

di Renzo Carli*

Nel luglio del 1969 è in scadenza, alla Pirelli, il contratto sul premio di produzione. A marzo, l'azienda tenta di bypassare l'iniziativa sindacale con un "pacchetto" di offerte che anticipano e migliorano le richieste del sindacato: riduzione dell'orario di lavoro, settimana corta, possibilità del tempo parziale per le donne e gli studenti e altro ancora. Si tratta di un episodio scarsamente analizzato nei libri di storia contemporanea, ma a mio avviso di grande rilievo: la reazione sindacale è netta e forte, con scioperi e iniziative pesanti per l'azienda, quali la riduzione della produttività. Il clima di partecipazione allo scontro con il padronato raggiunge livelli impensati dallo stesso sindacato e, per certi versi, dà l'avvio all'autunno caldo che caratterizzerà un'epoca della storia italiana.

Con il pacchetto Pirelli si pensava di attenuare lo scontro conflittuale tra sindacato e padronato, sino ad eliminarlo tramite la negazione stessa della funzione sindacale. Gli imprenditori dell'epoca pensavano che l'identificazione dei lavoratori con il sindacato fosse in crisi, stavano prendendo vita i CUB (comitati unitari di base), e molti lavoratori lasciavano la "triplice" (CGIL, CISL, UIL). L'ipotesi degli imprenditori era chiara: se si riusciva a monetizzare la relazione con i lavoratori, bypassando i sindacati e la loro lotta sulle condizioni di lavoro e con la loro contrapposizione organizzata al mondo imprenditoriale, si sarebbero costruite situazioni di lavoro aconflittuali, facilmente gestibili dagli "uffici del personale". L'aconflittualità come risultato di una destrutturazione di una delle parti del conflitto. La risposta dei lavoratori fu dura, volta a denunciare pesantemente il tentativo di eliminare la conflittualità. Questo tentativo di eliminazione della conflittualità, quindi del sindacato, in nome del benessere insito nell'offerta padronale, fu esemplare ed ebbe costi altissimi, per le aziende come per i lavoratori. Dopo di allora, e grazie alle lotte del 1969, il padronato italiano, l'imprenditoria del nostro paese sentirono il bisogno di crescere e di professionalizzare la propria assente managerialità, quale si era proposta anche con il penoso tentativo del pacchetto Pirelli. Ci si rese conto che l'azienda, ma più in generale la realtà sociale hanno al loro interno, quale realtà ineliminabile, il conflitto tra lavoratori e datori di lavoro, il conflitto tra diversità di ruoli, funzioni, modi di vedere la vita, tradizioni, culture. E' ineliminabile il conflitto tra studenti e professori nella scuola e all'università; o il conflitto tra generazioni, quello tra forze politiche, tra religioni, tra generi. Il problema non è il conflitto, una potenziale risorsa per i sistemi sociali, ma il modo in cui il conflitto viene vissuto, simbolizzato e messo in atto. Il conflitto è indice di diversità, di alterità. Il conflitto, quindi, sta alla base dello scambio e della reciprocità. Senza diversità conflittuale non è possibile la relazione di reciprocità, ma solo una relazione identificatoria a un'istanza idealizzata.

Oggi il nostro paese è attraversato da una ventata culturale che vede nell'aconflittualità la soluzione a tutti i mali del nostro sistema sociale. Aconflittualità come adesione acritica al volere monolitico di un gruppo di persone al potere; gruppo caratterizzato dal potere forte del capo.

L'Italia viene da una storia recente che ha avuto inizio nell'immediato dopoguerra, quando i tre grandi del mondo, *leaders* di nazioni che avevano sconfitto il fascismo e il nazismo, decisero di suddividere il mondo in due grandi blocchi, quello occidentale e quello sovietico. Questa decisione fu presa nel 1945 a Yalta; tutti ricordiamo l'immagine dei "tre grandi", seduti per la foto di rito alla conferenza ove prese forma e vita lo "spirito di Yalta": Churchill, Roosevelt e Stalin.

De Gaulle, *leader* francese, non fu invitato alla conferenza.

* Professore ordinario di Psicologia clinica presso la Facoltà di Psicologia 1 dell'Università "Sapienza" di Roma, membro ordinario della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association.



