pubblica, questo e molto altro rappresenta, di fatto, il disfacimento di valori e ideologie che reggevano la convivenza prima degli eventi che abbiamo brevemente descritti. Ora ogni manifestazione del potere sembra retta dal perseguimento di interessi particolaristici, da disegni di parte dal quale chi si sente escluso, ed è la maggioranza dei cittadini, è indotto alla sfiducia senza speranza. Senza speranza, perché la pervasività del potere e la sua necessaria presenza entro le strutture sociali, comporta sospetti puntualmente verificati nell'ambito del quotidiano stillicidio di "scandali" che la lotta tra fazioni del potere ci costringe a conoscere e, sempre meno, a condannare.

Veniamo così alla seconda emozione del nostro orizzonte culturale: la *paura*.

Paura, dal latino *pavor*, deriva dal verbo *pavire* che vale "battere il terreno per livellarlo"; un verbo dal quale deriva, ad esempio, il termine: pavimento. Chi ha paura, se guardiamo

all'etimo della parola, prova un'emozione che deriva dall'atto di essere battuti. Più in generale, è possibile porre una stretta relazione tra il provare paura e il sentirsi impotente. La paura è l'emozione che deriva dal non avere risorse atte a fronteggiare il contesto, ad interagire con il contesto stesso, ad utilizzare la relazione con il contesto al fine di perseguire, modificare, produrre, sviluppare una "cosa terza". Quando la relazione è orientata alla "cosa terza", non si prova paura entro la relazione stessa. Quando, nella relazione, viene meno la "cosa terza" e l'interazione è limitata, direttamente, ai due termini della relazione, si può provare paura. In altre parole, la paura si pone sul versante opposto della condivisione<sup>3</sup>.

E' importante capire che succede quando viene meno, all'interno della relazione, l'attenzione alla "cosa terza". Cosa succede quando le emozioni, cercate e sperimentate entro la relazione, non derivano dalla condivisione di una "cosa terza", bensì direttamente dall'altro, implicato entro la relazione stessa. Cercheremo di cogliere i motivi che fondano il piacere che prova, l'essere umano, nel provocare paura nell'altro, nel farlo precipitare entro la paura, il terrore, il panico.

Più volte s'è detto che la simbolizzazione emozionale dell'"altro", dell'interlocutore entro la convivenza, è primitivamente articolata entro il binomio: amico – nemico. Più specificamente, l'amico è necessariamente caratterizzato dalla condivisione di un interesse per una "cosa terza". La "cosa terza" può essere il gioco (*homo ludens*), una delle prime e più importanti manifestazioni della condivisione. Il costruire è un modo per orientare la relazione a una cosa terza; così come l'approfondire un argomento, il conoscere un aspetto della realtà, l'elaborare categorie di conoscenza, il creare, il discutere; l'orientamento alla cosa terza comporta l'assunzione di ruoli, formali o informali; comporta l'elaborazione di differenti competenze, il gioco di squadra, il contribuire, da parte delle varie componenti di una struttura sociale, ad una impresa. L'altro, quando nella relazione non è presente l'interesse per una "cosa terza", è ineluttabilmente un nemico. Un nemico simbolico, in quanto, senza cosa terza, sembra imporsi nella relazione la dinamica "*mors tua, vita mea*" o il reciproco "*mors mea, vita tua*". Soltanto l'invenzione di una "cosa terza" consente di simbolizzare la relazione quale "*vita tua, vita mea*", o quale "*mors tua, mors mea*". La reciprocità simmetrica è possibile solo quando la stessa reciprocità è orientata entro la condivisione della "cosa terza". Senza reciprocità simmetrica, l'altro diviene ineluttabilmente un nemico, reale o potenziale.

Nella relazione con il nemico, evocare la paura nell'altro acquista un valore di rassicurazione importante; se l'altro ha paura (di me), ciò significa che io sono capace di renderlo impotente, quindi di neutralizzare la sua pericolosità nei miei confronti. "Io", in questo caso, significa una persona, un gruppo d'appartenenza, un'organizzazione, un sistema sociale, più spesso una banda delinquenziale. L'altro che ha paura è impotente nei miei confronti, quindi la sua pericolosità è neutralizzata. Lo sviluppo delle potenzialità dell'"altro" rappresenta un contributo importante per lo sviluppo della "cosa terza", in una relazione amica. La neutralizzazione dell'"altro" e delle sue potenzialità, incutere paura all'"altro", quale segnale della sua impotenza, è rassicurante nel caso della relazione nemica.

Il mettere paura, d'altro canto, non è soltanto rassicurante. Mettere paura all'altro evoca una sorta di piacere sadico. E' il piacere che si prova quando l'altro è alla tua mercé, quando l'impotenza dell'altro sembra consentire fantasie di onnipotenza in chi evoca la paura. Ciò rimanda alla crudeltà, quale manifestazione emozionale di chi indulge nell'indurre paura all'altro. Crudeltà che deriva da "crudo", quale espressione di una dimensione naturale da contrapporre alla cultura del "cotto", come ci ricorda Lévi – Strauss

---

<sup>3</sup> Si veda, per la nozione di condivisione: Carli R. (2012), L'affascinante illusione del possedere, l'obbligo rituale dello scambiare, la difficile arte del condividere, Rivista di Psicologia Clinica, 1, 285 – 303.

(1964). L'incutere paura comporta un impossessarsi dell'altro, una utilizzazione dell'impotenza quale occasione di possesso senza condizione, per "disporne a proprio piacimento"; ancora una volta un riferimento al piacere, associato alla fantasia di possesso dell'altro.

Ebbene, la paura è l'emozione che il criminale vuole evocare nella sua vittima. La criminalità organizzata fa, dell'incutere paura, il suo principale *modus operandi*. Si pensi, ad esempio, al paradosso di quella criminalità organizzata che chiede un compenso, a chi gestisce un'attività commerciale entro il "suo" territorio, per proteggerlo "da se stessa" e dalla minaccia di distruzione del luogo ove l'attività commerciale viene svolta. Il criminale si propone quale minaccia per il commerciante, e al contempo chiede un pagamento per proteggere il malcapitato da se stesso, dalla potenziale minaccia che il criminale intende rappresentare. Il "pizzo" è una sorta di messa in scena della paura; si chiede un pagamento all'altro, per non distruggerlo. La relazione criminale, quella mafiosa, camorrista o 'ndranghetista, è fondata sulla paura: una paura che domina i rapporti all'interno delle strutture criminali e che, al contempo, fonda il rapporto con le vittime dell'organizzazione criminale stessa. I rapporti gerarchici fondati su rituali ferrei, organizzati attorno all'obbedienza senza discussione; l'appartenenza obbligata, per cui chi "tradisce" paga con la vita, il sospetto continuo, le prove alle quali gli appartenenti sono sottoposti, tutto il sistema organizzativo criminale non è null'altro che un esercizio della minaccia volta a incutere paura. Per esorcizzare la paura, il criminale è indotto a esasperare la sua appartenenza fedele, sino al fanatismo che esercita la minaccia impaurente sui compagni da un lato, sulle vittime dall'altro. Il fanatismo è una risposta reattiva alla paura. Il sistema criminale trae l'unico piacere possibile, entro modi di relazione poveri e ripetitivi, dall'incutere paura quale segno della propria onnipotenza. E' l'impotenza di chi prova paura a far sentire onnipotente chi minaccia, chi incute paura. Ed è l'onnipotenza, emozione possibile grazie alla paura dell'altro, che evoca piacere.

Questo processo relazionale, che nasce dall'assenza della cosa terza e dall'onnipotenza impaurente, è lo stesso che i differenti personaggi "potenti" hanno perseguito, da sempre. Abbiamo proposto, tempo fa, di distinguere tra il potere della competenza e il potere incompetente. Ebbene, il potere incompetente si fonda sull'incutere paura all'"altro" e sul piacere che la paura dell'altro evoca, consente di provare.

Venendo alla storia più recente, alla distruzione del senso dello stato e alla corruzione regolatrice di ogni dimensione del nostro sistema sociale, tutto questo è stato possibile grazie all'esercizio della paura nell'"altro".

Il potere politico, così come quello economico, sono stati utilizzati entro una lotta per bande che aveva quale unico scopo, evidente, quello di dominare l'"altro", l'avversario, tramite la paura. Paura di cadere in disgrazia, di non essere considerati dal capo, di venire emarginati dalle opportunità di carriera, di crescita sociale; paura di essere messi da parte nel proscenio della spettacolarità importante, del presenzialismo prestigioso, dell'apparenza mondana. Ma anche paura di venire colpiti dalla diffamazione, di essere il capro espiatorio negli attacchi che, sempre più numerosi, i potenti sferrano tramite il controllo ferreo dei mass media; attacchi spesso micidiali nella loro distruttività. Paura di venir presi di mira nei propri affetti, nel proprio lavoro, nel proprio prestigio, nell'immagine sociale, in quella professionale o personale che si sono faticosamente costruite. Anche, paura di essere ammazzati, visto che la lotta per il potere non conosce limiti alla distruttività. La sguaiataggine gaudente si presenta spesso, in questa lotta per il potere senza esclusione di colpi, quale reazione alla paura incombente.

Per lunghi anni i sistemi di potere, nel nostro paese, sono assomigliati in modo impressionante al sistema della criminalità organizzata. Una somiglianza che, in qualche caso, ha visto la sovrapposizione e la coincidenza dei due sistemi, delle loro regole del gioco e dei loro obiettivi.



Interessa rilevare come il piacere derivante dall'incutere paura sia fine a se stesso, senza alcuna possibilità di sviluppo entro il sistema sociale. Ovviamente stiamo parlando dell'incutere paura a persone che non si configurano quali nemici, che non sono in lotta con chi vuole evocare paura, che convivono assieme a chi vuol minacciarli sino a far provare loro questa emozione d'impotenza. E' all'interno dei sistemi di convivenza che l'evocare paura comporta un sentimento di piacere. Con la paura, si sancisce che il potere ha soltanto obiettivi di distruzione, di minaccia, di persecutorietà; un potere senza alcun obiettivo di costruzione e di sviluppo, un potere che sancisce la superiorità dell'uno attraverso l'impotenza terrorizzata dell'altro.

Si può notare come sfiducia e paura siano le due facce della stessa medaglia. Rappresentano le emozioni caratterizzanti un sistema di convivenza ove si è perso il senso del convivere, ove vengono ignorati o negati gli obiettivi costruttivi e di sviluppo della convivenza, ove il potere senza competenza, il potere dell'uno sull'altro ha preso il posto delle relazioni orientate alla realizzazione e allo sviluppo di una cosa terza.

#### *Possedere e scambiare quali espressioni del potere*

Una sintesi di quanto sino ad ora abbiamo detto parla di una gestione della convivenza caratterizzata dal potere senza competenza.

L'uomo, si sa, è un animale sociale. L'uomo, quindi, è in qualche modo "obbligato" alla convivenza.

La convivenza umana, d'altro canto, non è retta dalla necessità istintuale, quanto dai modelli culturali che fanno, del convivere, un evento mutevole, iscritto nella storia e nella geografia delle comunità.

Come sempre, un'analisi del convivere è possibile solo tramite specifici criteri che consentano differenziazioni e analogie. L'approccio categoriale, con Bruner, è utile per differenziare eventi apparentemente simili, come per raggruppare eventi apparentemente diversi.

Raggruppare e differenziare: ecco due dimensioni utili per proporre un'analisi del convivere. Da sempre, la convivenza si è caratterizzata per i modi dell'uomo di *stare insieme* entro un gruppo d'appartenenza, e per i modi con i quali il proprio gruppo d'appartenenza si *differenzia* da altri gruppi. L'appartenere comporta il distinguere e il porre un confine, sufficientemente preciso, tra un dentro e un fuori, entro il contesto conosciuto. Questa distinzione è possibile solo quando, nel dentro, funziona un sistema delle relazioni di potere noto e praticabile da chi accetta l'appartenenza. Quel sistema di potere che non viene, di contro, riconosciuto nel fuori.

Questo aiuta a comprendere come il convivere sia fondato sui sistemi di potere che regolano la convivenza stessa. Il dentro, è questa una prima ipotesi, è possibile per un riconoscimento condiviso di dinamiche simboliche che definiscono l'alto e il basso nelle relazioni d'appartenenza. La categoria "alto - basso", d'altro canto, può apparire realistica nella relazione tra i genitori e il bambino (il bambino è piccolo, sta in basso nei confronti dei genitori che sono grandi), mentre deve necessariamente trasformarsi in categoria simbolica, per definire le relazioni di potere entro l'insieme del gruppo d'appartenenza. Un tempo, al re o ai principi ci si rivolgeva con l'appellativo di "sua altezza". Termini come "sua eccellenza" [*ex cellere* vale lo spingere fuori, quindi in alto], "sublime porta" [*sub limen* sta ad indicare ciò che è posto appena sotto la porta, quindi in alto; o, forse, *sub levare*, come alzare in alto] e via dicendo, sono tutti indicativi di una differenziazione tra chi sta in alto e chi sta in basso. I sistemi di potere, una volta stabiliti e accettati o imposti, mettono ordine entro il gruppo d'appartenenza. Ma non a tutti piace l'ordine prestabilito. Il potere, se non è finalizzato a un obiettivo condiviso da tutti, fondato sulla competenza, si fa

autoritario, vessatorio, provocando reazioni e dissidenza. Se pensiamo alla storia d'Europa, si può vedere come i sistemi d'appartenenza si siano, per lungo tempo, fondati sul potere della chiesa e su quello del re – imperatore. Poteri che hanno provocato guerre, morti, persecuzioni, torture, distruzioni, assieme a più rari momenti di pace e di prosperità, di accettazione reciproca. Inutile ricordare la santa inquisizione, la guerra dei cent'anni o quella dei trent'anni, i conflitti religiosi, la condizione degli ebrei soggetti a pogrom devastanti ben prima dei campi di concentramento nazisti, l'eterno conflitto tra Francia e Inghilterra, quello tra tedeschi e cechi in Boemia, le lotte tra cattolici, fedeli alla chiesa di Roma, e protestanti di diversi orientamenti, l'ossessione e la crudele repressione nei confronti delle eresie che hanno attraversato in varie epoche il vecchio continente, contro i donatisti, i catari o gli albigesi, contro gli ugonotti o i valdesi, gli hussiti, i fraticelli, i dolciniani: la storia della religione è costellata di atroci conflitti e di violenze senza fine.

Se poi guardiamo al potere secolare, le guerre, i conflitti, le distruzioni volte a sancire la supremazia di un potente su altri potenti, sono sconcertanti nel loro ripetersi senza soluzione di continuità. La rivoluzione francese segna una sorta di spartiacque tra le lotte intraprese da re o imperatori e le lotte tra nazioni, che segnano l'ottocento e il novecento, sino alla prima e alla seconda guerra mondiale. Yalta segnò la spartizione del mondo in due blocchi, al tempo troppo potenti, anche per via della bomba atomica che, come ricordava Fornari, sconsigliava la "logica": *mors tua, vita mea*. Ciò ha frenato la propensione dei due blocchi ad affrontarsi direttamente, avviando un conflitto che minacciava di essere reciprocamente devastante. Ma i conflitti non mancarono, dalla guerra di Corea a quella in Vietnam. Attualmente assistiamo a conflitti che, nella loro matrice religiosa, richiamano l'alto medioevo o il lunghissimo conflitto tra stati occidentali e impero ottomano.

In sintesi, la stabilità dei sistemi di appartenenza comporta l'affermarsi di specifici sistemi di potere che, nella loro tendenza egemonica ed elitaria, creano scontento, conflitto, repressione, al fine del mantenimento dello status quo; tendenza egemonica che, al contempo, motiva reazioni volte al cambiamento nella gestione del potere. L'appartenenza genera potere e il potere a sua volta genera appartenenza.

Questa relazione stretta tra appartenenza e potere, al fine di generare sistemi sociali ordinati, è fondata su specifiche ideologie. L'ideologia garantisce l'appartenenza, creando modelli di potere ideologicamente legittimati. Si pensi alla religione, all'ideologia escatologica rivoluzionaria che promette un mondo migliore e più giusto, un mondo fondato sull'amore e il rispetto reciproco se in questa vita si accetta l'obbedienza alla gerarchia. Ma si pensi anche all'ideologia escatologica rivoluzionaria marxista che, su basi quasi identiche, vuole l'obbedienza dell'oggi per facilitare il perseguimento di un mondo nuovo domani.

Le due dimensioni che organizzano le relazioni, entro i sistemi dei quali stiamo parlando, sono il possesso e lo scambio. Due dinamiche che non hanno fondamento nella realtà e che si radicano entro l'illusione di controllare l'"altro".

In un altro lavoro (Carli, op. cit.) abbiamo affermato che l'unica modalità con la quale si può manifestare il possesso, entro la realtà, è la distruzione dell'oggetto che ci si illude di possedere. Dalla schiavitù come illusione del possedere altri esseri umani, alla miope difesa dell'ortodossia che comporta il terrore esercitato con la sadica distruzione di chi devia dalla retta via; dai roghi dei libri proibiti o invisibili al potere, sino all'iconoclastia devastante della quale è spesso protagonista il fanatismo di ogni specie; dal plagio alla pedofilia o alle più disparate perversioni sessuali, la storia dell'uomo è costellata di fallimenti nella spinta emozionale a possedere e di reazioni distruttive, spesso violente quanto è stata violenta la frustrazione alla quale è sottoposto chi coltiva l'illusione di possedere. Il possedere sembra esprimere il bisogno di negare la separazione che ci rende, ineluttabilmente, soli nella nostra esperienza di vita e che ci costringe a stabilire legami tramite la fatica della relazione; una relazione che spesso si vuole evitare,

imboccando la scorciatoia del possedere. L'appartenenza può così trasformarsi in un'esperienza di preteso possesso. La "mia" famiglia, i "miei" collaboratori, i "miei" allievi, i "miei" amici, la "mia" signora, sono solo alcuni esempi di questa illusione di possedere; un'illusione che permea molte esperienze di appartenenza. Quando prevale il bisogno di possesso, l'appartenenza si trasforma nella fantasia di possesso nei confronti di qualcuno, o nella fantasia di essere il possesso di qualcuno.

E' la mancanza di un'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 si configura come 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, si pensa, altri vivono, sperimentano. 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.

Si è detto che l'oggetto invidiato assume, per chi lo invidia, connotazioni idealizzate. Nell'idealizzazione, d'altro canto, si ha un'identificazione dell'oggetto invidiato con chi possiede l'oggetto stesso. Si pensi all'invidiato "sangue blu" delle persone che appartengono alla nobiltà, 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 sentimento di esclusione 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 perché troppo grande, non alla sua portata; anela a qualcosa della quale non è degno, ma che altri, idealizzati, possiedono, quindi "sono", esistono. In quanto mitizzato, l'oggetto invidiato assurge a connotazioni infinite, perché 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.

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 s'imbocca 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. Il possesso, quindi, si fonda 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 statua che lui non possiede, ma sa che un altro possiede. Quell'assenza può rendere inutile la presenza delle statue 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 che si fonda sul possedere, quale meta angosciante e senza fine. Con l'invidia, basata come s'è visto sull'emozione di esclusione, ci si esime dal concorrere al possesso quale gara senza fine.

Lo scambio, nell'ottica che stiamo seguendo, è espressione di una relazione che, all'apparenza si basa su una transazione "reciprocamente conveniente" ma che, di fatto, può comportare un esito competitivo che si rivela come distruttivo e obbligante. Lo scambio, nelle società arcaiche studiate dagli antropologi e in particolare da Mauss, comporta una sorta di gara senza fine ove *dare, ricevere e ricambiare* fondano le parti "obbligate" dello scambio, inteso quale *modalità di transizione* tra possesso e reale scambio economico delle merci. Donare, in queste società arcaiche<sup>4</sup> 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.