La politica impostata a Yalta condizionò il mondo sino alla caduta del muro di Berlino e lo immerse nella “guerra fredda” (dal 1945 al 1989). La caduta del muro pose le premesse per la riunificazione della Germania. Infatti il paese tedesco fu diviso in due dalla conferenza. Cosa che non successe all’Italia, anche grazie alla presenza del più forte partito comunista europeo e a forze politiche anticomuniste maggioritarie. In Italia¹ i “grandi” accettarono una sorta di “Yalta interna” al paese, ove l’istituzionalizzazione del conflitto tra DC e PCI, o meglio tra blocco anticomunista e partito comunista, consentì un equilibrio dinamico, fatto di conflitti locali, di patteggiamenti fondati sul fattore K (dal russo “*Kommunizm*”). Il fattore K, fortunata espressione coniata da Alberto Ronchey, stava ad indicare la necessità di una frattura netta e invalicabile tra una maggioranza garante dell’appartenenza occidentale del paese e la sua “parte” comunista, che poteva esistere e svilupparsi localmente, a patto di non mettere in discussione, con la sua presenza e un suo eventuale potere a livello di governo nazionale, l’appartenenza dell’Italia al blocco occidentale. Lo spirito di Yalta ebbe quindi un’edizione tutta italiana, che istituzionalizzava quel conflitto altrove agito, spesso con la violenza, sia tra i blocchi che all’interno dei due blocchi. Lo spirito di Yalta si tradusse, nel mondo, nella guerra fredda, con le sue implicazioni e i suoi travagli. In Italia i conflitti vi furono e l’influenza di tali conflitti fu importante per la storia del nostro paese in quegli anni; ma l’equilibrio tra il blocco di governo e quello rappresentato dal PCI, prima in alleanza con PSI e poi da solo, tenne; con l’unica eccezione data dall’attentato a Togliatti del 14 luglio 1948, dove lo stesso leader comunista dovette intervenire per frenare le forti istanze all’insurrezione presenti nei militanti del suo partito.

Gli anni settanta, dopo il fallimento riformista del centro sinistra negli anni sessanta, furono segnati dal compromesso storico e dal governo di solidarietà nazionale, propugnato da Aldo Moro. Lo statista e segretario democristiano fu assassinato brutalmente, rapito mentre stava andando in Parlamento per sostenere il governo monocolore Andreottiano, detto della non – sfiducia per l’assenso implicito del PCI. Era la fine della Yalta interna, come abbiamo visto tutta italiana, che inaugurò un’era travagliata, di grandi riforme e di conflitti esasperati, di incertezze e di speranze. L’Italia, dal dopoguerra e dopo il periodo della dittatura fascista, conobbe quindi a livello politico, sociale, religioso, culturale un’epoca di grandi conflitti. Conflitti spesso insanabili perché ideologicamente fondati; ma anche conflitti su “cose terze”

¹ Storici sostengono che l’unità dell’Italia entro la divisione del mondo nei due blocchi, fosse anche il risultato di due statisti che in quegli anni del dopoguerra spinsero per questo obiettivo: De Gasperi, con gli USA soprattutto, e Togliatti con l’URSS.

di interesse comune, quindi conflitti produttivi e d'apertura ai problemi di tutti. L'impenetrabile cortina di ferro europea, ebbe in Italia una versione ben più attenuata e aperta al dialogo politico, sociale e soprattutto culturale.

La nuova era, inaugurata nel 1994, vede un acuirsi dell'intransigenza nei confronti del dissenso, un uso spesso spregiudicato dei mass media per la costruzione di una cultura dell'approvazione, dell'acquiescenza, spesso dell'opportunismo e del conformismo. Al conflitto e alla sua gestione si sostituiscono l'emarginazione del dissenso e l'espulsione di chi si oppone. Tutto questo può essere rassicurante, può dare l'impressione di ordine e di controllo della realtà sociale. Da lunghi anni viviamo in una cultura caratterizzata da conformismo e rassegnazione; in una cultura ove all'esplorazione si preferisce la dimostrazione di ciò che già si conosce, ove la mortificazione del pensiero raggiunge vertici sconosciuti da lungo tempo. Viviamo in una cultura senza antagonista e senza confronto. In una cultura ove tutti i giorni sentiamo parlare di legge – bavaglio e di espulsione prevista o esorcizzata del gruppo dissidente all'interno del partito di maggioranza.

Tutto questo ha riflessi molto rilevanti sulla psicologia clinica e sul lavoro psicologico clinico. Il bisogno di controllare l'altro, nelle relazioni di lavoro come in quelle affettive e familiari, è molto aumentato. Il controllo comporta la realizzazione di una fantasia di possesso; lo smacco nel controllare comporta rabbia, spesso volta verso se stessi. La domanda nei confronti dello psicologo clinico è anch'essa volta al controllo, e la pretesa caratterizza sempre più frequentemente la richiesta di chi si rivolge allo stesso psicologo. Sono cambiati i valori condivisi: si tratta di valori collegabili all'apparire, che ha quale riferimento i mass media; mezzi di comunicazione che, a loro volta, contribuiscono all'incremento di questi valori esibizionistici.