In sintesi, possedere e scambiare sono modi di esercizio del potere che organizzano le relazioni entro il proprio sistema d'appartenenza e quelle tra gruppi diversi, vincolati dal "dono" quale dinamica di controllo dell'altro.

---

<sup>4</sup> Mauss conduce i suoi studi in specifiche aree geografiche: la Polinesia, la Melanesia e il Nord-ovest americano.

In una recente ricerca<sup>5</sup>, che intendeva studiare le dinamiche culturali caratterizzanti la popolazione della città di Roma nei confronti dei resti archeologici, è emerso un dato per noi sorprendente. E' stato rilevato un repertorio culturale caratterizzato dalla separazione tra potere e cultura: si condanna il perseguimento del potere fine a se stesso, si rifiuta di considerare l'appartenenza ai gruppi di potere quale unico modo di riuscita nella vita, si valorizzano la cultura e la ricerca del sapere che l'esperienza culturale consente, quale fonte di divertimento e di piacere esistenziale. In questa cultura, numericamente rilevante entro la popolazione che ha partecipato alla ricerca, il potere fine a se stesso viene considerato secondario, altamente problematico se assurge a obiettivo della propria vita; il perseguimento del potere è contrapposto al divertimento, alla gioia di vivere, all'arricchimento che l'esperienza culturale consente di sperimentare. Per la prima volta, nell'ambito di ricerche sulla cultura locale che il nostro gruppo ha sistematicamente realizzato negli ultimi quarant'anni, emerge una discontinuità nella valorizzazione, con gli anni sempre più evidente e condivisa, del potere e del suo perseguimento, quali obiettivi irrinunciabili da parte di chi ha aspirazioni di riuscita, di chi vuole "esistere" entro il sistema sociale. I resti archeologici, come il teatro, l'arte nelle sue differenti espressioni, la conoscenza culturale, il pensiero che si fa cultura, appaiono come gli obiettivi di una vita piacevole, serena, volta ad allontanarsi dal potere, nelle sue espressioni angoscianti e problematiche delle quali abbiamo parlato in queste pagine. Le persone che valorizzano la cultura, in contrapposizione alla ricerca del potere fine a se stesso, del potere incompetente, sono prevalentemente i giovani. Giovani che appaiono delusi e fortemente critici nei confronti delle espressioni più problematiche del potere, nell'ambito politico, economico, di gestione della pubblica amministrazione come dell'impresa privata, dei media o dell'informazione. Si tratta di giovani (under 35) che sembrano motivati da valori di conoscenza, in contrapposizione ai valori del possesso e dello scambio obbligante. La condivisione culturale e la partecipazione alla costruzione di cultura appaiono come le dimensioni che organizzano l'esperienza e gli obiettivi che la connotano.

E' interessante che, per la cultura della quale stiamo parlando, l'appartenenza ai gruppi di potere non sia più l'aspirazione privilegiata; si tratta di un cambiamento radicale e importante. Per lunghi anni il potere è stato l'unico riferimento idealizzato al quale tendere ad ogni costo, in quanto le persone e i gruppi sociali dotati di potere si sono proposti, anche grazie all'enfasi dei media, quale modello per tutti, in particolare per i giovani. Parliamo del potere di decidere sul destino di chi quel potere non ha; del potere di condurre una vita senza freni e inibizioni, di perseguire un lusso pacchiano ma invidiato, di sedurre e "godere" di esperienze erotiche, alimentando la speranza di una condivisione della ricchezza e del lusso; del potere di incutere paura a molti, di evocare fedeltà timorosa e ossequiosa, di essere ammirati, riveriti, invidiati, di suscitare reverenza e dipendenza; del potere di elargire privilegi, di condizionare la vita di molti, di impaurire e far soffrire i propri nemici, reali o più spesso supposti, nel perseguire un successo inevitabile e sbandierato, fondato sulla superbia illimitata, sulla sicurezza che il potere conferisce entro modi di vita acritici e violenti. Il potere, negli ultimi trent'anni del nostro paese, ha raggiunto limiti di spudoratezza impensabili, fondato sull'arroganza ignorante, sulla sfrontatezza incensata dagli innumerevoli corifei che, della lode al potere, hanno fatto un mestiere lucroso.

---

<sup>5</sup> Si tratta del progetto PRIN 2008: "Rilevazione della Cultura Locale entro le periferie urbane di Roma, nella rappresentazione dei resti archeologici", con la responsabilità scientifica di R. Carli sino al 2010 e di R.M. Paniccchia sino al termine della ricerca. Il progetto dell'Unità di Psicologia, è parte di un progetto più ampio, coordinato da Clementina Panella entro l'area di Scienze dell'antichità, filologico-letterarie e storico-artistiche, dal titolo: "Roma, città storica e periferie, tra ricerca archeologica integrata e partecipazione delle comunità locali".

Sembrava che questo girone infernale del potere, unico argomento trattato dai media e unico punto di riferimento identificatorio per milioni di cittadini, privati di ogni strumento di dibattito civile e di partecipazione culturale, fosse senza fine. Ebbene, all'interno della nostra ricerca è emersa una cultura, che possiamo definire giovanile, motivata a rompere con il potere imperante; al posto del potere, quel potere che la storia recente del paese ha privilegiato quale *modus vivendi* e punto di riferimento per molti, emerge la valorizzazione della cultura e del piacere insito nella conoscenza che la partecipazione alla cultura consente.

Si tratta di una cultura costruita, cosa terza entro relazioni orientate allo sviluppo, non di una cultura – spettacolo da fruire passivamente. Questo è, a nostro modo di vedere, un punto importante: il potere, con il passare degli anni, si è impossessato della cultura, trasformandola in evento spettacolare, fondato sulla contrapposizione tra amico e nemico. Troppo spesso gli uomini di cultura si sono piegati a questa esigenza, caratteristica dei poteri forti nel nostro paese come nel resto del mondo: quella di organizzare contrapposizioni culturali ove simbolizzare l'amico e il nemico, la cosa buona e quella cattiva, da rifiutare ovviamente, ove la dinamica culturale si riduce a sollecitazione di scelte radicali tra ciò che è d'obbligo sostenere e ciò che è d'obbligo condannare e rifiutare. Una sorta di film western, ove la contrapposizione tra il buono e il cattivo orienta la partecipazione emozionale al confronto culturale, fittizio, con il trionfo del buono e la miserevole fine del cattivo. Si tratta, in questo caso, di una sorta di finzione culturale, di montaggio spettacolare costruito con categorie povere di lettura della realtà, piegata alla semplificazione emozionale dicotomica. Niente più ambiguità, niente più incertezze e desiderio di approfondimento, sospensione del giudizio volta a consentire conoscenza, ricerca di aspetti nuovi, costruzione di ipotesi fondate sul paradigma indiziario e faticosa validazione o sconfirma delle ipotesi stesse, in una sequenza senza fine. Il resto archeologico può rappresentare una metafora eloquente di questo modo di fare cultura. Se si guarda al rudere, alle tracce di passate civiltà con curiosità e riorganizzazione storica degli eventi, si scoprono aspetti interessanti, sorprendenti della storia e delle vicende antiche. Un esempio: se si visita il Foro romano, nelle immediate adiacenze della Curia Julia, si vede ancora oggi una pietra nera (*lapis niger*) che la tradizione indica quale luogo della tomba di Romolo, il primo Re di Roma, o forse quale luogo in cui Romolo fu ucciso. Si fa risalire questo reperto archeologico al VI-VIII secolo avanti Cristo. Guardando poche decine di metri più avanti, si scorge una colonna alta un po' più di 13 metri, forse l'ultimo monumento onorario del Foro, dedicata all'imperatore bizantino Foca, nel 608. Tra i due reperti, il *lapis niger* e la colonna di Foca, intercorrono mille e trecento – mille e quattrocento anni circa. Si tratta della stessa distanza temporale che intercorre tra la colonna di Foca e i giorni nostri. I visitatori del Foro, d'altro canto, tendono ad assimilare quanto appare ai loro occhi in un'unica e assoluta continuità (la romanità) che, al contempo, viene vissuta in decisa discontinuità dall'oggi, da una realtà percepita come profondamente e radicalmente diversa dalla stessa romanità. Abbiamo provato, più volte, a ricordare il lasso temporale tra i due reperti, nel visitare il Foro con qualche amico, sconfirmando quell'uniformità simbolica. Abbiamo sempre provocato, con questo, curiosità e sconcerto al contempo. Una consapevolezza del rapporto temporale tra *lapis niger* e colonna di Foca serve a rendere più complessa, a rendere discontinua la "romanità", così come serve a creare un sentimento di maggior continuità tra quel periodo e il giorno d'oggi.

Questo esempio, nella sua semplicità, aiuta anche a cogliere la componente mitica e la componente storica del reperto archeologico, così come dell'arte in generale. Quando siamo nell'area del mito, la fruizione dell'opera d'arte, del resto archeologico come di un quadro, di un'orchestrazione musicale, di una città o di un paesaggio, sono passivamente ancorate a quanto il mito tramanda e impone, per certi versi, a chi dal mito stesso viene per così dire "parlato", entro un'ammirazione prescritta, un'inestricabile confusione tra

storia, vicende tramandate, tradizione interiorizzata grazie ai libri letti, ai discorsi sentiti, all'istruzione ricevuta, alle favole ascoltate sin da piccoli, a immagini prescritte. Viene alla mente il mito espresso dalla tautologia, che Roland Barthes sintetizza nella frase "Racine è Racine"; si potrebbe anche dire: "Giotto è Giotto" o "il Colosseo è il Colosseo". La tautologia, dice Barthes, è sempre aggressiva, significa una rabbiosa rottura tra l'intelligenza e il suo oggetto, l'arrogante minaccia di un ordine in cui non si deve pensare (Barthes, op. cit., p. 93). E ancora: "La tautologia dispensa dall'aver delle idee, ma nel contempo si gonfia a fare di questa licenza una dura legge morale; donde il suo successo: la pigrizia viene promossa al rango di rigore. Racine è Racine: meravigliosa sicurezza del niente." (Barthes, op. cit., p. 94).

La cultura giovanile della quale stiamo parlando è fondata su una trasgressione, dissacrante e divertente, dell'ingiunzione a desiderare il potere. Ci si sottrae alla seduzione del potere che intende possedere l'"altro", svelando l'imposizione che sta dietro a tale seduzione. Importante ricordare che l'invidia è limitata al possedere; si invidia chi persegue il possesso. Se si demistifica il possedere, evidenziandone la falsità, allora ci si può aprire alla relazione fondata sulla condivisione culturale, quindi alla relazione che fa della cultura una "cosa terza", da costruire assieme ad altri. L'"altro" diviene il compagno di viaggio nella costruzione e nella condivisione di dinamiche culturali partecipate.

Un esempio di condivisione divertita può essere dato dal romanico e dall'uso che, del romanico, può essere fatto da parte di chi vuol coinvolgere le persone in questa intensa e interessante manifestazione culturale. Si sa che il romanico ha proposto una complessa iconografia, ad esempio nelle figure inserite nei capitelli, nella decorazione della facciata o dell'abside delle chiese. Iconografia che appare ai nostri occhi, molto spesso, strana e inconsueta: fatta di animali inesistenti, immaginifici, di lotte tra umani e animali, di esseri dalla natura imprecisata, spesso in atteggiamenti esplicitamente amorosi ed erotizzati o violentemente aggressivi, di contaminazioni continue tra mondo umano, animale e vegetale. Queste iconografie ricorrono in ogni parte d'Europa, dalle cattedrali inglesi alle chiese francesi (si pensi, ad esempio, alle bellissime chiese romaniche della Saintonge, vicino alla costa atlantica, nella provincia di Poitou-Charente), a quelle italiane o spagnole dell'epoca. Spesso sono iconografie ricorrenti, che si possono ritrovare, del tutto simili, nelle più disparate regioni, dalle stavkirker norvegesi alle chiese francesi caratterizzate dall'influenza ugonotta, alle chiese dell'Italia settentrionale.

L'iconografia romanica può essere "spiegata" in continuità con l'ortodossia cattolica, vedendo in molte figure una traduzione criptica dei vangeli (così dice il modello "aristocratico" dell'arte romanica, per cui il clero si esprimeva con codici che avevano quale obiettivo quello di evitare la comprensione dei non iniziati, del popolo); oppure può essere intesa come rappresentazione, "semplicemente" fantasiosa, delle vicende canoniche, proprie della rappresentazione cattolica; ignorando quelle immagini, e sono spesso la maggior parte, non riconducibili a spiegazioni ortodosse. Il romanico, d'altro canto, può essere visto come una forma di continuità tra "paganesimo", ovvero le culture precedenti il cristianesimo, e cristianesimo; nell'ipotesi che il cristianesimo, dall'incontro con quelle culture, assuma una vitalità simbolica emozionante. Con l'instaurarsi delle ortodossie, peraltro, si pianifica una sorta di mortificazione della vitalità simbolica e artistica dei luoghi sacri. Questa seconda lettura prevede categorie in discontinuità con un'ortodossia che si vuole definita e consolidata, senza transazioni e senza ambiguità. E' proprio l'ambiguità, la fantasia, la contaminazione perturbante, l'imprevedibilità, l'emozionalità sconvolgente, l'apertura a questioni inedite che fanno, della decorazione romanica dei luoghi sacri, una delle espressioni più interessanti della creatività mai espresse dall'uomo. In questo esempio, lo sottolineiamo, fare cultura significa separare il potere dell'ortodossia dal piacere che deriva dalla trasgressione intelligente, colta; una trasgressione capace di sottrarre la chiesa quale luogo di culto, quindi la religione quale

pratica comunitaria, al potere di controllo e di imposizione educativa di un'iconologia che aveva ben altri scopi, più divertenti e interessanti.

### *Bibliografia*

Barthes, R. (1957). *Mythologies*. Paris: Editions du Seuil. [Trad. it. *Miti d'oggi*. Einaudi, 1974]

Carli, R. (2012). L'affascinante illusione del possedere, l'obbligo rituale dello scambiare, la difficile arte del condividere. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 285 – 303.

Lévi – Strauss, C. (1964). *Mythologiques, I: Le Cru et le cuit*. Paris: Plon.



## Malattia mentale e senso comune

di Renzo Carli\* e Rosa Maria Paniccia\*\*

L'assistenza alla malattia mentale si pone, da sempre, al bivio tra mandato sociale e psichiatria come pratica medica. In questa breve presentazione<sup>1</sup> del volume *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia* (Carli & Paniccia, 2011), ci proponiamo di esplorare alcune componenti del mandato sociale che fonda l'intervento di salute mentale.

Il mandato sociale prevede la designazione del malato mentale quale individuo che, con il suo comportamento "diverso", contribuisce al fallimento dei sistemi sociali conformisti. Il mandato sociale vuole l'isolamento, l'istituzionalizzazione di questa diversità, a tutela del sistema collusivo che regge la relazione sociale fondata sulle emozioni del senso comune. Il sistema sociale che presiede all'affermazione del senso comune, pretende che gli individui "non conformi" vengano assegnati ad una struttura professionale e organizzativa specializzata, volta a garantire, per quanto è possibile, la *restitutio ad integrum* di chi devia dal senso comune.

### *Il senso comune*

Il senso comune, se si guarda al problema con categorie psicologiche, ha la funzione di prescrivere le emozioni "corrette", nell'ambito dei differenti eventi dell'esperienza, entro una specifica cultura d'appartenenza. Il senso comune, quindi, prevede un rovesciamento della relazione tra emozioni e fatti. Sappiamo, nell'ottica psicoanalitica, che noi siamo in grado di costruire gli eventi tramite la simbolizzazione emozionale di specifici aspetti della realtà. La realtà, in altri termini, si propone a ciascuno di noi - in quanto individui appartenenti a specifiche culture - quale "evento", soltanto attraverso le emozioni con le quali noi simbolizziamo la realtà stessa. Non sono, quindi, gli eventi che evocano le emozioni; quanto le emozioni che costruiscono gli eventi. Se così non fosse, non avrebbe senso la complessa costruzione del senso comune, quale processo collusivo volto a prescrivere e tutelare il sistema emozionale condiviso socialmente.

In relazione alle emozioni prescritte dal senso comune, ciascuno di noi si trova necessariamente confrontato con la sua "normalità". Spesso, l'esperienza comporta una discrepanza tra le emozioni con le quali costruiamo gli eventi e le emozioni prescritte dal senso comune. Tale discrepanza nasce dal fatto che le nostre emozioni hanno una funzione costruttiva di eventi, mentre quelle del senso comune sono prescritte in funzione dell'evento stesso. Banalmente, l'attesa di un bambino è, per il senso comune, attesa di un *lieto evento*. Mentre il fatto di rimanere incinta, per una donna, può essere vissuto - quindi costruito - come evento che complica l'esistenza, che comporta problemi, sofferenze e incertezze. La discrepanza tra vissuto e emozione prescritta, può comportare reazioni emozionali complesse e, spesso, dolorose quali il senso di colpa, la vergogna, un sentimento di marginalità sociale o di inadeguatezza nel proprio adattamento. Se si guarda - in quest'ottica - alla problematica psichica, si può dire che ogni domanda di aiuto psicologico, ogni fenomenologia psichica nota come "disturbo emotivo comune", altro non sono che vissuti di

---

\* 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".

<sup>1</sup> L'Ordine degli psicologi della Campania ha organizzato, l'11 maggio del 2012, un incontro a Napoli - Istituto italiano per gli studi filosofici - tra psicologi e psichiatri, per discutere dei temi trattati nel volume *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia*, di Carli e Paniccia. L'incontro aveva quale tema. "L'evoluzione della domanda di aiuto e del rapporto tra utenza e servizi - Una questione e sei interlocutori: psicologi in cerca d'autore". Queste pagine fanno riferimento a quanto abbiamo detto nell'introduzione all'interessante incontro napoletano.

discrepanza tra le emozioni con le quali costruiamo gli eventi e quelle che il senso comune prescrive per quell'aspetto della realtà che abbiamo simbolizzato ad evento. La dinamica collusiva, in questa prospettiva di analisi, serve per condividere socialmente le emozioni con le quali costruiamo gli eventi: nell'ipotesi che le emozioni, se condivise collusivamente, corrispondano a quelle prescritte dal senso comune. Il senso comune, quindi, riveste una funzione importante nell'ambito della convivenza: consente una condivisione di regole, di buone maniere, di convenzioni sociali, l'insieme delle quali fonda la possibilità di convivere nel rispetto reciproco, entro l'adesione a usi, costumi, modelli culturali che caratterizzano specifici contesti. Il senso comune, quindi, è "comune" a una specifica cultura, della quale costituisce il fondamento portante.

### *Trasgressioni al senso comune*

Di fronte al senso comune, d'altro canto, sono possibili due ordini di trasgressione: da un lato trasgressioni alle regole del gioco che reggono la convivenza, e la conseguenza di queste trasgressioni è la "criminalizzazione" dell'individuo che agisce la trasgressione. Un esempio è la violazione della regola che fonda il diritto a veder tutelata la proprietà privata; l'autore di un furto, se scoperto e assicurato alla giustizia, verrà punito adeguatamente.