La pretesa assenza di conflitto comporta una negazione della diversità e della dialettica che la diversità comporta. Chi non appartiene alla cultura aconfittuale è fuori, non ha diritto d'interlocuzione e non vi è alcun interesse a raccogliere opinioni e pareri diversi dai propri. L'assenza di conflitto crea separatezza, isolamento; al contempo, il conflitto è trasformato in una continua gara a chi vince e a chi perde. E chi perde non ha alcuna voce in capitolo, viene cancellato. Sembra si stia assistendo ad una rivincita collettiva nei confronti dei valori di solidarietà e di attenzione ai più deboli, che avevano caratterizzato il conflitto tra cattolicesimo e marxismo. Un conflitto che, nel suo confluire unitario degli anni settanta, sembra aver aperto le porte ai valori del possesso e della giustificazione economicista del possesso, avido e vincente. Chi vince ha la stima e l'ammirazione identificatoria; chi perde è cancellato e sprofondato nella vergogna.

Quante volte sentiamo ripetere, in TV o sui giornali "con quest'opposizione non si può dialogare" o "con questa maggioranza non c'è spazio per trattare". Non si tratta solo di un clima politico: poco male. Si tratta piuttosto di un abito mentale, volto a negare la diversità e non ad incuriosirci per la stessa diversità.

Senza conflitto il sistema sociale, ma anche la convivenza quotidiana, s'impoveriscono e scivolano rapidamente verso il conformismo. Un problema al quale anche noi psicologi siamo chiamati a dare il nostro contributo.

L'inconscio nel pensiero di Ignacio Matte Blanco

di Renzo Carli* e Fiammetta Giovagnoli**

Premessa

Guardiamo al destino multiforme, variegato e indefinito della più grande scoperta di Sigmund Freud, il sistema inconscio. Già nel corso della sua proposta teorica, Freud presenta due distinte modalità di considerare l'inconscio. Nella *prima topica* lo considera come la vera realtà psichica, e lo fonda sulle cinque caratteristiche ormai note¹: condensazione; spostamento; assenza di contraddizione mutua tra la presentazione dei differenti impulsi, quindi assenza di negazione; assenza di tempo; sostituzione della realtà esterna con quella psichica. Nella *seconda topica*, di contro, propone una concezione strutturale della mente, ove il sistema inconscio si "concretizza" entro una componente "profonda" o *Es*, alla quale si contrappongono *Super Io* e *Io* quali elementi di rapporto con la realtà: una realtà interiorizzata come controllante e punitiva, il *Super Io*; una realtà con cui stabilire una relazione adattiva, tramite le funzioni dell'*Io*.

E' interessante considerare il successo della seconda proposta freudiana, se confrontata con la prima. Con la concezione strutturale della mente, si ha una sorta di reificazione della proposta psicoanalitica: c'è un "luogo profondo" dove urgono pulsioni tendenti a investire sensualmente, o meglio a sessualizzare ogni aspetto della realtà; questa istanza pulsionale (unica o duplice, nelle varie fasi di elaborazione) si scontra con le esigenze della realtà: una realtà culturalmente segnata e caratterizzata da urgenze moralistiche, come più volte commentato in ordine al sistema culturale in cui lavora e propone il suo pensiero psicoanalitico Sigmund Freud. Di qui la rimozione, intesa quale "operazione con cui il soggetto cerca di mantenere nell'inconscio rappresentazioni (pensieri, immagini, ricordi) legati a una pulsione. La rimozione si attua nei casi in cui il soddisfacimento di una pulsione – atta di per sé a procurare piacere – rischierebbe di provocare del dispiacere rispetto ad altre esigenze" (Laplanche & Pontalis, 1967).