C'è pure, ed è il caso più frequente, la trasgressione alle emozioni prescritte dal senso comune: ci sono persone che costruiscono eventi emozionali del tutto discordanti da quanto, in relazione agli stessi eventi, è prescritto dal senso comune. Un esempio è quello dell'uomo di mezza età che non ce la fa a trattenere il riso, irrefrenabile, durante il funerale del padre. Vissuti emozionali discordanti da quelli del senso comune sono molto frequenti e possono caratterizzare l'esperienza di ciascuno di noi. Quante volte ci è capitato di provare noia durante un concerto "importante" o la rappresentazione di un'opera lirica della durata di molte ore, alla quale si assiste assieme a melomani trasognati e infaticabili? L'importante è il saper dissimulare la noia e mostrare, di fuori, quell'interesse entusiasta che l'evento culturale importante prevede in chi "ne capisce qualcosa". L'emozione discordante rischierebbe, se palesata, di mettere in crisi l'appartenenza a quella élite colta che sa apprezzare, senza remore, l'evento musicale. In alcune situazioni sociali "importanti" è anche possibile che *tutti* gli astanti di annoio, costretti a dissimulare la noia e a simulare interesse, al fine di aderire alle emozioni prescritte dal senso comune.

Il senso comune comporta emozioni curiose - perché manipolate dai "produttori" del senso comune stesso - capaci di stabilire relazioni problematiche tra dimensioni della realtà e emozioni. A Natale, è solo un esempio, tutti si sentono - in modo prescritto - "più buoni". E la bontà si esprime con il regalo, quindi con l'incremento dei consumi e l'affliggente dono di una cravatta sbagliata o di un paio di guanti che non s'indosseranno mai. Il Natale prevede la partecipazione "in famiglia" al pranzo cerimoniale o alla cena della vigilia; una partecipazione ove deve imperare la serenità e l'atmosfera soffusa della pubblicità del panettone; di fatto, la convivialità natalizia non evoca una valorizzazione delle presenze, vale a dire la valorizzazione di chi decide di partecipare all'evento, quanto "la conta" degli assenti, l'attenzione necessariamente rimproverante a chi non ha accettato, per i più svariati motivi, l'appello alla prescrizione: "Natale coi tuoi".

E' interessante che alcuni movimenti culturali si siano proposti quali modalità critiche nei confronti delle emozioni del senso comune. Si pensi, ad esempio, al movimento *bohémien*<sup>2</sup> caratterizzato da uno stile di vita non tradizionale, non aderente alle dinamiche emozionali del senso comune,

---

<sup>2</sup> Bohème, si pensi alla Carmen di Bizet o alla Bohème di Puccini, è un termine che deriva dall'emigrazione di studenti universitari "boemi" a Parigi. La guerra dei trent'anni (1618 - 1648) iniziò con una fase del conflitto - detta "boema" - conseguente alla defenestrazione di tre funzionari cattolici della municipalità praghese, da parte di un gruppo di protestanti hussiti. Questa fase si concluse con la sconfitta dei protestanti nella battaglia, svoltasi negli immediati dintorni della capitale, detta della Montagna Bianca, Bila Hora in boemo, del 1620. La conseguente azione controriformista colpì duramente gli sconfitti protestanti del movimento hussita. Molti boemi, in particolare studenti dell'università praghese, dovettero lasciare Praga per trasferirsi a Parigi, luogo più tollerante e accogliente. Questi studenti, squattrinati e creativi, conducevano una vita ben diversa da quella della borghesia parigina; spesso vivevano in luoghi frequentati dai gitani, noti per i loro liberi costumi e la loro stravaganza. Nel termine "bohémien", quindi, si coniugano le origini boeme dei primi emigranti seicenteschi e la confusione tra Boemia e zona d'origine degli zingari o gitani, di fatto dalla provenienza complessa, diffusa, comunque, in tutte le regioni slave della *middle* Europa.

adottato dagli artisti poveri e marginalizzati delle più importanti città europee. Si pensi al movimento *hippy* dell'inizio anni sessanta, diffuso nel mondo a partire dalle sue origini statunitensi. Potremmo continuare a lungo, perché il senso comune, invitando implicitamente al conformismo, ha avuto la capacità di generare numerosissimi movimenti anticonformisti, dal lontano passato ad oggi.

#### *Senso comune e conformismo*

Tra senso comune e conformismo, d'altro canto, c'è una profonda differenza.

Il senso comune prescrive emozioni, come è stato più volte sottolineato.

Il senso comune, in altri termini, tende a sostituirsi al singolo o al gruppo d'appartenenza, nella costruzione emozionale dell'evento; offre, di fatto, emozioni - per così dire - preconfezionate e prescritte, alle quali aderire. Il senso comune, quindi, si muove nell'ambito delle emozioni.

Il conformismo, di contro, prescrive comportamenti, non emozioni. Il comportamento conformista aderisce ai dettami del potere, con un adeguamento passivo e acritico a quanto i gruppi di potere prescrivono. Il conformismo è espressione del controllo sociale che i gruppi di potere intendono realizzare; un controllo sociale perseguito attraverso strumenti volti a facilitare l'interiorizzazione di modelli di comportamento, previsti e consoni alle aspettative di dipendenza, da parte di chi detiene il potere. Il senso comune è a fondamento della convivenza, tramite il convergere di emozioni, collusivamente condivise, in riferimento a specifici eventi della convivenza. Il conformismo, di contro, non facilita la convivenza, quanto la dipendenza di interi gruppi sociali a chi intende affermare o mantenere il proprio potere entro l'intero sistema sociale, piegato al conformismo.

Queste considerazioni, sia pur brevemente accennate, sembrano importanti per capire come si organizza il mandato sociale concernente l'assistenza alla malattia mentale o, se si vuole, lo stesso definirsi del malato mentale entro il sistema di convivenza.

#### *Malattia mentale e senso comune*

Il malato mentale non viola il conformismo, quanto il senso comune.

La violazione del conformismo ha a che fare con un'affermazione di libertà – da parte di un individuo o di un gruppo sociale - entro un sistema di controllo. Con la violazione del conformismo si può dare inizio a conflitti sociali, anche profondi e laceranti, capaci di mettere in discussione il sistema di potere al quale il conformismo è ancorato in quello specifico momento storico e in quel particolare contesto culturale. Si pensi, ad esempio, al movimento studentesco del 1968, al maggio francese e al periodo di profonda, diffusa contestazione che seguì agli eventi, primo fra tutti l'occupazione della torre degli uffici amministrativi all'università di Nanterre, volti a mettere in discussione il conformismo borghese caratterizzante la cultura francese dell'epoca e i gruppi di potere che la costituivano e la controllavano.

La violazione del senso comune, di contro, viene vissuta come *incomprensibile*, in quanto consente a un individuo o a un gruppo sociale di costruire, emozionalmente, eventi che non sono previsti entro la prescrizione emozionale del senso comune stesso.

Si pensi, è un esempio per noi eloquente di quanto stiamo dicendo, a una delle condizioni diagnostiche - proposte dal DSM IV - per la definizione del Disturbo Paranoide di Personalità:

- dubita, senza giustificazione, della lealtà o affidabilità di amici o colleghi (DSM IV, 1999, p. 696).

Il dubbio, lo sappiamo, è un'emozione. Dubitare dell'affidabilità di qualcuno è un buon esempio di costruzione di un evento, a partire dalla simbolizzazione emozionale dell'altro: chi prova l'emozione del dubbio, sta simbolizzando l'altro come inaffidabile, poco leale, pericoloso, quindi nemico. Il senso comune vuole che non si dubiti degli amici. E' la stessa definizione di "amico" che include l'assenza di dubbi circa la sua lealtà o affidabilità. Quando c'è qualche dubbio circa l'affidabilità o la lealtà di un interlocutore, questi entra all'interno della categoria emozionale

“nemico”. Dell’amico non si dubita, in quanto è la stessa emozione dell’affidarsi che costruisce l’evento “amico”. Il reciproco avviene per la costruzione dell’evento “nemico”<sup>3</sup>.

Di qui il bisogno, da parte degli autori del DSM IV, di aggiungere una specificazione per noi importante del dubbio, nel caso del Disturbo Paranoide di Personalità: si deve trattare di un dubbio “senza giustificazione”. Quando si dubita “senza giustificazione” di un amico, l’evento non è più comprensibile entro la dinamica del senso comune. L’interrogativo che consegue a questa specificazione, d’altro canto, è il seguente: da dove prende forma tale “giustificazione”, capace di rendere il dubbio più comprensibile e socialmente giustificato? Chi può dare origine a quella giustificazione senza la quale, è importante ricordarlo, si può parlare di disturbo paranoide di personalità per chi dubita dell’altro?

Ebbene, è evidente che con il criterio “senza giustificazione”, gli autori del DSM IV chiamano all’appello il senso comune. Il senso comune che distingue tra un dubbio comprensibile, perché giustificato, e un dubbio incomprensibile, capace di costruire eventi altrettanto incomprensibili nella personalità paranoide.

Dubitare dell’amico, a ben vedere, comporta l’impossibilità di costruire con lui un interesse per una cosa terza, quindi una produttività sociale. Ma di questo non si fa cenno del Manuale dei disturbi mentali. Il solo contravvenire ad un’emozione prescritta dal senso comune comporta, senza ulteriori specificazioni circa le conseguenze di tutto questo, la stigmatizzazione paranoicale.

Si potrebbe approfondire l’affermazione de DSM – IV, chiedendoci chi sia, di fatto, l’amico del quale non si deve dubitare; chi decide che l’altro sia amico o no. Ancora una volta soccorre il senso comune: esistono contesti, come il contesto familiare, ove le persone sono necessariamente e definitivamente amiche. E’ proprio entro i contesti familiari che, sovente, originano quelle manifestazioni emozionali che si sviluppano poi come malattie mentali.

Ma non basta l’emozione, nel nostro caso il dubbio, per fondare un disagio mentale. L’emozione implica, necessariamente, una sua trasformazione in comportamenti coerenti con la simbolizzazione emozionale della realtà. Nel caso del dubbio, si avranno comportamenti di diffidenza, di sfiducia, di aggressività, di deterioramento della figura amica della quale si dubita. Il comportamento si istituisce, quindi, come espressione visibile dell’emozione incomprensibile, perché volta a violare il senso comune.

#### *Malattia mentale e domanda d’aiuto psicologico*

Si è detto che la discrepanza tra emozioni vissute entro la costruzione collusiva degli eventi, e emozioni prescritte dal senso comune, comporta un disagio, una sorta di instabilità emozionale che motiva alla domanda di aiuto psicologico.

Ci sono, peraltro, anche situazioni in cui questa discrepanza non viene avvertita dalla persona o dal gruppo sociale.

In questi ultimi casi, manca nel singolo, come nel gruppo sociale, una consapevolezza della trasgressione nei confronti del senso comune.

---

<sup>3</sup> E’ importante sottolineare il differente destino delle due simbolizzazioni affettive dell’“altro”, quale *amico* o quale *nemico*. Quando l’altro è simbolizzato quale nemico, la relazione può esaurirsi entro tale simbolizzazione: con il nemico si sa cosa “fare”, il comportamento è la diretta conseguenza della simbolizzazione. Con il nemico, in altri termini, le due uniche possibili dinamiche comportamentali sono quelle della lotta o della fuga, come ci insegna Bion. Con il nemico, quindi, la relazione è diretta e fondata sulla sola connotazione emozionale nemica dell’altro. In pratica, la simbolizzazione nemica dell’altro comporta una sorta di legame indissolubile e emozionalmente impegnato, la costituzione di una “coppia fantasmatica” ove chi vive l’altro come nemico si lega fortemente a lui, fa della relazione con il nemico l’occupazione più rilevante della propria esistenza.

Ben diverso è il destino della relazione con l’amico. Della relazione con l’amico, a ben vedere, non si sa cosa farsene. Se la figura dell’altro, quale amico, si esaurisce nell’accezione del “non nemico”, una volta colta la dimensione rassicurante dell’assenza del nemico, sembra che ogni motivazione alla relazione venga meno. La relazione con l’amico, in altri termini, può avere un suo sviluppo, anche di grande rilievo fattuale, solo se dalla relazione si riesce a costruire l’interesse comune per una “cosa terza”. L’orientamento verso una cosa terza, è per noi di grande importanza questo rilievo, è possibile solo quando la relazione è caratterizzata dalla simbolizzazione, reciproca e “amica”, dell’altro.

E' questa, a nostro modo di vedere, la distinzione tra malati mentali (gravi) e sempre più diffusa domanda di aiuto psicologico. I malati mentali, così come vengono definiti sulla base di un rilievo pragmatico del disturbo, non sono "consapevoli" delle emozioni che violano il senso comune. Quando questa consapevolezza è attiva, allora ci si trova confrontati con i "disturbi emotivi comuni", quindi con una domanda di aiuto psicologico.

Questa distinzione fonda l'intervento psichiatrico da un lato, quello psicologico dall'altro, entro l'assistenza nei servizi di salute mentale.

Sappiamo che le due situazioni alle quali facciamo riferimento, consapevolezza o meno della trasgressione emozionale al senso comune, non sono fondate su criteri strettamente "diagnostici", concernenti la malattia mentale. Si tratta di un criterio che si situa a monte della diagnosi, quindi della definizione di malattia mentale. Si tratta, anche, di un criterio a forte valenza pragmatica: per chi non è consapevole del proprio scostarsi dal senso comune, sono previsti interventi capaci di operare indipendentemente dalla relazione terapeutica e dal processo del pensare emozioni; interventi che vanno dal Trattamento Sanitario Obbligatorio alla prescrizione di psicofarmaci. La mancanza di consapevolezza, in altre parole, fonda l'assenza di una domanda d'intervento. E' questa la travagliata storia della psichiatria moderna: prende origine dalla necessità di operare in assenza di una domanda diretta e personale d'intervento. Questo pone la psichiatria in una posizione di potere "violento", in quanto rispondente ad una committenza che non è della "persona malata" ma del contesto entro il quale il malato "designato" è tale, perché capace di far fallire ogni tentativo di collusione volta alla convivenza.

### *Pensare emozioni*

Diamo uno sguardo ai "Criteri diagnostici per il Disturbo Paranoide di Personalità" del DSM – IV nella loro interezza:

A. Diffidenza e sospettosità pervasive nei confronti degli altri (tanto che le loro intenzioni vengono interpretate come malevole) che iniziano nella prima età adulta e sono presenti in una varietà di contesti, come indicato da quattro (o più) dei seguenti elementi:

1. Sospetta, *senza una base sufficiente*<sup>4</sup>, di essere sfruttato, danneggiato o ingannato.
2. Dubita *senza giustificazione* della lealtà o affidabilità di amici o colleghi.
3. ' riluttante a confidarsi con gli altri, a causa di un timore *ingiustificato* che le informazioni possano essere usate contro di lui.
4. Scorge significati nascosti umilianti o minacciosi in rimproveri o altri eventi *benevoli*.
5. Porta costante rancore, cioè *non perdona* gli insulti, le ingiurie o le offese.
6. Percepisce attacchi al proprio ruolo o reputazione *non evidenti agli altri*, ed è pronto a reagire con rabbia o contrattaccare.
7. Sospetta in modo ricorrente, *senza giustificazione*, della fedeltà del coniuge o del partner sessuale.

B. Non si manifesta esclusivamente durante il decorso della Schizofrenia, di un Disturbo dell'Umore con Manifestazioni Psicotiche o di un altro Disturbo Psicotico, e non è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una condizione medica generale.

Nota. Se i criteri risultano soddisfatti prima dell'esordio della Schizofrenia, aggiungere "Premorboso", per es., "Disturbo Paranoide di Personalità (Premorboso)".

Si tratta, lo ripetiamo di condizioni diagnostiche fondate sul *provare emozioni*: sospettare, percepire attacchi, portare rancore, sentirsi umiliati, sentirsi minacciati, provare timore di venire attaccato, provare dubbi. Emozioni che tutti noi possiamo provare, emozioni che usualmente

---

<sup>4</sup> Il corsivo, nei differenti elementi proposti per la definizione del disturbo, sono nostri. Stanno ad indicare l'elemento valutativo, proposto tramite dimensioni del senso comune, che sostituisce il rilievo semeiotico della medicina generale. Qui, ai dati individuali comparati con il dato generale che definisce la gamma di "normalità" statisticamente e clinicamente definita (ad esempio i valori "normali" di glicemia, di pressione arteriosa minima, di colesterolo ematico), si sostituisce la nozione di "giustificazione" sociale, fondata sulle emozioni del senso comune, della quale lo psichiatra si fa portatore e garante.

proviamo nella costruzione emozionale degli eventi che ci concernono. Emozioni che, nel caso del disturbo in analisi, sono *ingiustificate*.

Questa *non giustificazione* delle emozioni, peraltro, non è decisa da chi prova le emozioni stesse. Se una persona o un gruppo sociale fossero in grado di “pensare emozioni”, potrebbero cogliere l'inadeguatezza di un'emozione di gelosia, di minaccia da parte dell'altro, di sospetto. Il pensare emozioni consente di guardare con ironia alle dinamiche emozionali con le quali tendiamo a costruire le nostre relazioni sociali, il nostro rapporto con l'altro. E' dal pensare emozioni che può sorgere la domanda di aiuto psicologico: l'intervento dello psicologo clinico, in ultima analisi, si propone quale aiuto al pensare emozioni.

La malattia mentale, quindi, può essere definita come un problema a pensare emozioni.

Le emozioni che definiscono il disturbo paranoide, a ben vedere, non sono problematiche perché ingiustificate, quanto perché non sono pensate, ma agite.

Le emozioni, in sintesi, sono uno strumento potente e indispensabile per costruire la nostra relazione con la realtà, trasformando in eventi emozionati gli aspetti del reale con i quali entriamo in relazione. Ma il destino delle emozioni può essere quello dell'essere pensate o dell'essere agite. Quando le emozioni sono pensate, siamo in grado di programmare un'azione conseguente al costruito emozionale passato al vaglio del pensiero, a sua volta emozionato. Pensare emozioni significa conoscere il contesto entro il quale costruiamo gli eventi emozionati, anticipare le risposte del contesto alle nostre emozioni, integrare le nostre emozioni con quelle di chi incontriamo relazionalmente entro il contesto stesso, costruire dinamiche collusive utili all'individuazione di una cosa terza alla quale finalizzare le nostre e le altrui emozioni, interagire entro sistemi costruiti di convivenza.

Quando le emozioni non sono pensate, vengono agite. Senza una conoscenza del contesto, le nostre emozioni vengono proposte all'"altro" prive di una costruzione collusiva, utile per la loro comprensione e per la convivenza. La risposta sociale può essere, allora, quella della diagnosi e della stigmatizzazione volta a segnare l'incomprensibilità di quanto viene proposto emozionalmente.

Nel caso di un problema a pensare emozioni, d'altro canto, la psichiatria può intervenire soltanto tramite “azioni”, non modi d'aiuto a pensare emozioni. Queste azioni, come abbiamo detto, vanno dal TSO alla prescrizione e alla somministrazione di psicofarmaci. Somministrazione che può essere fatta, a volte, ad un malato mentale consenziente; spesso, peraltro, si tratta di una somministrazione forzata, ad un malato che non accetta di essere tale e rifiuta l'assunzione di farmaci. Si può allora capire come l'agire psichiatrico differisca radicalmente dall'intervento psicologico clinico, entro l'area della salute mentale. Si tratta di un intervento agito nel caso della psichiatria; di un aiuto a pensare emozioni, nel caso della psicologia clinica.

C'è un problema, al proposito. Concerne l'interrogativo circa la pensabilità delle emozioni anche nei casi di malattia mentale grave, quindi di un deficit in questa funzione, centrale per l'uso adattivo delle emozioni stesse. Riteniamo che il pensare emozioni sia possibile anche per i “malati gravi”, entro le loro relazioni comunitarie. L'isolamento del malato mentale, il costringerlo entro un rapporto duale con lo psichiatra che fa diagnosi e prescrive terapie, rende impossibile un pensiero sulle proprie emozioni; impossibilità che vale sia per il malato che per lo psichiatra.

L'inserimento dei malati mentali gravi entro contesti di relazione comunitaria, può aiutare a sviluppare una competenza a pensare emozioni. Si tratta di un obiettivo difficile, ma possibile per chi si ponga il pensare emozioni quale obiettivo del proprio intervento entro le relazioni comunitarie.

### *Bibliografia*

American Psychiatric Association, (1999). *DSM – IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Masson.

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.

## Una questione e sei interlocutori: psicologi in cerca d'autore

di Maria Francesca Freda\*

Vorrei solo brevemente introdurre il titolo della nostra giornata... raccontare di una citazione poetica generatasi, non cercata, nei discorsi fatti intorno ad un tavolo, tra gli organizzatori di questa giornata.

Questa frase: *Una questione sei interlocutori, psicologi in cerca d'autore* compare come appunto, scritto su uno dei fogli in cui riportavamo idee, nomi, tematiche da trattare. Si trattava di un'idea destinata a sparire a favore di un titolo più serio e strutturato, se non che in quegli stessi giorni, leggendo il libro di Carla Melazzini, mi imbatto nel racconto di un episodio che non conoscevo: il 9 maggio del 1921, al teatro Valle di Roma, la prima rappresentazione dell'opera di Pirandello, *Sei personaggi in cerca di autore*, viene accolta da un pubblico indignato al grido incessante di: "manicomio è un manicomio... "

Beh! inutile dire, l'associazione mi lascia attonita, Manicomio perché manicomio? Inizio a leggere qua e là, riprendo l'opera, mi metto sulle tracce di un senso: l'opera di Pirandello si muove come una provocazione, scuote i confini, i limiti che separano il manicomio da ciò che ad esso è esterno. L'opera di Pirandello pretende, che il quotidiano non sia considerato reale e certo, bensì un palcoscenico in cui si muovono molte realtà... Con Pirandello irrompono nel quotidiano dimensioni che non sembravano appartenere, dimensioni che appartenevano, appunto, al manicomio.

Molta strada è stata fatta da quel 1921, quei confini sono stati discussi, in parte abbattuti. Oggi ci troviamo confrontati con un movimento inverso, tra i confini più flessibili e variegati dei servizi si infila il quotidiano, si infiltrano drammi non raccontabili da una categoria diagnostica, non del tutto interpretabili in categorie psicopatologiche, il dramma del quotidiano cerca un autore.

I sei personaggi cercano un palcoscenico in cui sia possibile raccontare il loro dramma, dramma inteso quale ragion d'essere, funzione vitale, condizione di esistenza. Agiscono la fissità del proprio ruolo, ma non accettano che essa sia piegata alle necessità del teatro.

Certo parliamo di vicende umane, di quelle degli psicologi, dei nostri utenti ma stiamo parlando anche delle vicende di una disciplina, di una psicologia clinica incarnata in ruoli, in procedure, in servizi; in questa giornata, grazie al contributo di Renzo Carli e Rosa Maria Paniccia parliamo di una psicologia clinica collocata, come i sei personaggi, in uno stadio intermedio di creazione, generata e trasformata nella fantasia e nei pensieri di studiosi, uno stadio in cui si aprono importanti potenzialità.

---

\* Prof. Associato di Psicologia Clinica. Università degli Studi di Napoli Federico II.  
Rivista di Psicologia Clinica n.2 – 2012

## La psicologia nelle unità operative di psicologia clinica

di Ester Ricciardelli\*

Abbiamo lavorato, insieme con i colleghi del 'gruppo resoconto napoletano'<sup>1</sup>, all'organizzazione di questa giornata, riflettendo insieme sul libro che oggi viene presentato e, specificamente, su come si sia trasformata, nel tempo e nell'esperienza di ognuno, la domanda di aiuto che viene portata dall'utenza dei servizi pubblici alle professionalità psicologica e psichiatrica. Lavoro da circa quindici anni in un'unità operativa di psicologia clinica e pertanto mi è stato chiesto di portare una riflessione sull'operatività psicologico-clinica in questo contesto organizzativo; nel processo di messa a fuoco di tale operatività con le relative considerazioni, mi sono accorta che di continuo tornavo con la memoria ai contesti lavorativi nei quali avevo lavorato precedentemente, alle professionalità con cui avevo avuto a che fare, agli utenti, alle diversità o alle similarità che mi sembrava di rilevare rispetto alla situazione attuale. Ho pensato, allora, che il motivo di questa suggestione biografica potesse risiedere nel fatto che le tappe salienti consumate all'interno dei contesti entro i quali ho lavorato, tutti all'interno del SSN, sembrano rappresentare, per così dire, un percorso a fasi nell'ambito di almeno due tipologie di cultura locale, così come vengono descritte e analizzate nel libro di Renzo Carli e Rosa Maria Paniccia (2011). Tali fasi rappresenterebbero anche il riepilogo, fin qui, della faticosa elaborazione - e di una non meno faticosa ricerca di un'operatività conseguente - relativa a uno spostamento entro modi diversi di operare dello psicologo: dal 'paradigma individualista' a quello che, invece, considera la centralità del contesto quale premessa imprescindibile, sul piano teorico e metodologico, di ogni intervento competente.

Ho cominciato a lavorare nel servizio pubblico grazie a un concorso – uno degli ultimi in questa Regione - di una USL che doveva reclutare tutte le diverse professionalità necessarie all'organizzazione del CSM, ossia l'organizzazione territoriale dell'assistenza psichiatrica, per realizzare in primo luogo il reinserimento dei malati mentali dimessi dai manicomi. Correvano gli anni '90/'91: la Regione Campania fu tra le ultime regioni, se non l'ultima, a rendere operativo il dettato legislativo della L. 180. L'equipe che prese forma, a concorsi ultimati, non era di quelle a risorse limitate: più di 50 operatori; gli psichiatri provenivano in larga parte dalla psichiatria accademica, con un'esigua rappresentanza di militanti provenienti dall'anti-psichiatria e con un consistente gruppo – parlo degli assistenti medici – senza formazione specialistica in psichiatria. Tra gli infermieri, due con esperienze tutte dentro il manicomio, mentre tutti gli altri erano al primo impiego o provenienti da regioni del Nord dove avevano lavorato in ospedale generale. L'intera equipe ha mostrato, sin dall'inizio, difficoltà nell'operare sul territorio, almeno nell'accezione del concetto così come è utilizzato in questo volume, ossia di una prassi orientata a 'cogliere il senso contestuale di un comportamento problematico' (Carli & Paniccia, op. cit.); questo sia con i pazienti manicomiali da reinserire nel tessuto familiare e sociale, sia con i nuovi cronici, meno che mai con quei pazienti che sarebbero poi stati definiti 'con disturbi emotivi comuni'. La ragione di una tale

---

\* Dirigente psicologo ASL NA 1 centro U.O. psicologia clinica.

<sup>1</sup> E' uno dei gruppi di lavoro sulla *resocontazione come metodo di intervento in psicologia clinica* attivi dal 2007 a Roma e a Napoli su iniziativa della Rivista di Psicologia Clinica.



difficoltà dell'operare risiede in una molteplicità di cause sulle quali ognuno di noi che ha fatto quell'esperienza credo continui ad interrogarsi; ma la lettura di questo volume credo abbia dato a questa riflessione un vertice nuovo e proficuo da cui guardare alle cose. Ripensando a quella vicenda lavorativa da questa prospettiva, mi sembra che gli operatori possano essere ricondotti a tre fondamentali gruppi, due dei quali considerati in relazione a una gerarchia vissuta come autoritaria, ossia "che richiede dipendenza acritica e accondiscendenza" (Carli & Paniccia, op. cit.), una gerarchia non in grado di motivare al lavoro né di valorizzare le risorse umane presenti nel CSM. Un primo gruppo, formato dagli psichiatri tradizionali, da buona parte degli assistenti medici senza preparazione specialistica e da un'ampia rappresentanza di infermieri, tutti accomunati da una posizione di medicalizzazione dell'utenza; una tale posizione epistemologica per gli psichiatri formati rappresentava l'unica modalità per entrare in relazione con il paziente e per quelli non formati costituiva una rassicurazione sul fatto che non ci fosse poi grande differenza tra il paradigma del modello medico – sintomi, diagnosi fondata sull'eziopatogenesi, terapia, prognosi – e quello di una psichiatria tutta centrata sui fondamenti neurobiologici, sulle nuove molecole proposte dalle case farmaceutiche, sulle modalità più efficaci di realizzare un ricovero. Un secondo gruppo, in opposizione al primo, caratterizzato da una modalità relazionale rabbiosa e polemica nei confronti della gerarchia, sentita come incompetente e mortificante e vissuta come sostanzialmente indifferente alle sorti sia dell'utenza che dell'equipe; a questo gruppo appartenevano parte degli psicologi, gli psichiatri più ideologizzati, qualche infermiere. Un terzo gruppo infine formato da persone sostanzialmente disinteressate alle sorti del CSM, percepito come un luogo senza potere vero e considerato quindi una stazione di passaggio per poter approdare a sedi considerate più interessanti e prestigiose.

Gli psicologi si occupavano dell'utenza sostanzialmente con la stessa ottica dello psichiatra e cioè attraverso la lente della psicopatologia e dentro una cultura orientata alla cura degli individui sofferenti; si dedicavano perlopiù all'intervento psicoterapeutico di alcuni utenti, quelli meno inconsapevoli della loro emozionalità e quelli più 'evoluti', che chiedevano in prima persona una consulenza psicologica. Questa competenza dello psicologo ne implicava parallelamente un'altra, quella di protezione dello spazio e della funzione: poteva succedere che nella stanza di terapia facessero irruzione pazienti più gravi, un collega psichiatra impegnato in un'emergenza e quindi legittimato, un infermiere ignorante delle regole del setting e quindi comprensibilmente incurante. Era necessario inoltre sapersi proteggere dalle accuse reiterate che venivano fatte agli psicologi un po' da ogni parte, accuse di non volersi sporcare le mani con le emergenze, con le situazioni pregne di emozionalità, con ciò di cui si fa carico la psichiatria 'vera', la sola che è capace di ricevere e dare senso al mandato sociale di contenere e ridurre l'imprevedibilità e la pericolosità del malato mentale. D'altronde credo che in un servizio così orientato alla medicalizzazione della domanda e così concentrato sull'agire puntualmente il mandato sociale ricevuto e quindi a dare risposte, la posizione dello psicologo/psicoterapeuta, fortemente posizionata sulla riflessione, non poteva avere facile sorte.

Per quanto mi riguarda, l'occasione di andare via dal CSM si è fatta aspettare ma alla fine è arrivata e lo spostamento è stato di quelli fatti apposta per realizzare una fantasia: un servizio senza psichiatri, senza infermieri, senza assistenti sociali, insomma solo psicologi nudi e puri. Anche il nome del servizio "Psicologia clinica, psicoterapia e formazione psicodinamica" confortava immediatamente sulla fortuna del cambiamento, c'erano tutti gli ingredienti giusti, persino la formazione e non ci si doveva neanche sentire in colpa. Già altrove è stata descritta l'origine delle UU.OO. di Psicologia Clinica nella Asl Na 1 (cfr. Bozzaotra et al., 2009) e in quell'occasione si è detto di come, per lungo tempo le U.O. di Psicologia Clinica siano state percepite come luoghi di privilegio e noi che ci lavoriamo "ammirati e invidiati".

Nella U.O. di psicologia clinica si modificano quindi le condizioni di lavoro, cambiano gli obiettivi, ci sembra di aver creato le condizioni di uno sviluppo professionale; come pensare di star facendo un salto di cultura, il passare dal cluster 2 al cluster 3 della ricerca illustrata nel libro, ma mi piacerebbe discutere con gli autori di quanto possa essere legittima una simbolizzazione di questo tipo. Abbiamo comunque l'idea di un servizio che funzioni, di avere grandemente a cuore l'utenza, di avere una tecnicità competente, attenzione al lavoro di equipe, finalmente attenzione per la *relazione*. Ci si occupa prevalentemente di ciò di cui non si occupa la psichiatria, i cosiddetti 'disturbi emotivi comuni', non si affrontano le urgenze né le situazioni gravi – e questo sembra scontato sin dalla istituzione della U.O., che originariamente nasce come una costola di un Centro di Salute Mentale. Certo, la peculiarità della UOPC è di non avere un chiaro mandato istituzionale, forse di non avercelo per nulla e questo rende immediatamente la tecnicità competente svuotata di senso e comunque senza alcun potere negoziale nei confronti di chicchessia (management dell'azienda, altre agenzie sul territorio, altri servizi e/o reparti all'interno dell'Azienda); non ce ne rendiamo conto subito e il fatto che nessuno ci chieda nulla alimenta anzi la fantasia di essere liberi e creativi, di avere ampi gradi di libertà nel fissare gli obiettivi produttivi, nell'adozione delle procedure atte al loro raggiungimento, nella possibilità di scegliere qualsiasi progetto, nell'ambito dei compiti fissati dal PSN (Bozzaotra et al., op. cit.). A guardarla dal vertice odierno mi sembra che anche la tanto celebrata attenzione all'utente e alle sue istanze rappresenti qualcosa che ci consente di esistere, l'utente dà senso alla nostra presenza nell'organizzazione produttiva e alla nostra competenza; pensiamo di dare ascolto alla sua richiesta e di allestire per lui e con lui uno spazio di riflessione sul suo problema, ma in realtà abbiamo bisogno di lui, abbiamo bisogno che con la sua richiesta legittimi la nostra esistenza di psicologi in quel luogo. Ne abbiamo bisogno allo stesso modo di come la psichiatria tradizionale e quella militante hanno bisogno del malato mentale, l'una per confermare e consolidare il potere della conoscenza che detiene, l'altra per denunciare la natura politica e sociale della stigmatizzazione diagnostica. Per di più, per esplicitare adeguatamente la nostra competenza, abbiamo bisogno di operare una scissione: dobbiamo azzerare le variabili contestuali entro cui si colloca il problema dell'utente e considerare di esse il solo aspetto di vissuto emozionale, del quale ci occupiamo nei setting psicoterapeutici.

Anche questa fase è stata superata, come si è già detto altrove; comprendendo quanto la nostra modalità di lavoro all'interno dell'Azienda ci destinasse all'estinzione, siamo usciti dalle stanze, abbiamo connesso organizzazioni sul territorio che lavorano intorno alla stessa utenza, abbiamo costruito modalità di lavoro improntate alla cooperazione; attraverso il collegamento con altre agenzie sociali e altri servizi dell'Azienda abbiamo cominciato a definire il mandato istituzionale e i compiti d'istituto delle U.O. di psicologia clinica, abbiamo costruito nuove committenze, abbiamo cominciato a riflettere sull'agire psicologico e – per dirla con Sergio Salvatore – sulla obsolescenza del modo di concepire la conoscenza psicologica e dunque la funzione professionale che tale conoscenza alimenta ed orienta, riflessione che non può non condurre a un salto di paradigma: una revisione degli assunti fondanti i modelli della conoscenza e dell'agire psicologico (Salvatore, 2006).

La spinta per un'ulteriore revisione di tali modelli – ma mi piace pensare a una sorta di manutenzione, necessaria a un veicolo che ha già fatto un bel po' di strada, ma che ancora ne deve fare – ci proviene, come spesso succede, da nuove domande e dalla nostra difficoltà di trattarle. Ci viene richiesto, dal Tribunale dei Minorenni e attraverso i Servizi Sociali territoriali, di occuparci di 'genitori incompetenti', quei genitori cioè che, antepoendo le proprie esigenze – emozionali, economiche, organizzative – a quelle dei figli, ne compromettono il sano sviluppo e devono quindi imparare o re-imparare a fare i genitori! Ci vengono quindi inviati affinché noi

effettuiamo una valutazione del grado di inadeguatezza e offriamo loro “un ‘sostegno’ alle competenze genitoriali”, questa la dizione abitualmente utilizzata nei decreti o nelle ordinanze del TM.

Su di un altro versante – ma non così lontano da quest’ultimo – quattro psicologhe della nostra U.O., insieme a una quinta dell’ufficio sociosanitario distrettuale, sono chiamate dalla direzione aziendale ad aprire uno sportello antiviolenza presso il PS dell’Ospedale S. Maria di Loreto. Lo sportello, in collaborazione con i medici di PS, offre ascolto immediato alle donne refertate e inviate dallo stesso PS per lesioni o traumi, fisici o psichici, procurati da maschi violenti; casomai attiva al contempo un percorso teso a proteggere la donna attraverso l’asilo in una casa famiglia e a costringere il violento alla resa attraverso la mobilitazione della giustizia e dei suoi diversi attori. E’ evidente come entrambe le richieste poste al nostro agire psicologico considerino il disagio – la violenza, l’incompetenza genitoriale – un problema individuale, un male che è dentro le persone e che può essere curato da professionisti muniti di tecniche competenti piuttosto che un problema sociale, un problema di convivenza. E’ evidente altresì quanto entrambe le richieste sollecitino in maniera forte la dimensione etica personale degli operatori chiamati ad intervenire e quanto intendano richiamare dentro ognuno di essi una presunta normalità verso la quale ricondurre i devianti, attraverso un intervento in entrambi i casi ortopedico. Ancora una volta il rischio, malgrado la collaborazione con le altre agenzie sociali, con gli altri operatori – è quello di confinarsi in una dinamica che ci vede o adempiere o contrapporci in maniera polemica, che ci induce a pensare interventi grandiosi o ci respinge nell’insoddisfazione e nell’impotenza. Allora “il perché, il dove, il come e il chi” diventano questioni cruciali, a maggior ragione quando non ci confrontiamo con il caso quanto piuttosto con l’evento critico e con il coinvolgimento emozionale delle varie componenti organizzative che partecipano alla dinamica clinica motivata dal caso (Carli & Paniccia, op. cit.)

Dove si situa allora una prospettiva di sviluppo professionale? Il discorso dell’attenzione al cliente interno mi sembrava molto interessante anche in questo senso e mi piacerebbe avere un riscontro dagli autori, una chiarificazione rispetto a chi possa essere per esempio considerato cliente esterno negli eventi critici; ciò che infine mi appare ineludibile è quella ‘consapevolezza culturale’ di cui si parla nell’ultima parte del libro, che metta gli psicologi clinici non più in un ruolo di assenti pensanti, ma piuttosto in quello di presenze pensanti e partecipanti.

### *Bibliografia*

Bozzaotra, A., Foglia, M., Ricciardelli, E., & Rubino, A. (2009). Intervento alle Giornate Napoletane del Gruppo Resoconto, Consultato su [http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/sez\\_riservate/Giornate.htm](http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/sez_riservate/Giornate.htm)

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 Editore.

Salvatore, S. (2006). Modelli della conoscenza ed agire psicologico. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2/3, 121-134.

**Formazione, Ricerca e Processi di Cura in Psicologia Clinica: alcune note a margine del libro di Renzo Carli e Rosa Maria Paniccia “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”**

di Roberto Vitelli\*

«Il libro, finché resta davanti a noi non letto, è una raccolta di saggi e discorsi. Per il lettore, esso potrebbe divenire una unità che non si deve più preoccupare dell'unificazione dei vari pezzi. Il lettore si vedrebbe condotto su una via, che un autore ha percorso prima di lui, fungendo così, in caso di riuscita, come *auctor*, cioè come uno che provoca un *augere*, una crescita. [...]

Un autore che si impegna su cammini di pensiero può al massimo indicare (*weisen*), senza tuttavia essere egli stesso un saggio (*Weiser*), nel senso del *σοφος*. [...]

Mentre il pensiero rappresentativo corrente, tecnico nel senso più ampio della parola, vuole sempre andare avanti e trascina con sé ogni cosa, i cammini dell'indicazione aprono talvolta una prospettiva su un unico massiccio, un unico raccolto riparo (*Ge-birg*)».

(Heidegger, 1954, p.1)

La lettura di un testo produce sempre nel lettore un'operazione di decostruzione e ricostruzione dello stesso a partire dal proprio vertice osservazionale, in altre parole una messa in prospettiva delle parole dell'autore a partire dalla propria soggettività. È, dunque, a partire dalla mia personale esperienza che proverò a tracciare alcuni spunti di riflessioni elicitati dalla lettura dell'ultimo libro di Renzo Carli e Rosa Maria 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*. Ciò che si abbozzerà in questa sede è la ripresa di alcune questioni, spesso presenti solo nelle pieghe del discorso degli autori, e che, dunque, forse proprio per tale ragione, spingono ad una più ampia riarticolazione. Nella personale posizione di psicologo clinico e di ricercatore all'interno di una Facoltà di Medicina e Chirurgia, attraverserò il testo in funzione del triplice ruolo istituzionale che viene a connotare tale figura: quello didattico, quello connesso all'attività di ricerca ed infine quello strettamente clinico.

Innanzitutto, però, una domanda: perché questo testo? Quali sono le ragioni o, se si vuole, le pratiche discorsive all'interno delle quali esso viene a prodursi? Probabilmente, mi sembra di poter dire in prima battuta, esso può essere inteso, ben al di là di quanto indicato dal titolo, come un tentativo di ripensamento della scienza psicologico-clinica a partire dalle proprie basi fondative, come una centratura dell'oggetto proprio a tale regione del sapere e dei metodi più adeguati di avvicinamento e studio dello stesso; un tentativo, questo, tanto più importante quanto sempre più raro oggi per l'affermarsi di posizioni egemoniche del piano ontologico ed epistemologico di stampo realista, guardanti con estremo sospetto ad un siffatto tipo di riflessione.

La psicologia clinica senza dubbio trova oggi uno dei propri principali campi di applicazione nella cura del soggetto comunemente indicato o indicantisi come portatore di differenti e specifiche forme di sofferenza psichica. Ne viene, dunque, che il suo campo di applicazione venga ad avvicinarsi ed in taluni casi, purtroppo, oggi, a sovrapporsi, a quello della psichiatria, con un pressoché inevitabile rapporto conflittuale o posizionamento gerarchico delle due discipline, in quest'ultimo caso, più spesso con un mantenimento della psicologia clinica in posizione ancillare, tesa com'essa è, ancora oggi, all'affermazione di una propria legittimazione scientifica attraverso la propria iscrizione all'interno dell'orizzonte positivistico delle scienze della natura, dunque attraverso un modellamento mimetico, appunto, di se stessa sul calco della scienza psichiatrica

---

\* Ricercatore Confermato – Unità di Psicologia Clinica e Psicoanalisi Applicata – Dipartimento di Neuroscienze – Università degli Studi di Napoli Federico II.

(Vitelli, 2007). È entro tale scenario, dunque, che il volume di Carli e Paniccchia (2011) si pone innanzitutto quale lavoro di ridefinizione dei confini delle due discipline.

Allo stesso tempo, però, proprio a partire dai risultati della ricerca empirica descritta nel testo, relativamente alle evoluzioni ed agli spostamenti storico-sociali delle agenzie socio-sanitarie deputate al trattamento della follia e delle modalità di presentazione di quest'ultima, con la rilevazione dell'affermarsi di forme più sottili di disagio non immediatamente riferibili alle categorie classiche con cui la psichiatria ha organizzato il proprio sapere a partire dalle fine del XVIII secolo, il volume può essere inteso anche come il tentativo di una fotografia delle modalità con cui tali agenzie hanno ripensato se stesse, producendo risposte più o meno articolate ed adeguate a fronte di tali cambiamenti. Ovviamente, come nelle corde abituali degli autori, il libro non è, e non vuol essere, meramente la presentazione fredda dei dati di una ricerca o un lavoro di semplice ricostruzione storica: se di fotografia si tratta, questa piuttosto va intesa come fotografia critica, come un laboratorio di idee, un tentativo di messa al lavoro e di verifica di quelle ipotesi di lavoro e di ripensamento dell'approccio psicologico-clinico, già delineate in alcuni precedenti contributi degli autori (Carli & Paniccchia, 2003; 2005): in primis il concetto operativo di *analisi della domanda*, intesa come sospensione dell'agito collusivo, in altre parole dell'originaria simbolizzazione affettiva del contesto relazionale, in favore di una istituzione di uno spazio di pensiero su quanto viene ad essere agito nella domanda ed attraverso la domanda, in questo caso la domanda terapeutica e di diagnosi portata ai Servizi di Salute Mentale, ma anche e soprattutto la domanda di intervento portata ai consulenti con formazione psicologico-clinica per una modifica del funzionamento degli stessi.

Fatta questa premessa, torniamo agli spunti di riflessione elicitati dal testo, giustappunto suddividendoli secondo le tre aree precedentemente indicate - quella della didattica, della ricerca e dell'assistenza clinica - pur nella consapevolezza della profonda ed inestricabile inerenza reciproca dei tre ambiti. Per lo più si tratterà di domande, o, se si vuole, di individuazione di alcune specifiche aree critiche.

#### *La questione didattica*

Come detto, la prima parte del volume è tesa ad una ricostruzione storico-sociale dei profondi mutamenti che, negli anni settanta, portarono alla cosiddetta Legge Basaglia ed alla istituzione dei Servizi di Salute Mentale. La contestualizzazione storica di quegli eventi porta gli autori, così, ad affacciarsi sui profondi spostamenti culturali che segnarono, in quegli anni, il contesto italiano e non solo. Tali mutamenti investirono, come è noto, anche l'Università, producendo all'interno di essa profondi rivolgimenti, i cui effetti, per certi versi, sono evidenti ancor'oggi. In particolar modo l'accesso di masse sempre più numerose di studenti determinò quello che gli autori definiscono nel volume come un processo di "proletarizzazione del sapere": «l'accesso alla laurea che, pensiamo alle Facoltà di Sociologia e di Psicologia, adeguava il contenuto degli studi e la dinamica di funzionamento dell'Università ai nuovi dettami di parità non discriminante, alla proletarizzazione del sapere e della competenza» (Carli & Paniccchia, 2011, p. 26). In effetti, la questione è tutt'altro che banale e semplice. È, oggi, sotto gli occhi di tutti il complessivo abbassamento del livello culturale medio degli studenti che, se da una parte può essere considerato uno specchio del più generale deterioramento culturale del nostro paese, dall'altra, all'interno dell'Università, per i compiti formativi che ad essa sono demandati, dà decisamente da pensare. Se nell'ambito delle discipline tecnico-scientifiche tale abbassamento può, infatti, avere una rilevanza solo relativa, tese come sono queste ultime alla sostituzione del linguaggio proprio al *mondo-della-vita*<sup>1</sup> con il linguaggio di una razionalità scientifica ridotta a pura *obiettività* e *misurabilità* dei meri "fatti", la

---

<sup>1</sup> Il concetto di *Mondo-della-Vita* (*Lebenswelt*) rimanda al pensiero di Edmund Husserl, venendo impiegato all'interno della filosofia fenomenologica, per indicare la vita che ha esperienza del mondo prima di qualsiasi formazione di categorie e giudizi, una vita pre-scientifica e pre-categoriale posta a fondamento antropologico di ogni determinazione nella relazione dell'uomo con il mondo, dunque anche degli stessi enunciati formulati all'interno del campo scientifico, del *mondo-vero-in-sé* della scienza. Allo stesso tempo, tale locuzione viene spesso utilizzata, più genericamente, per riferirsi al mondo della vita concreto, visibile e pratico (Husserl, 1954).

psicologia avendo al centro del proprio orizzonte il *soggetto umano*, rischia, al contrario, di soffrire in maniera particolare di tale complessivo abbassamento del livello culturale. Non si tratta, ovviamente, di una questione di conoscenze, di dati di cui gli studenti oggi non sarebbero in possesso, bensì della mancanza di categorie e strumenti concettuali adeguati attraverso cui interrogare il fenomeno umano nella sua complessità. In fondo, d'altra parte, se oggi il campo psicologico clinico è segnato da una quantità infinita di semplificazioni e banalizzazioni fondate sul "buon senso", in realtà spesso leggibile come "cattivo senso", su approssimazioni ed ingenuie schematizzazioni spacciate come "verità" in virtù dell'adeguatezza rispetto a criteri di verifica di ordine quantitativo, dunque su quella *matematizzazione* dell'umano, già a metà del secolo passato denunciata da Husserl (1954), quale destino attende la nostra disciplina? Scriveva ormai cento anni fa Karl Jaspers:

Lo psicopatologo è legato alla propria capacità di vedere, di sperimentare interiormente e alla propria ampiezza di orizzonti, all'apertura verso nuovi problemi e alla propria ricchezza spirituale. Vi è una grande differenza tra coloro che vanno ciechi per il mondo dei malati malgrado i loro occhi aperti, e la sicurezza di una chiara percezione che scaturisce dalla sensibilità di chi partecipa (1913, p.24).

Ma se è vero che l'ampiezza di orizzonti, la sensibilità e la propria ricchezza spirituale sono prerequisiti essenziali per chiunque voglia cimentarsi con la nostra professione, la Letteratura, l'Arte, la Filosofia, e perché no, l'Economia, sono realmente orpelli inutili di cui occorre liberarsi per sentirsi pienamente legittimati dalla comunità scientifica? E come esercitare la propria professione di "formatori" a fronte del riconoscimento di un siffatto degrado? È realmente inadeguato riaffermare oggi il senso della *Bildung* gadameriana (Gadamer, 2012)? Come fare a rendere e ad alimentare il *pathos* della conoscenza per un oggetto così sfuggente e sovradeterminato come il soggetto umano, ed in particolare per l'uomo sofferente? Indubbiamente spesso un senso di scoraggiamento ci sopraffà e ci sovviene il Nietzsche della seconda delle sue considerazioni inattuali relativamente all'inutilità di una conoscenza che non sia funzionale alla vita ed all'arricchimento di essa<sup>2</sup>. In ogni caso, forse, anche qui, come per il filosofo tedesco, vale la pena continuare a sentirsi e ad agire in modo inattuale: «Non saprei ... che senso avrebbe mai la filologia classica nel nostro tempo, se non quello di agire in esso in modo inattuale – ossia contro il tempo, e in tal modo sul tempo e, speriamolo, a favore di un tempo venturo» (Nietzsche, 1874, pp. 4-5).

La seconda questione che brevemente proverò a delineare, sempre nell'ambito delle problematiche relative all'insegnamento, è connessa proprio a quel rapporto problematico con la psichiatria, a cui abbiamo già precedentemente fatto cenno, ma che, a questo punto, occorre provare a capovolgere, sebbene, come si vedrà, in maniera solo apparente. In qualche modo, si diceva poco fa, la psicologia clinica sembra più spesso collocarsi all'ombra della psichiatria, nella migliore delle ipotesi semplicemente declinando operativamente il proprio sapere sugli oggetti definiti da quest'ultima, secondo una logica che verrebbe da definire di psichiatrizzazione del proprio orizzonte: già, ma di quale psichiatria, però, a questo punto, si parla? Se, con la messa a margine delle concezioni psicoanalitiche e di quelle sociologiche della malattia mentale da una parte, ed il ritorno in auge di quelle organicistiche dall'altra, l'*ordine del senso* si pone, oggi, per essa sempre più fuori portata, non è la psicologia clinica che legittimamente e, verrebbe dire, in maniera effettivamente complementare, dovrebbe qui trovare la più propria ragion d'essere? A pag. 13 del loro volume, gli autori affermano: «la psichiatria, nell'ottica che orienta il presente lavoro, ha competenza sui problemi causati da persone che non sono consapevoli del fallimento collusivo della convivenza, nell'agire la propria emozionalità simbolica. La psicologia clinica, di contro, ha competenza nel secondo caso». Ora, è effettivamente legittimo far passare la determinazione dei confini tra le due discipline per la diversità dell'utenza? Non sembra adombrarsi, in questo modo, l'idea di un collocarsi della "follia" fuori dall'ordine del senso? Cosa, questa, che la psicoanalisi e, parallelamente ad essa, la *daseinsanalyse*, hanno da più di un

---

<sup>2</sup> L'opera citata si apre con un frammento della lettera di Goethe a Schiller del 19 dicembre 1798: "Del resto mi è odioso tutto ciò che mi istruisce soltanto, senza accrescere o vivificare immediatamente la mia attività" (Nietzsche, 1874, p. 3).

secolo contribuito a smentire? D'altro canto, il riconoscimento di una difficoltà nell'utilizzo di un siffatto approccio, a suo modo, categoriale, in virtù dell'esistenza piuttosto di una dimensionalità della variabile "consapevolezza" non rischia di potenziare il conflitto delle due figure professionali? Non è altrove, allora, che occorre guardare per una rifondazione del sapere psicologico-clinico? In realtà, in fondo, un po' tutto il libro, sembra fornire una risposta affermativa a tale domanda: oltre l'ordine causativo, proprio alle scienze naturali, l'ordine della comprensione e dell'interpretazione, sottolineati a più riprese nel testo, spostano, infatti, il baricentro del discorso, appunto, proprio entro l'*Ordine del Senso*. In ogni caso il confronto con la psichiatria e con il campo da essa dischiuso non può essere liquidato tanto facilmente: se è vero che un buon clima organizzativo all'interno dei Servizi di Salute Mentale, che sia segnato dal rispetto e dalla valorizzazione delle reciproche competenze, in altre parole da un potenziamento delle integrazioni orizzontali, si pone come necessario per il buon funzionamento degli stessi, non occorre preliminarmente pensare ad una conoscenza reciproca dei rispettivi "linguaggi" (sempre che la psicologia clinica venga effettivamente a trovare un proprio ed autonomo linguaggio)? Nel caso specifico, poiché è dell'insegnamento della psicologia clinica che qui si tratta, non significa, cioè, che una mancata conoscenza, da parte di uno specializzando in psicologia clinica, delle categorie impiegate entro il sapere psichiatrico non è ammissibile? Piuttosto, ciò che occorre promuovere è una seria riflessione sullo stesso dispositivo psichiatrico. Giusto per fare un esempio, proprio nelle battute iniziali del testo, gli autori scrivono: «Ciò che interessa evidenziare è il processo con cui si costruisce la relazione con il paziente, così come il processo con cui si costruisce il paziente» (Carli & Paniccia, 2011, p. 16). Bene, cosa si intende con "costruzione del paziente"? Nel testo tale questione non viene pienamente sviluppata, eppure essa, ad uno sguardo attento, merita particolare attenzione. Come affermava alcuni anni fa Pier Aldo Rovatti, «è l'individuo stesso che trova, nella cultura terapeutica che lo interpella, tutti gli elementi discorsivi (con i loro effetti pratici e sociali) per costruire la propria identità di soggetto» (2006, pp. 26-27). Gli stessi Carli e Paniccia affermano come il sistema professionale psichiatrico, accettando il mandato sociale derivante da un fallimento del conformismo (ovverosia dal "fallimento di un particolare e definito sistema collusivo di convivenza"), trasforma un evento concernente la relazione sociale in specifiche caratteristiche assimilabili ad una patologia dell'organismo, necessariamente individuale», eppure essi non vanno sino in fondo alla questione, valutando, per così dire, gli effetti a valle del dispositivo sui più complessivi processi di soggettivazione. Non si tratta solo di smascherare l'operazione insita nell'atto di nomina psichiatrica, bensì di valutarne gli effetti di rimbalzo su quel soggetto che, appunto, come dice Rovatti, viene da essa "interpellato". Non sono solo gli psichiatri a risolvere il soggetto entro l'anonimato di una categoria - attacchi di panico, disturbi alimentari, depressione, per riprendere gli esempi forniti dagli autori (*op. cit.*, p. 191) – ma sono le stesse persone che vengono a chiederci aiuto a farsi rappresentare da tali significanti. Per un'azione di "decostruzione" del suo *se-dicente* sintomo (entro quel processo di soggettivazione/alienazione/assoggettamento all'Altro del Linguaggio), non è, allora, necessario conoscere, innanzitutto, cosa la "scienza ufficiale", la psichiatria, indica con tali termini? Per lo più la polarizzazione delle posizioni porta la psicologia clinica o a rigettare il sapere psichiatrico, rivendicando a gran voce l'irriducibilità ad esso del proprio sapere, o ad accettarlo acriticamente, declinando su di esso le proprie pratiche (trattamenti psicoterapeutici delle differenti condizioni, valutazione dell'efficacia degli stessi, ecc.), eppure una posizione altra è non solo possibile, ma, a mio parere, per certi versi necessaria. In altri termini gli psicologi-clinici dovrebbero avere una adeguata conoscenza del sapere psicopatologico, ben sapendo che la componente descrittiva, con cui quest'ultimo viene più spesso identificato, ne costituisce solo una parte, e, per certi versi, la meno rilevante. Spostare il vertice osservativo sul confine tra soggetto e contesto non significa, d'altra parte, affermare una specifica posizione entro il sapere psicopatologico?

Prima di passare al mio secondo mandato istituzionale, la ricerca, un'ultima parola sulla didattica. Una parte importante del volume, come detto, è da rintracciare nell'urgenza sentita dagli autori di una lettura storico-sociale dell'attualizzarsi delle differenti ragioni del sapere e delle stesse istituzioni: le organizzazioni – essi scrivono– [vanno] intese come l'inverarsi strutturale di una dinamica collusiva che attraversa e caratterizza la cultura del contesto storico in cui prendono corpo e forma. Nel descrivere gli scenari della contemporaneità, vi sono pagine caratterizzate - lo riconoscono gli stessi autori - da una profonda amarezza, da un grande "pessimismo", per la

profonda crisi economica, politica, istituzionale, valoriale, culturale che sta sconvolgendo oggi un po' tutto il mondo occidentale. Ora, nell'esercizio della propria funzione di formatori lo sconforto è oggi effettivamente presente: se l'istituzione ci assegna un compito didattico, come non farsi travolgere dal pensiero di un destino complicato, complicatissimo, per coloro ai quali rivolgiamo la nostra attività didattica? Quali sono le effettive possibilità di accesso al mondo del lavoro per gli psicologi che formiamo? Certamente l'università di massa è in parte responsabile dello squilibrio tra la domanda e l'offerta, certamente «la scarsa selettività» e la «sempre più scarsa qualificazione degli insegnamenti» (ibidem, p. 80) producono effetti devastanti: ma è solo qui il problema? Non è viceversa in causa proprio la definizione del campo proprio alla psicologia-clinica? La *psichiatrizzazione* di tale campo, intesa come assunzione acritica dei dispositivi discorsivi lì allestiti, non è, in buona parte, responsabile di tale debacle? Quale necessità v'è, nell'attuale contesto sociale, di un duplicato ad armi spuntate della figura dello psichiatra?

### La ricerca

Il libro che qui si sta provando ad interrogare offre in merito alla questione della ricerca almeno due spunti di riflessione, profondamente connessi, peraltro, l'uno con l'altro: il primo è relativo alle potenzialità offerte dalla metodologia adottata dagli autori nella realizzazione dell'indagine sulla cultura locale caratterizzante i centri di salute mentale e i servizi psichiatrici di diagnosi e cura nel loro rapporto con il territorio e con l'orizzonte più ampio storico-sociale-culturale ed economico; in particolare, ciò che chiaramente emerge è la ricchezza di informazioni ricavabili dall'impiego del "questionario ISO" e della statistica multivariata per la formulazione di successive ipotesi di lavoro. Ciò che gli autori evidenziano, infatti, è la possibilità offerta da tale metodologia, non di uno studio del singolo soggetto, né di un confronto tra «gruppi di individui messi assieme e differenziati tra loro per specifiche variabili indipendenti, [laddove] nei due casi i singoli individui concorrono a determinare, nel loro insieme, una varianza tra i dati» (ibidem, p. 138-139). Nella ricerca clinica più spesso realizzata in psicologia, come è noto, tale varianza, se più piccola all'interno dei singoli gruppi che nel confronto tra gruppi – ci ricordano gli autori - viene a confermare la significatività delle differenze tra medie di dati, entro un confronto tra i due gruppi. «In entrambi i casi, si tratta di un approccio statistico ove il trattamento dei singoli dati si riferisce a differenti individui considerati uno ad uno, con il loro singolo risultato a un test, con il dato derivante dalla singola misurazione su ciascuno di loro effettuata» (ibidem, p. 139). La ricerca realizzata dagli autori, al contrario, ben evidenzia la ricchezza della metodologia statistica multivariata nella rilevazione del processo collusivo, ovvero della specifica simbolizzazione affettiva del contesto relazionale dei contesti da loro indagati (i Centri di Salute Mentale), laddove la principale ricchezza sta appunto nella possibilità di costruzione di ipotesi, e non di verifiche di ipotesi preliminarmente poste<sup>3</sup>. Ma appunto il riconoscimento della qualità della ricerca svolta, fa sorgere una domanda che, visti gli scenari attuali, si impone con urgenza: ma quale tipo di ricerca è oggi richiesta ad un ricercatore? Nella parte di ricostruzione storica, gli autori scrivono:

La riforma Gelmini si propone di introdurre rigorosi sistemi di valutazione a tutti i livelli della vita universitaria: valutazione della gestione economica degli atenei per incentivare le università virtuose e punire quelle che virtuose non sono, valutazione della produzione scientifica dei docenti e dei ricercatori, secondo standard internazionali, valutazione della didattica (ibidem, p. 80).

Ora, premesso che, in realtà, la didattica, al momento sembra essere l'ultimo fattore ad essere considerato per la valutazione dell'idoneità alla docenza, i parametri di valutazione della ricerca adottati proprio in questi mesi dall'ANVUR, quale attuazione della stessa riforma, non rischiano di

---

<sup>3</sup> Come giustamente affermato dagli autori: «in questo, la procedura multivariata è del tutto assimilabile, su piani ovviamente diversi, al lavoro psicologico clinico. Anche lo psicologo clinico, nel lavorare con una singola persona, con un gruppo o un'organizzazione, formula ipotesi sul processo collusivo: è la risposta dell'"altro" che lo aiuterà nel lavorare sull'ipotesi, nello svilupparla o confermarla, nel dare senso all'ipotesi stessa e alla tematica cui si riferisce» (ibidem, p. 140). In realtà, però, verrebbe da aggiungere, anche, eventualmente, a disconfermare le ipotesi, le "costruzioni", come ebbe a definirle Freud (Freud, 1937, pp. 538-552).



incentivare un conformismo pericoloso della produzione scientifica? La psicologia clinica in Italia ha sempre visto convivere due differenti tradizioni di ricerca: quella che la collocava entro l'orizzonte delle scienze della natura (ad esempio, insieme alla matematica, alla fisica, all'ingegneria ed, ovviamente, alla medicina) e quella che rivendicava un suo posizionamento entro le scienze umane, o meglio ancora un posizionamento trasversale tra i due campi della scienza. Ebbene, ciò che si profila all'orizzonte oggi è il rigetto della seconda delle due tradizioni: ed allora, quali pratiche di resistenza, se così si può dire, è concretamente possibile attuare?

### *La Clinica*

Anche in relazione alla clinica sono due i punti su cui vorrei brevemente soffermarmi: il primo è relativo alle nuove domande d'aiuto portate ai Servizi di Salute Mentale e, dunque, ancora una volta, al rapporto della psicologia clinica con la medicina; il secondo verte, invece, su alcune delle considerazioni meta psicologiche, se così si può dire, che vengono ad essere articolate nel testo, e che, dal mio punto di vista, consentono nuovi punti di dialogo tra psicoanalisi e fenomenologia. Venendo al primo punto, sicuramente una delle cose più interessanti del volume in oggetto è l'attenzione portata a quelle che gli autori identificano come nuove domande d'aiuto da parte degli utenti dei CSM. Così gli autori scrivono al riguardo:

l'ampliarsi di questa domanda è in gran parte dovuto a una competenza sempre più diffusa delle persone a far conto sulla relazione con un esperto "psi", per trattare disagi emozionali, conflitti sociali, difficoltà di adattamento alle nuove esigenze della convivenza. Problemi vissuti entro i più diversi contesti, la scuola, la famiglia, l'organizzazione lavorativa, la coppia, l'ambito sanitario» (*ibidem*, p. 176).

Vista dallo specifico angolo prospettico di chi lavora all'interno di un'Azienda Ospedaliera Universitaria, è effettivamente proprio in relazione al confronto con problematiche riferibili all'ambito sanitario che un numero crescente di persone fa richiesta di aiuto psicologico. Come mai? Beh, per quanto il passo sia abbastanza ampio, conviene riprendere quanto gli autori scrivono delineando le differenze tra *fini* ed *obiettivi*, dapprima in riferimento al più ampio contesto sanitario, e poi entrando nello specifico della salute mentale:

Il fine di un'organizzazione sociale è lo stato della realtà, socialmente desiderabile, che l'organizzazione è chiamata a perseguire. Il fine di un'organizzazione risponde al mandato sociale che l'organizzazione sociale stessa ha ricevuto dal contesto entro cui opera. [...] L'obiettivo di un'organizzazione è definibile come il risultato più probabile di una tecnica scientificamente fondata. [...] nella sanità, se si guarda alla storia dell'organizzazione, si può rilevare una sorta di separazione (molto forte e stabile nei secoli) tra chi tutela i fini delle strutture sanitarie (gli ordini religiosi, alle origini, nelle loro varie articolazioni) e chi tutela gli obiettivi (la classe medica, ancora nella sua varia articolazione). Questa separazione tra "gestione" della struttura sanitaria e "tecnica" ha avuto delle conseguenze di grande rilievo. Ha consentito alla "tecnica" di organizzarsi in modo fortemente autoreferente; salute, malattia, guarigione, criteri di intervento, verifica dei risultati sono, così, divenute dimensioni "tecniche": definite in base a modelli che fondano, e al contempo orientano, l'azione dei tecnici che a tali modelli si ispirano. Senza una committenza e, per certi versi, senza un'utenza che funga da regolatore della prassi. La separazione tra "gestione" delle strutture sanitarie (orientata al fine di promuovere il benessere fisico e spirituale delle persone) e nucleo "tecnico" autoriferito, ha spezzato il legame tra mandato sociale (le istituzioni religiose, ad esempio, ma anche la collettività in senso più ampio), committenza (i malati e le loro famiglie) e operatori (il gruppo medico). Al gruppo medico è stato conferito il potere di decidere sulle prassi e sui risultati, in quanto le prassi e i risultati erano, e sono, autoriferiti alla tecnica che orienta la prassi stessa e alla teoria che conferisce valore scientifico. Ciò ha consentito un rimarchevole sviluppo della medicina, ha portato a grandi scoperte, utili per il genere umano; ma ha avuto dei riflessi di non poco conto sull'organizzazione della sanità (*ibidem*, pp. 89-90).

Ebbene, quali sono state le conseguenze, o se si vuole il costo, di questa rottura del legame tra il mandato sociale, la committenza e gli operatori, al di là delle questioni, in alcuni casi effettivamente paradossali, dell'applicazione del parametro "efficacia" all'ambito sanitario? Sempre più nei nostri ambulatori giungono persone che si trovano a dover lavorare i resti di una tecnica, quella medica, che ha letteralmente espunto dal proprio orizzonte, ancora una volta, la questione del *senso*: la malattia, intesa come processo morboso, non viene più colta quale *evento*

dell'esistenza, e la morte, come orizzonte possibile, viene ridotta al puro silenzio del corpo, della sua funzionalità biologica. I problemi vissuti entro l'ambito sanitario trovano qui, almeno a mio parere, una propria scaturigine. La secolarizzazione della cultura occidentale, ma soprattutto il tramonto dei grandi metaracconti, per dirla con Lyotard, di quelle «spiegazioni onnicomprensive e universali, capaci di andare oltre le narrazioni particolari, [che] costituivano un orizzonte unificante e rassicurante nel quale collocare ogni sapere sull'uomo e sulla storia» (citato in Russo, 2004, p. 7), il venir meno, dunque, di solidi orizzonti di senso entro cui collocare la propria esperienza, non ultima l'esperienza del dolore e della malattia, lascia oggi l'uomo, a fronte della propria finitudine, smarrito, incerto.

Ormai diversi anni fa, sulla Rivista di Psicologia Clinica, fondata nel 1982 da Bertini, Canestrari e Carli, scrivevamo come

**al di là dei rapporti peraltro complessi con la psichiatria, c'è un altro versante relativo alla relazione tra Medicina e Psicologia Clinica che, pur assente nel discorso witmeriano, sembra oggi particolarmente rilevante, soprattutto come possibile importante scenario futuro. Con una sorta di nuovo passaggio per i luoghi delle origini, è a partire da una mancanza nel Sapere e nella Tecnica medica che la Psicologia Clinica sembra oggi venire ad essere interpellata. Oramai completamente inascoltato l'appello di Karl Jaspers per un recupero da parte della Medicina delle proprie componenti umanitarie (1986), il posto riservato alla Psicologia Clinica all'interno della Pratica propria a tale Sapere sembra essere quello relativo a quella casella lasciata vuota dalla Medicina stessa, casella relativa (appunto) all'ordine del senso, del significato. (Vitelli, 2007, p. 289).**

Il rapporto con la medicina, in definitiva, appare tutt'altro che pacifico, eppure è possibile ipotizzare proprio qui, sul terreno di confine delle due discipline, importanti possibilità di sviluppo della nostra disciplina, ma, ancora una volta, perché ciò possa essere realizzato è necessario, come scrivevamo all'epoca, mutare il proprio orizzonte, volgendo nuovamente lo sguardo nella direzione delle scienze umane. Ma, ancora, una volta, anche in questo caso, torniamo a sentirci terribilmente "inattuali"!

Per concludere. Come si diceva all'inizio, il libro in oggetto attraversa una molteplicità di questioni, e ciò ben al di là di quanto indicato dal titolo, proponendosi un po' come un vero e proprio laboratorio di idee. Per quanto non ne costituiscano un tema primario, le brevi considerazioni a carattere metapsicologico prodotte all'interno di esso meritano decisamente una sia pur breve riflessione. I rapporti tra la fenomenologia, la daseinsanalyse e la psicoanalisi sono stati spesso tutt'altro che lineari, sin dalle prime riflessioni binswangeriane e questo, probabilmente, anche per una curiosa miopia del padre fondatore nei confronti della portata del discorso freudiano. L'intento di smarcare la prassi psicoterapeutica ed il sapere psicopatologico da un certo naturalismo effettivamente presente in alcune parti dell'originario discorso freudiano ne fu certamente la ragione primaria (cfr. Binswanger, 1936a; 1936b; 1944-1945; 1956; 1957)<sup>4</sup>. I tempi, tuttavia, sono mutati ed un più adeguato confronto è oggi sicuramente possibile. Le considerazioni di Carli e Paniccia sulla natura dell'inconscio e sul senso dei processi di analisi, in tal senso, costituiscono un possibile punto di dialogo (Carli & Paniccia, 2002; 2003). Riprendendo quanto peraltro in parte già altrove discusso (Carli & Giovagnoli, 2010), gli autori, appoggiandosi alle teorizzazioni freudiane della prima topica ed al pensiero di Ignacio Matte Blanco, così scrivono:

per capire cosa sia l'inconscio, è utile sapere che la manifestazione di questo modo d'essere della mente è l'emozione. Il provare emozioni, in rapporto a particolari aspetti della realtà, significa che la nostra mente sta simbolizzando emozionalmente, quindi con la caratteristica dell'inconscio, quell'aspetto della realtà. [...] Seguendo il principio di generalizzazione e quello di simmetria, si possono cogliere molteplici processi emozionali, presenti nei sogni ma più ancora nella dinamica emozionale che ciascuno di noi utilizza per la simbolizzazione (emozionale) della realtà. Le infinite connessioni tra aspetti della realtà fenomenica, quali sono possibili tramite il loro necessario cadere entro classi di generalizzazione sempre più ampie, e tramite la simmetrizzazione degli elementi entro le classi, comportano attribuzioni emozionali complesse e sorprendenti entro la simbolizzazione che regge la nostra relazione con il mondo circostante.

---

<sup>4</sup> È bene ricordare, comunque, come i rapporti tra Freud e Binswanger siano stati connotati da una lunga e profonda amicizia, oltre che da una profonda e reciproca stima (cfr., Binswanger, 1935; 1956).

Il mondo emozionale corrisponde al modo d'essere inconscio della mente. Il modo d'essere inconscio della mente ha una rilevanza fondamentale nella vita di ciascuno di noi: consente di simbolizzare emozionalmente ogni aspetto della realtà, dal proprio corpo agli "oggetti" che incontriamo entro il contesto in cui viviamo, conferendo a ciascun aspetto della realtà una coloritura emozionale utile alla conoscenza e capace di orientare l'azione. Senza questo modo di conoscere, diverso dalla conoscenza categoriale che orienta il pensiero, non si darebbe nemmeno il pensare e la costituzione sociale che il pensiero rende possibile (*ibidem*, pp. 108-109).

Beh, ad un lettore educato alla fenomenologia ed alla analitica heideggeriana, tali parole suonano incredibilmente e, forse, inaspettatamente e piacevolmente familiari. In una cartolina postale spedita a Ludwig Binswanger da Csorbato (Tatra) il 21 Agosto 1917, Freud, perplesso ed allarmato circa la direzione delle riflessioni e delle posizioni espresse da Binswanger, commentando le bozze di un testo che questi gli aveva inviato, così scrive: «Che cosa vuol fare lei con l'inconscio, o piuttosto come potrà cavarsela senza l'inconscio? Forse che in conclusione il diavolo filosofico la tiene nei suoi artigli? Mi tranquillizzi» (Binswanger, 1956, p. 66). Dal canto suo, Binswanger, così commenta le parole dell'amico e maestro:

Purtroppo non posso trovare nessuna copia della mia risposta a questa domanda. È evidente che io non me la sono mai "cavata senza l'inconscio", né nella prassi psicoterapeutica che anzi è impossibile senza l'affermazione freudiana dell'inconscio, né nella "teoria". Volgendomi tuttavia alla fenomenologia ed all'analisi esistenziale, il problema dell'inconscio si è trasformato, allargato ed approfondito, poiché sempre meno esso assume una posizione di contrasto con il "conscio", dal quale nella psicoanalisi – come sempre accade in tali semplici contrapposizioni – è ancora ampiamente determinato. Dato che nell'analisi esistenziali di Heidegger – in contrasto con Sartre - si parte non dalla coscienza, ma piuttosto dall'esserci come essere-nel-mondo, a mio avviso quel contrasto retrocede a favore d'una descrizione delle diverse maniere e strutture fenomenologicamente dimostrabili dell'essere-nel-mondo (*ibidem*, Binswanger).

Se i trattini con cui ugualmente viene comunemente posta la traduzione italiana dell'espressione heideggeriana *In-der-Welt-sein* stanno in effetti ad indicare la profonda, reciproca ed indisgiungibile implicazione dei due termini, soggetto e mondo, laddove «essere-nel-mondo non significa essere "dentro" al mondo come sono le cose, ma avere il mondo come orizzonte dell'umano progettare» (Galimberti, 1986), l'originaria schiusura del soggetto umano e, correlativamente e sincronicamente, del mondo, Heidegger (1927) ci ricorda come si compia sempre e soltanto primariamente all'interno ed attraverso l'affettività (*Befindlichkeit*), dunque attraverso le diverse *Stimmungen*, le variegata tonalità emotive:

Noi ravvisiamo nell'affettività (*Befindlichkeit*) e nel comprendere (*Verstehen*)<sup>5</sup> le due maniere, tra loro cooriginarie, di essere il *ci*<sup>6</sup> (p. 385).

Ciò che noi indichiamo ontologicamente sotto il titolo di affettività (*Befindlichkeit*) è, onticamente, quanto di più noto e quotidiano vi sia: la tonalità emotiva (*Stimmung*), l'intonazione (*Gestimmtheit*). Prima di ogni psicologia degli umori (*Stimmungen*), che oltretutto è in alto mare, è il caso di vedere questo fenomeno come un esistenziale fondamentale e di delinearne la struttura. La tonalità (*Stimmung*) rende palese "come si sta e cosa si prova". In questo "come si sta" l'intonazione porta l'essere nel suo "ci". Nell'intonazione l'esserci è sempre già totalmente dischiuso come *quell'*ente al quale l'esserci è stato rimesso nel suo essere, l'essere che esso ha da essere esistendo. Dischiuso non vuol dire conosciuto in quanto tale. E proprio nella più indifferente ed anodina quotidianità l'essere dell'esserci può erompere come nudo "che è e che ha da essere". Il puro e semplice "che è" si mostra, il da-dove e il verso-dove restano nel buio. [...] Anche quando, nella credenza, l'esserci è "sicuro" del suo "verso-dove" o, razionalmente illuminato, pensa di sapere qualcosa del suo da-dove, tutto ciò non depone contro lo stato di fatto fenomenale, che la tonalità porta l'esserci a tu per tu col fatto-*che* del suo ci, che sta fisso davanti a lui con la sua inesorabile enigmaticità. [...] Che un esserci possa, debba e sia fattiziamente costretto a dominare col sapere e col volere la tonalità

<sup>5</sup> La "comprensione", nel lessico heideggeriano, sta ad indicare la preliminare, originaria apertura al senso, alla significatività delle cose.

<sup>6</sup> Come è noto Heidegger indica il soggetto umano con la locuzione *dasein*, composto dalla particella *da*, *ci*, e *sein*, *essere*, venendo l'espressione talvolta tradotta in italiano appunto con *esserci*. Con ciò, il filosofo tedesco intendeva indicare giustappunto l'originaria apertura all'essere (*sein*) dell'*esistenza*, intesa etimologicamente come *ek-istentia*, come originario "star fuori", "oltrepassarsi" del soggetto umano nella direzione delle sue possibilità, dunque, come originaria trascendenza.

affettiva, costituirà anche, date certe possibilità dell'esistere, un primato della volontà e della conoscenza. Ma ciò non può indurre a negare in sede ontologica che il modo d'essere originario dell'esserci sia la tonalità affettiva, perché è qui che l'esserci è dischiuso a se stesso prima di qualunque conoscere e volere e con una portata di schiudimento, che va al di là della loro (pp. 387-393<sup>7</sup>).

Come ricordano Costa, Franzini e Spinicci (2002, p. 234), spesso si imputa alla fenomenologia una mancata attenzione alla questione dell'inconscio, eppure tale affermazione appare oggi ingiustificata, sia che ci si voglia riferire ai fondatori, sia agli autori più recenti, i quali in maniera sempre più decisa appaiono spesso impegnati in un confronto serrato con il testo freudiano, come anche con l'ampia e variegata letteratura post-freudiana. Ovviamente non è possibile in questa sede articolare in maniera compiuta la vicinanza, ma anche le tensioni e le differenze, tra fenomenologia e psicoanalisi, anche tenuto conto, appunto, dell'amplissima letteratura presente oggi al riguardo e delle complesse questioni che tale confronto porta con sé. Ci manteniamo, dunque, ad alcune sollecitazioni che provengono dal testo di Carli e Panizza che qui stiamo considerando e, per far questo, dopo aver illustrato la rilevanza dell'*emozionale* nel pensiero heideggeriano<sup>8</sup>, volgiamo lo sguardo all'altro punto di riferimento fondativo dell'approccio fenomenologico-daseinsanalitico, e precisamente ad alcuni passaggi dell'opera husserliana, in ragione della loro vicinanza da noi ravvisata con il testo degli autori<sup>9</sup>. In *Idee II*, Husserl (1952) scrive:

Il singolo vissuto è allora motivato da uno sfondo oscuro, ha "motivi psichici", che si possono interrogare: come mi è venuta in mente questa cosa – che cosa mi ha portato a ciò? Che queste domande siano possibili è un fatto che caratterizza qualsiasi motivazione in generale. I "motivi" sono spesso nascosti in

---

<sup>7</sup> Traduzione leggermente modificata. In particolare, per la traduzione di *Befindlichkeit*, seguiamo le indicazioni di Annalisa Caputo (2001), traducendo tale termine con "affettività", mentre *Stimmung* è da noi reso, sempre in linea con l'autrice (pp. 10-11) più spesso con "tonalità emotiva", tutto ciò, peraltro, in linea con quanto proposto dalla maggior parte dei traduttori.

<sup>8</sup> In realtà, la tradizione fenomenologica ha ampiamente privilegiato la dimensione pratica dell'esistenza. In tal senso, al di là delle riflessioni esistenzialiste di Martin Heidegger (De Angelis, 2000), sembra necessario richiamare l'attenzione sull'interesse per i vissuti emotivi mostrato da Max Scheler e dalla prima generazione di fenomenologi attivi a Monaco ed a Gottinga: Moritz Geiger, Alexander Pfänder, Dietrich von Hildebrand, Adolf Reinach, Edith Stein (cfr. De Monticelli, 1998; 2000). Allo stesso modo, non si può non menzionare il pensiero di Jean Paul Sartre, ed in particolare le idee espresse nel suo saggio "Idee per una teoria delle emozioni" (1939), unico estratto pubblicato di un trattato di psicologia fenomenologia, *La Psyché*, che il filosofo francese andava scrivendo verso la fine degli anni '30. È all'interno di tale volume che, attraverso un confronto con Husserl ed Heidegger, ma anche e soprattutto con James, Janet, Wallon, Guillaume e, in maniera anche più articolata con la psicoanalisi, Sartre svolge le sue riflessioni sulle emozioni, anche qui, dall'autore, indicate come "il tutto della coscienza o, [...] o sul piano esistenziale, della realtà-umana (ibidem, p. 164). In particolare Sartre, rigettando anch'egli il rigido determinismo presente in un certo discorso freudiano, accoglie l'idea di una possibile mancata trasparenza del soggetto rispetto a se stesso, alle motivazioni soggiacenti l'insorgenza di una data emozione, affermando, tuttavia, la possibilità di un recupero di esse all'interno dello spazio analitico, intendendo, tuttavia, tale recupero come inerente al piano coscienziale, all'interno di un movimento di "comprensione": «Il teorico della psicoanalisi stabilisce rapporti trascendenti di causalità rigida fra i fatti studiati (un puntaspilli *significa* sempre nel sogno seni di donna, entrare in un vagone *significa* compiere l'atto sessuale), mentre il pratico s'assicura una buona riuscita studiando soprattutto i fatti di coscienza col ricorso alla comprensione, cioè cercando con elasticità di vedute il rapporto infracoscienze fra simbolizzazione e simbolo. Da parte nostra, non rifiutiamo i risultati della psicoanalisi quando sono ottenuti mediante la comprensione. Ci limitiamo a negare qualsiasi valore e qualsiasi intelligibilità alla sua teoria latente della causalità psichica. E affermiamo che, nella misura in cui lo psicanalista fa uso di *comprensione* per interpretare la coscienza, sarebbe preferibile riconoscere che tutto ciò che avviene nella coscienza non può essere esplicitato che dalla coscienza stessa» (ibidem, p. 182). I rapporti di Sartre con la psicoanalisi non furono, in realtà, affatto semplici, giungendo il filosofo a riconoscere la portata e l'importanza del discorso freudiano solo nell'ultima fase della sua produzione teorica (su tale ultimo argomento, cfr. Sportelli, 1981; sulla fenomenologia delle emozioni in Sartre, cfr. Farina, 2012).

<sup>9</sup> La letteratura concernente il confronto tra psicoanalisi e fenomenologia è decisamente sterminata. Al di là dei più classici riferimenti all'opera di Eugen Fink (1954), Merleau-Ponty (1945; 1949; 1964) e Paul Ricoeur (1965; 1990; Jervolino e Martini, 2007), giusto per citare alcuni dei principali contributi pubblicati nell'ultimo anno, è possibile ricordare: Csordas (2012), Leoni (2012), Lohmar e Brudzińska (2012), Molaro e Civita (2012), Stanghellini (2012).

profondità, ma possono venir portati alla luce attraverso la “psicanalisi”. Un pensiero mi “ricorda” altri pensieri, richiama alla memoria un vissuto passato. In certi casi può addirittura venir percepito. Nella maggior parte dei casi però la motivazione è realmente presente nella coscienza, ma non riesce ad assumere un rilievo, non viene notata, è inavvertita (“inconscia”)<sup>10</sup> (p. 226).

Considerazioni molto vicine a queste è possibile giustappunto ritrovarle nel testo dei nostri autori. Riprendiamo, completandola, la citazione precedentemente riportata:

per capire cosa sia l'inconscio, è utile sapere che la manifestazione di questo modo d'essere della mente è l'emozione. Il provare emozioni, in rapporto a particolari aspetti della realtà, significa che la nostra mente sta simbolizzando emozionalmente, quindi con la caratteristica dell'inconscio, quell'aspetto della realtà. Un esempio: per strada, a Trastevere dove abito da più di vent'anni, sento (io, Renzo Carli, di origini venete) alcune persone che parlano veneto. Quell'inflessione della voce, quel dialetto, evocano in me emozioni forti, anche se poco definibili. Avverto nostalgia per il dialetto della mia infanzia, ma anche un senso di fastidio per persone che, in quanto venete, vivo come rimproveranti, lamentose, poco simpatiche: mi viene alla mente la voce di mia madre, quell'espressione di divieto “cattolico” che faceva: “prega el to santo ...”; o quella più osé: “gnanca par sogno”. Provo rimpianto, forse qualche rimorso per essere andato via così “presto” dalla mia terra; ma al contempo la certezza di star meglio adesso d'allora. Potrei andare avanti per molto tempo nel tentativo di descrivere le emozioni che quelle parole in dialetto mi possono evocare, sicuro di non poter esaurire l'evocazione suscitata. Si tratta di uno stimolo, quella frase in dialetto veneto, che possiamo definire polisemico: una sorta di condensazione di emozioni le più diverse, un buco nero da quale possono uscire associazioni emozionali infinite. Già nello scrivere queste frasi, nello scegliere i vocaboli più adatti per descrivere il vissuto a cui si fa riferimento, dipaniamo e separiamo emozioni che nella mente inconscia sono fuse, non districabili, difficili da precisare entro il linguaggio (Carli & Paniccchia, 2011, p. 108).

Effettivamente il tempo dell'*homo natura* e dell'orizzonte naturalistico imputati da Binswanger a Freud sono ormai lontani. L'Husserl delle sintesi passive (1918-1926), dei processi affettivo-associativi, della “coscienza interna del tempo” (1893-1917), dunque dell'antepredicativo (Caianiello, 1995; Trincia, 2008), come anche l'analitica heideggeriana, sembrano oggi potersi incontrare con le nuove declinazioni del sapere e della prassi psicoanalitica, sapere e prassi a cui Renzo Carli e Rosa Maria Paniccchia, decisamente, hanno apportato, e continuano ad apportare, un fondamentale contributo.

La loro parola, in tempi complessivamente bui, indica una via, ed al suo interno sembra effettivamente potervisi ritrovare “un unico, raccolto riparo”.

### *Bibliografia*

Binswanger, L. (1935). Sulla Psicoterapia. (Trad. it.) In F. Giacanelli (Ed.), *Per un'antropologia fenomenologia* (pp.125-151). Milano: Feltrinelli, 2007.

Binswanger, L. (1936a). Freud e la costituzione della psichiatria clinica. (Trad. it) In F. Giacanelli (Ed.), *Per un'antropologia fenomenologia* (pp. 229-253). Milano: Feltrinelli, 2007

Binswanger, L. (1936b). La concezione freudiana dell'uomo alla luce dell'antropologia. (Trad. it) In F. Giacanelli (Ed.), *Per un'antropologia fenomenologia* (pp.152-184). Milano: Feltrinelli, 2007.

Binswanger, L. (1944-1945). Il caso Ellen West. (Trad. it) In F. Giacanelli (Ed.), *Il caso Ellen West e altri saggi* (pp. 54-226). Milano: Feltrinelli, 1973.

Binswanger, L. (1956). (Trad. it), *Ricordi di Sigmund Freud*. Roma: Astrolabio, 1971.

---

<sup>10</sup> Ricordiamo come lo stesso Freud nella metapsicologia, nel suo saggio sull'Inconscio, scrivesse: «Come possiamo arrivare a conoscere l'inconscio? Naturalmente lo conosciamo soltanto in una forma conscia, dopo che si è trasformato o tradotto in qualcosa di conscio» (Freud, 1915, p. 49)

- Binswanger, L. (1957). Alla scoperta di Freud. (Trad. it) In B. M. D' Ippolito (Ed.), *La psichiatria come scienza dell'uomo* (pp. 53-71), 1992. Firenze: Ponte alla Grazie.
- Caianiello, S. (1995). L'inconscio della fenomenologia. Nota sul concetto di antepredicativo in Husserl. In B.M. d'Ippolito, E. Mozzarella & A. Piromallo Gambardella (Eds.), *Sogno e mondo: ai confini della ragione*. Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane.
- Caputo, A. (2001). *Pensiero e affettività: Heidegger e le Stimmungen* (1889-1928). Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., & Giovagnoli, F. (2010). L'inconscio nel pensiero di Ignacio Matte Blanco. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 4-20.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2002). *Analisi emozionale del testo*. 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. (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 Editore.
- Costa, V., Franzini, E., & Spinicci, P. (2002). *La fenomenologia*. Torino: Giulio Einaudi Editore.
- Csordas, T. J. (2012). Psychoanalysis and phenomenology. *ETHOS*, 40 (1), 54-74.
- Farina, G. (2012). *Sartre: Fenomenologia e passioni della crisi*. Firenze: Le Lettere.
- De Angelis, M. (2000). Per un'ontologia fenomenologia delle emozioni in Martin Heidegger. *Discipline Filosofiche*, 9 (2), 183-226.
- De Monticelli, R. (1998). *La conoscenza personale. Introduzione alla fenomenologia*. Milano: Edizioni Angelo Guerini e Associati.
- De Monticelli, R. (Ed.). (2000). *La persona: apparenza e realtà. Testi fenomenologici 1911-1933*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Fink, E. (1954). Appendice XXI. In E. Husserl (Ed.). (Trad. it) *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, (pp 498-500). Milano: Il Saggiatore, 1987.
- Freud, S. (1915). L'Inconscio, in *Opere*, vol. 3, pp. 49-88. Torino: Bollati Boringhieri, 1976.
- Freud, S. (1937). Costruzioni nell'analisi, in *Opere*, vol. 11, pp. 540-552. Torino: Bollati Boringhieri, 1979.
- Gadamer, H.G. (2012). *Bildung e umanesimo*. Genova: Il Melangolo.
- Galimberti, U. (1986). *Invito al pensiero di Heidegger*. Milano: Mursia.
- Heidegger, M. (1927). (Trad. it), *Essere e Tempo*. Verona: Arnoldo Mondadori Editore.
- Heidegger, M. (1954). (Trad.it), Premessa a *Saggi e Discorsi*. Milano: Ugo Mursia Editore, 1976.
- Husserl, E. (1893-1911). (Trad. it), *Per la fenomenologia della coscienza interna del tempo*. Milano: FrancoAngeli, 2001.
- Husserl, E. (1918-1926). (Trad. it), *Lezioni sulla sintesi passiva*. Milano: Guerini, 1993.
- Husserl, E. (1912-1952). (Trad. it), *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica. Vol. II – libro secondo: Ricerche fenomenologiche sopra la costituzione – Libro terzo: La fenomenologia e i fondamenti delle Scienze*. Torino: Giulio Einaudi Editore, 2002.

- Husserl, E. (1954). (Trad. it), *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*. Milano: Il Saggiatore, 1987.
- Jaspers, K. (1913). (Trad. it) *Psicopatologia Generale*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1994.
- Jervolino, D., & Martini, G. (Eds.). (2007). *Paul Ricoeur e la psicoanalisi*. Milano: Franco Angeli.
- Leoni, F. (2012). La coscienza come cosa, come inconscio, come atto mancato, come evento del mondo. Note su psicoanalisi e fenomenologia. *Psiche - Rivista di Cultura Psicoanalitica*, 2. Consultato da <http://www.psiche-spi.it/Psiche/indice3.html>.
- Lohmar, D., & Brudzińska, J. (Eds). (2012). *Founding psychoanalysis phenomenologically*. Springer, Dordrecht, Heidelberg. New York: London.
- Merleau-Ponty, M. (1945). (Trad. it), *Fenomenologia della percezione*. Milano: Bompiani Editore, 2003.
- Merleau-Ponty, M. (1949). (Trad. it), *Il bambino e gli altri*. Roma: Armando Editore, 1971, 1975.
- Merleau-Ponty, M. (1964). (Trad.it), *Il visibile e l'invisibile*. Milano: Bompiani, 1999.
- Molaro, A., & Civita, A. (2012). *Binswanger e Freud: Tra psicoanalisi, psichiatria e fenomenologia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Nietzsche, F (1874). *Sull'utilità e il danno della storia per la vita*. Milano: Adelphi, 2006.
- Ricoeur, P. (1965). (Trad.it), *Della interpretazione: Saggio su Freud*. Milano: Il Saggiatore, 2002.
- Rovatti, P.A. (2006). *La filosofia può curare? La consulenza filosofica in questione*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Russo, M.T. (2004). *Corpo, salute, cura. Linee di antropologia biomedica*. Soveria Mannelli: Rubettino Editore.
- Sartre, J.P. (1939). (Trad. it), Idee per una teoria delle emozioni. In N. Pirillo (Ed) *L'Immaginazione / Idee per una teoria delle emozioni*, (pp.154-212). Milano: Bompiani, 2004.
- Stanghellini, G. (2012). L'equivoco della coscienza. Fenomenologia, coscienza, inconscio. *Psiche – Rivista di Cultura Psicoanalitica*, 2. Consultato da <http://www.psiche-spi.it/Psiche/indice3.html>.
- Trincia, S. (2008). *Husserl, Freud e il problema dell'inconscio*. Editrice Morcelliana, Brescia.
- Vitelli, R. (2007). Spettri di Witmer: la domanda di Psicologia Clinica tra continuità e cambiamento. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3, 284-292. Consultato da [http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero3\\_07/Vitelli.htm](http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero3_07/Vitelli.htm)

## La psicologia clinica nei Ser.t.

di Anita Rubino\*

### *Premessa*

La lettura del libro di Renzo Carli e Rosamaria Paniccia è stata un'occasione per ripensare - partendo dal discorso degli autori sui cambiamenti della domanda di aiuto nelle U.O.S.M. - a come, in realtà, questi cambiamenti riguardino il Servizio Pubblico in generale. I bisogni dell'utenza e il suo modo di percepire il disagio, sia fisico che psicologico, hanno subito una profonda trasformazione, al pari del rapporto dei cittadini/consumatori con le Istituzioni. Il Servizio Pubblico sembra accettare con fatica tali cambiamenti.

Per introdurre il tema del cambiamento valoriale al quale abbiamo assistito negli ultimi decenni utilizzerò due esempi tratti dal mondo della pubblicità.

A fine anni '90 la pubblicità della cucina Berloni con lo slogan "una bellezza forte più del tempo" mostrava la dimora Berloni grande bella solida tutta illuminata destinata a durare come la stessa famiglia di imprenditori.

E' di questi giorni la pubblicità della cucina Ikea con lo slogan "Fate pure tutti i sogni che volete, in una cucina Ikea ci stanno tutti", quelli evocati nel filmato sono sogni di facciata, stereotipati che, tra l'altro, non riguardano affatto la cucina o il cucinare!

Vorrei partire da un passo del libro di Carli e Paniccia che si riferisce proprio al cambiamento valoriale: investimento diffuso, basso costo del denaro, accesso al credito da parte di un'area della popolazione senza garanzie, aumento dei consumi e aumento dei prezzi, alto tenore di vita. Tutto questo ha profondamente alterato non solo le abitudini e i modelli di riferimento di vasti strati della popolazione dei paesi industrializzati; ha altresì inciso sui valori condivisi e sui sistemi della relazione sociale: al solidarismo si è sostituito un individualismo aggressivo e competitivo. Ai valori della cultura si sono affiancati, sino a prevalere, quelli del consumo e dell'apparire.

Più avanti si fa riferimento al fatto che il cambiamento nel sistema del credito bancario ha costretto molti risparmiatori a trasformarsi in investitori, il "gioco finanziario" non solo ha coinvolto molte persone producendo impoverimenti, fallimenti e delusioni in moltissimi investitori, ma ha prodotto, contemporaneamente, un significativo cambiamento del modo in cui la nostra società simbolizza il danaro e il proprio rapporto con esso: è il danaro che produce danaro più di quanto non ne produca il lavoro e l'impresa.

I guadagni, quindi, non dipendono più dalla nostra fatica, dalla nostra capacità produttiva reale, quanto dalla nostra capacità di reggere una dimensione virtuale della propria vita e del proprio tenore di vita. Si vive costantemente in una dimensione "come se".

### *I Ser.t. e la nuova utenza*

Questa premessa mi consente di far riferimento all'altra faccia della medaglia di questa situazione appena descritta, quella che si rileva nell'osservatorio dei Ser.t.

In una società come quella descritta precedentemente si stanno diffondendo nuovi e crescenti comportamenti di consumo problematico che vedono accanto alle tradizionali forme di dipendenza da sostanze, forme di dipendenze senza sostanze che hanno conseguenze del tutto simili alle prime dal punto di vista dei rischi, dei costi sociali e delle ricadute sui consumatori e sulle loro famiglie. Mi riferisco alla shopping addiction, alla dipendenza da internet, ecc. (AAVV, 2011).

Questa nuova utenza che comincia ad accedere timidamente ai nostri Ser.t, mette in crisi gli equilibri sui quali fondano il loro assetto i servizi tradizionali che non sono attrezzati per com-

---

\* Dirigente Psicologo U.O. Ser.t. ASL NA 1 Centro



prendere una domanda che si fonda su un paradosso. Contrariamente a quanto accade per il consumo di eroina, infatti, si tratta di comportamenti non solo del tutto legittimi, ma anche socialmente incentivati, legati alla smania dell'acquisto (shopping addiction), all'esercizio fisico, alla dipendenza da internet e dai videogiochi, al gioco d'azzardo (inteso soprattutto come videopoker e gratta e vinci e bingo), al sesso (sex addiction), alle relazioni, al lavoro, ecc.

Non c'è una sostanza che, illegalmente venduta, modifica i circuiti cerebrali della gratificazione, non si tratta di persone messe - o che si mettono - ai margini della società, non si tratta di condotte devianti, disapprovate, da evitare e perseguibili legalmente. Chi passa intere giornate davanti al computer, chi viene preso dalla smania dell'acquisto, la casalinga che dopo essere andata al mercato si ferma al bingo a giocare un po', chi lavora sopportando ritmi stressanti, chi misura il proprio valore sulla quantità e qualità delle proprie prestazioni sessuali, tutte queste persone e i loro conoscenti non sentono di dover spiegare perché fanno queste cose e non ne riescono a vedere i rischi o la negatività.

Ecco quindi arrivare al Ser.t. un nuovo tipo di utenza che - a differenza dei tossicodipendenti da eroina - non è troppo pentita per ciò che ha fatto, non considera spregevole il proprio comportamento, non sarebbe disposta a fare qualsiasi cosa per non "farlo più" e che non pone il curante in una posizione di grande potere, per poi sconfermare sistematicamente tutti i buoni propositi e riprendere il circolo vizioso.

Ma si sa! La tossicodipendenza è una malattia cronica recidivante, etichetta con la quale abbiamo messo uno scudo protettivo tra noi curanti e la frustrazione derivante dalle continue sconferte alle quali il consumatore ci sottopone, forse proprio perché partiamo dal ricercare il problema nel tossicodipendente e non ci occupiamo del fenomeno da una prospettiva più ampia, cercando di condividere con i nostri clienti il significato che per loro hanno quei comportamenti aiutandoli a cercare forme più evolute di equilibrio, pur con le sostanze.

Ritornando alle nuove dipendenze, come si può perseguire l'obiettivo dell'astinenza dal consumo, da internet, dal lavoro, dal sesso? Come il personale sanitario può esercitare un controllo su questi comportamenti? Non esiste drug test sulle urine del giocatore di slot machine! E, soprattutto, non esiste farmaco sostitutivo specifico che ci aiuti a mantenere il paziente in trattamento e che dia senso al lavoro del medico e dell'infermiere.

La nuova tipologia di utenza, quindi, mette in crisi i capisaldi su cui si fonda la ritualità del lavoro presso i Ser.t, assetto collusivo che - è importante sottolinearlo - ha consentito una condizione di equilibrio e di soddisfazione per alcuni anni, anni durante i quali l'età media del consumatore si è innalzata, si è ridotto il numero di morti per overdose e il numero di consumatori contagiati dall'HIV o da altri virus correlati, si è limitato notevolmente il problema della sicurezza sociale legata al consumo di sostanze, si è consentito a un numero sempre maggiore di consumatori di metter su famiglia, di lavorare, ecc.

In questi anni, mentre una serie di allarmi sanitari e sociali sono diminuiti grazie a interventi efficaci, si è determinata una sorta di biforcazione degli assetti organizzativi. Da una parte si è andati nel senso della cristallizzazione degli equilibri: una specializzazione sempre maggiore orientata da un paradigma individualista, che ha prodotto un gran numero di studi sul substrato neurologico dei centri del piacere, un utilizzo sempre più raffinato dei farmaci e un privilegiare l'efficacia della psicoterapia a orientamento cognitivo-comportamentale di stampo americano; molti Ser.t. si sono avvicinati sempre più a un modello ambulatoriale dove ciascun professionista offre la sua prestazione e dove l'attenzione è sempre più sulla specializzazione dell'intervento, intervento che risulta parcellizzato e spezzettato. In questo scenario sempre meno importanza assume la centralità della persona che consuma, con le sue competenze, conoscenze, esperienze e relazioni.

L'altro assetto organizzativo reso possibile dagli anni di relativa tranquillità, che è forse quello più vicino alla realtà napoletana e più vicino ad un modello orientato da un'ottica di sviluppo, è quello che porta a sperimentare nuovi assetti organizzativi, nuove sinergie con altre Istituzioni, che rifiuta l'idea della malattia cronica recidivante per andare a co-costruire e poi verificare con il cliente l'opportunità e l'efficacia degli interventi. In questa accezione il cliente non è solo il consumatore, ma la comunità allargata nella quale il Ser.t. è inserito: i cittadini, le altre Istituzioni, le associazioni del terzo settore. Con essi si costruiscono alleanze, si cercano linguaggi condivisi, si progettano interventi per favorire la partecipazione, per leggere il disagio inserendolo nei contesti e non nelle persone, per costruire categorie di lettura della società che consentono di svelare i falsi miti, di

svelare la falsità di quella vita “come se” verso la quale gli imperativi sociali dominanti ci hanno spinto. Si tratta ancora di una metodologia di “nicchia”, che va a scontrarsi con le politiche aziendali che spingono alla parcellizzazione degli interventi e al modello ambulatoriale.

Tornando alla nuova tipologia di consumatori senza sostanze, essi sono – come tutti quanti noi – vittime di questa spinta esasperata verso una tipologia di consumo dove il bene da acquistare non è più legato al bisogno di apparire, di appartenere a una schiera di fortunati, di procurarsi qualcosa di valore duraturo nel tempo come la cucina Berloni e la sua solida famiglia di imprenditori; oggi nella società del consumo senza limiti, dove tutto gira intorno a te e dove fin da bambini ci viene conferito potere illimitato (“power to you” recita a una bambina lo slogan della Vodafone), il piacere dell’acquisto è legato al gesto in sé, all’effimero piacere di aver soddisfatto un impulso (Lipovetsky, 2007) , ciò che viene ricercato è l’effetto immediato piuttosto che il valore dell’oggetto in sé, e in ciò c’è una grande analogia con il consumo di sostanze dove il piacere del momento, dell’atto in sé supera anche la consapevolezza delle eventuali successive conseguenze spiacevoli.

Chi sviluppa un consumo problematico di sesso, di internet, di gioco d’azzardo, mostra che in questa spinta all’eccesso c’è anche chi non ce la fa, chi soccombe, chi non riesce a stare al passo con i tempi, ma questa condizione tende a essere rifiutata perché non si è ancora pronti a rendersi conto delle conseguenze di questa spinta esasperata al consumo senza limiti. Siamo una società drogata in “fase precontemplativa” (cfr. DiClemente, 1994), chi ci ricorda i possibili effetti spiacevoli è una persona da emarginare, che non ci somiglia! Chi soccombe è portatore di un problema che è dentro di lui, non nel modello di società oggi dominante.

Qualche giorno fa leggevo in una rivista specializzata per gli operatori delle tossicodipendenze che il gambling (gioco d’azzardo patologico) è stato “finalmente” inserito nel DSM IV sotto la voce: *disturbi del controllo degli impulsi* (Vanini et. al, 2012) e sicuramente ciò produrrà delle sperimentazioni farmacologiche per gestire questi disturbi. Tutto ciò perfettamente in linea con una società perennemente alla ricerca della soluzione veloce e indolore.

Fedele alla consegna mi sono concentrata su una nuova tipologia di utenza che sta arrivando ai Ser.t., ma lo stesso ragionamento può essere fatto, per esempio, per spiegare come mai l’aumento dei disturbi d’ansia e degli attacchi di panico.

Per concludere voglio utilizzare ancora una volta gli stimoli che la lettura del libro ci ha offerto: nel momento in cui una persona, inserita in uno specifico contesto culturale, prova emozioni che sente diverse da quelle prescritte dal senso comune, se vuol riconoscersi in questi assetti emozionali ha un duro lavoro da compiere. Ansia e depressione possono essere analizzate quali risposte emozionali che segnalano la difficoltà ad accettare e integrare, nella propria vita, emozioni diverse da quelle prescritte dal senso comune.

E’ su queste premesse che, a mio avviso, va colta la sfida che questa nuova tipologia di utenza ci propone.

### *Bibliografia*

AAVV, (agosto/settembre 2011). Entrare nelle dinamiche del consumo senza limiti. *Animazione Sociale*, 255, 36-70.

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 Editore.

DiClemente C.C. (1994). Il colloquio di motivazione e gli stati del cambiamento. In Miller W. & Rollnick S. // *Colloquio di motivazione*. Trento: Edizioni Centro Studi Erickson

Lipovetsky, G. (2007). *La felicità paradossale. Saggio sulla società dell’iperconsumo*, Milano: Raffaello Cortina Editore.

Vanini, S., Convento, S., Sgualdini, E., Hinnenthal, I., & Cibir, M. (2012). I giocatori sono come gli alcolisti? Individuazione e trattamento del GAP in un programma residenziale breve. *Mission*, 33. [www.federserd.it/periodico/mission33.pdf](http://www.federserd.it/periodico/mission33.pdf).



## **Intervento al Convegno: L'evoluzione della domanda di aiuto e del rapporto tra utenza e servizi.**

**di Marco Flavio Tosello\***

Ringrazio gli organizzatori del Convegno per l'opportunità di affrontare il tema "caldo" del funzionamento dei nostri Servizi di salute mentale. Quando ci incontriamo tra psichiatri "territoriali" spesso lamentiamo la mancanza di tempo per commentare, criticare, approfondire gli aspetti del nostro lavoro: quelli clinici ma anche quelli organizzativi ed operativi con le loro luci e, molto più spesso, con le loro ombre.

E' evidente come la presunta mancanza di tempo sia per lo più un alibi dietro al quale nascondiamo la difficoltà, se non la nostra "fuga", da temi che mettono in crisi i postulati stessi della nostra quotidianità lavorativa. Immettono dubbi, incertezze, potenti interrogativi: ma chi vuole uno psichiatra dubbioso e incerto? Il mandato sociale sembra essere quello di fornire sicurezze, risposte definitive e poco importa se vengono cercate solo nel tecnicismo della triade diagnosi, prognosi, terapia.

In questo senso un sentito ringraziamento va ai professori Renzo Carli e Rosa Maria Paniccia che con la loro disamina lucida, sostenuta scientificamente da dati di "rilevazione sul campo" ci inducono necessariamente a riflettere sulle caratteristiche di una storia che affonda nel passato ormai neanche tanto prossimo, ma ci porta a guardare ad un presente e soprattutto ad un futuro tutto da costruire.

Il libro affronta anche una lacerante, cruda ma concreta analisi del contesto sociale contemporaneo (come quando parla del "furto del futuro" subito dai giovani) che non può essere ininfluente rispetto al grave disagio manifestato nella società soprattutto dalle nuove generazioni e rispetto alla crisi della assistenza psichiatrica nel nostro Paese.

Tale prospettiva, poggiata su un attuale momento nel quale la crisi economica si presenta anche come una crisi di valori, di idee o di ideali, sembra non permettere un ottimismo rispetto alla possibilità di ordinare l'attuale caos in cui versa l'assistenza psichiatrica pubblica in bilico tra uno "smantellamento" a tutto vantaggio del privato ed una "rifondazione" su basi realmente nuove e vitalizzanti.

Tuttavia, per non voler eccessivamente generalizzare, la personale esperienza è limitata all'ambito della Regione Campania e, allo stato, in particolare alla città di Napoli e alla situazione della assistenza psichiatrica o meglio della tutela della salute mentale in questa zona e delle sue possibili prospettive.

Se dovessimo basarci su alcuni resoconti congressuali, scientifici o politici che siano, dovremmo essere felici perché sembra che in Italia tutto proceda bene, che le strutture siano numerose ed efficienti e nulla di più e di meglio potremmo pretendere!

In realtà, pur volendo ammettere che la situazione, sul territorio nazionale, presenta aspetti estremamente diversificati, forse con alcune aree di eccellenza, così non appare ovunque e così, certamente non appare nelle nostre zone considerando la Regione Campania e, in particolare, la città di Napoli.

Per correttezza e per non estremizzare, va precisato che strada si è fatta dalla chiusura dei manicomi e questo, verosimilmente, per merito almeno di una parte degli operatori della salute mentale che hanno curato l'aspetto dell'assistenza per ciò che riguarda la gestione dell'emergenza sintomatica, della crisi acuta, con il suo correlato di sintomatologia produttiva quali i deliri, le dispercezioni etc.

Ma la psichiatria dopo il 2000 è solo questo? Non si perpetua magari con maggiore ipocrita benevolenza, la strategia di controllo sociale tipica del manicomio? Quali scenari si aprono per il recupero del "*pieno benessere fisico, mentale e sociale*" (cfr. la definizione OMS di "*salute*") nel terzo millennio?

---

\* Psichiatra UOSM 31 ASL Napoli 1 Centro

Secondo la generale opinione della letteratura internazionale, non è più possibile limitarsi a quanto citato precedentemente, peraltro favorito dalla ricerca che ha messo a disposizione di tutti noi, presidi farmacologici sempre più efficaci e scevri da effetti collaterali, ma appare indispensabile affrontare la sfida del recupero e del reinserimento sociale del sofferente psichico.

Questo non è una velleitaria utopia ma una realtà sostenuta dalle nostre leggi (502/92, 229/99, 328/2000, etc.) che prevedono tra i Livelli Essenziali ed Uniformi di Assistenza (LEA), interventi ad elevato livello di integrazione socio sanitaria proprio in tema di ri – abilitazione e cittadinanza attiva. Qui le drammatiche criticità, in tale campo, della nostra città che, a mio parere, possono essere, semplificando, ristrette a due: carenze di mezzi, strumenti, risorse economiche e carenze di strategie. Dove la seconda criticità influenza pesantemente la prima giacché le risorse sono funzionali ad un obiettivo ed in tal senso vanno scelte quantitativamente e qualitativamente.

Chi opera nei Servizi di Salute Mentale si dibatte nella considerazione che, se una strategia esiste, è tesa ad obiettivi minimi, ben al di sotto dei LEA, privilegiando aspetti minimali dell'assistenza facilmente raggiungibili con impieghi enormemente più ridotti di risorse e cioè con un mero lavoro ambulatoriale quale quello ormai in uso in molte nostre Unità Operative.

Senza efficacia non ha senso il concetto stesso di efficienza! Se si raggiungono obiettivi risibili qualunque risorsa è eccessiva e contestabile!

Solo allora si potrà cominciare a ricomporre il lavoro all'interno delle singole Unità Operative:

- dotandole di sedi idonee non lesive prima di tutto della dignità degli assistiti e poi di quella degli operatori;
- sganciando il lavoro routinario dall'urgenza troppo spesso asservita a logiche di controllo sociale;
- implementando le attività tese a ridurre il ricorso al ricovero ospedaliero (reali interventi domiciliari, un Day Hospital formalmente riconosciuto e con idonei requisiti strutturali che permettano anche diagnostica, monitoraggio e necessari aspetti psicologici individuali e gruppal, spazi per la gestione territoriale della crisi),
- conferendo dignità ai progetti individualizzati che contemplino in contemporanea e non in una irreale e artificiosa progressiva sequenza, aspetti di prevenzione, cura e riabilitazione dove come prevenzione deve essere previsto (in accordo con tutti i progetti obiettivi nazionali nel tempo susseguirsi) una politica non attendista ma attiva e tesa ad identificare il disagio ed il disagioato sia pur "annidato" volontariamente e/o quale conseguenza dello stigma sociale all'interno dell'ambiente domestico.

Facendo i dovuti calcoli e confronti, le risorse da impegnare, a questo punto, non risulterebbero necessariamente più consistenti delle attuali ma certamente ridistribuite secondo logiche virtuose di miglioramento della prassi assistenziale centrata sul paziente e non autoreferenziale e cannibalica quale l'attuale.

A questa ipotesi di lavoro viene attualmente contrapposto un piano di riorganizzazione del Dipartimento che parte da un immediato passaggio dell'assistenza dalle 24 alle 12 ore con l'affido al 118 delle urgenze psichiatriche almeno durante le notti ed i festivi (chissà poi perché non i giorni feriali?).

Proseguendo poi con l'obiettivo di "tagliare" strutture complesse, vengono previste cinque aree ed una infinita serie di strutture semplici.

Le macro aree comprendono:

- U.O.C assistenza psichiatrica territoriale (11 CSM);
- U.O.C. assistenza psichiatrica ospedaliera (3 SPDC);
- U.O.C. salute mentale istituti penitenziari (Carcere e OPG);
- U.O.C. assistenza psichiatrica riabilitativa (10 CdR : quello del Distretto 31 viene cancellato!);
- U.O.C. prevenzione patologie psichiatriche (disturbi del comportamento alimentare).

Tale organizzazione appare a prima vista una riforma epocale, un tangibile stravolgimento degli schemi fin qui conosciuti! Ma anche uno stravolgimento di Leggi nazionali, Regionali, Progetti Obiettivi e quanto altro ha indicato la strada al nostro lavoro di operatori di Salute Mentale.

In sostanza, tale "riassetto" pare non essere previsto in nessuna di tali leggi ed emerge da una esigenza di risparmio: ma, se si vuole risparmiare sugli incarichi di direzione (i vecchi primariati) non basta tagliare dei nomi senza tagliare delle strutture? Magari banalmente affidando più

strutture allo stesso direttore? Come si può chiamare questa operazione se non “buttare via il bambino con l’acqua sporca”!

Peraltro, sotto il profilo sostanziale, tale riassetto sortisce un altro pernicioso effetto: sgangia totalmente ogni singola funzione dalle altre e dal territorio di riferimento del paziente che come una FIAT Panda vede i singoli componenti prodotti chissà dove per essere assemblati in fabbrica! Peccato che la Fabbrica della Salute Mentale nella “Rimodulazione” non è indicata e che le persone non sono autovetture Panda!

Inoltre, in tale riassetto, come in altri recenti provvedimenti riguardanti le strutture dipartimentali presenti nella Azienda Sanitaria Napoli 1 Centro non compare il ruolo della Psicologia Clinica che presente allo stato come Servizi autonomi, spesso sovra distrettuali, non trova uno spazio formale anche di integrazione con i Servizi di salute mentale ormai quasi orfani della cultura psicologica (agli ultimi Psicologi presenti nelle UOSM molto probabilmente non saranno rinnovati i contratti a termine).

Comunque, visto quanto accaduto con il riassetto della salute mentale, meglio per la Psicologia mantenere “*un profilo molto, molto, molto basso*”!

In conclusione, ritornando ad una visione più generale, si possono avanzare alcune osservazioni:

- Il “peccato originale” delle èquipe multi professionali sembra essere, salvo in alcuni, illuminati casi, la mancanza di una scelta, di una finalità ed anche di una strategia pre-condivisa. In altri termini sembra mancare una idea aggregante.
- Il dolore della “scoperta” non è tuttavia in questo ma nella incapacità di immaginare qualsiasi ulteriore strategia nell’attuale momento di “deregulation” che pervade tutta l’assistenza sanitaria ed, in particolare, quella psichiatrica.
- L’ipotesi di porre al centro la “relazione” è affascinante ma sembra realmente richiedere una profonda trasformazione culturale che coinvolga l’intera equipe nelle sue molteplici componenti: una bella sfida per il terzo millennio!