Di qui la necessità di "venire a patti" con la realtà (culturale); a questo scopo si propongono due componenti della mente: l'*Io* quale mediatore tra pulsioni e realtà; il *Super Io* quale controllore, derivante dall'interiorizzazione delle figure parentali o comunque autoritarie della prima infanzia. Questo *teatrino* fatto di componenti mentali, in lotta dialettica tra loro, appare al contempo facile ed affascinante nel descrivere le vicende della mente umana. Quante volte, in un linguaggio fuoriuscito dalla stretta cerchia psicoanalitica ed ormai dilagante anche entro i modi di dire dei mass media, abbiamo sentito parlare di istanze superegoiche, di pulsioni inconfessabili strettamente connesse alla sessualità, di difese dell'*Io*, di *Io* debole, fragile, così come di *Super Io* rigido, inflessibile, incumbente! La topica strutturale fornisce un modello che ci sembra più narrativo che dinamico. Un modello ove compare nettamente ciò che è normale e ciò che non lo è; la nevrosi fa il suo ingresso, pesantemente, entro la concezione psicoanalitica della mente e il "funzionamento" dell'*Io*, la "forza" del *Super Io*, lo strapotere non arginato delle "pulsioni profonde" acquisiscono valore di elementi descrittivi dello scarto tra normalità e patologia. Una patologia che viene così "oggettivizzata", che perde la sua valenza "soggettiva" per entrare nella diagnosi che si fa medicalizzata, che sancisce il modello e lo scarto dal modello. Il tema delle "fantasie inconsce", della loro valenza trasgressiva, inquietante perché riferita alla sessualità od alla violenza aggressiva, predomina nella seconda topica; dimensioni che guidano il comportamento individuale dell'uomo e che vedono affermarsi una loro manifestazione qualora vengano meno quei freni inibitori che consentono una convivenza non sottomessa all'espressione problematica delle pulsioni, delle fantasie inconsce, delle istanze "profonde". Proporremo di contro, sulla scorta del pensiero di Matte Blanco, di guardare al modo simbolico emozionale con cui sono elaborati, collusivamente, gli oggetti della realtà contestuale.

* Professore ordinario, Facoltà di Psicologia 1, Università di Roma "Sapienza".

** Psicologa, Psicoterapeuta. Docente della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica, Roma.

¹ Riportiamo la formulazione delle cinque caratteristiche quale si trova nel lavoro di Matte Blanco (1975).

Proporremo, anche, di considerare quanto sia possibile un pensiero sulla simbolizzazione emozionale collusiva, atto a dare un senso alla simbolizzazione stessa, a ridurne la polisemia ed a farne un elemento costruttivo, che consenta la costruzione di sviluppo e prodotto sociale.

Come si vede, le implicazioni dei due modelli freudiani è molto diversa. Nella seconda topica si è costretti entro una specifica ed irriducibile opzione individualistica, ove le pulsioni o le fantasie inconscie sono proprie del singolo e possono trovare una manifestazione collettiva solo nella folla, entro quei contesti sociali ove hanno scarsa influenza i freni inibitori. Questi ultimi, dati dalle istanze di realtà o dalle norme interiorizzate, sarebbero gli unici fattori volti a contrapporre un ostacolo all'espressione devastante delle fantasie inconscie; di qui la civiltà, la convivenza, le espressioni organizzative volte al prodotto ed alla conoscenza, quali risultanti di questi ostacoli posti alle fantasie inconscie devastanti. Ben diversa è la concezione d'inconscio che noi valorizziamo, sulla base della prima proposta freudiana. Qui l'inconscio, inteso quale elaborazione emozionale della realtà contestuale e primariamente sociale, inevitabilmente sociale, condiviso entro un processo che, come abbiamo appena detto, chiamiamo collusione, è il costruttore della produttività dell'uomo, entro le sue relazioni sociali. Piccola nota storica: in una vecchia revisione del concetto di inconscio (Jervis, 1967) – siamo nella metà degli anni '60 – già si è persa ogni traccia della prima topica; si parla solo della seconda; la futura madre del nuovo inconscio, quello cognitivo. L'inconscio freudiano è riassunto da Jervis nei termini di attività psichica ignota alla coscienza, di cui per altro rintraccia le radici non nella psicologia, ma nella filosofia e nella psichiatria precedenti alla scoperta psicoanalitica. Attività psichica ignota alla coscienza, con in più – rispetto all'inconscio cognitivo – alcune turbolenze: è oscura, istintuale, rifiutata, quindi repressa. Per quanto concerne la prima topica oggi la ritroviamo con parsimonia, spesso molto impallidita e senza che tale genealogia venga riconosciuta, persi la ricchezza emozionale e polisemica e il modello che la fondava, nella logica narrativa – contrapposta a quella scientifica – di un'area della psicologia culturale.

Attualmente l'inconscio viene riscoperto, ma in foggia tale che non sappiamo più che farcene. E' prevalsa la tendenza, infatti, ad appiattire la nozione di inconscio su quella di "non consapevole". In un testo di Oliverio (1998) il termine inconscio appare in quest'accezione, come esperienza dimenticata. Cognitivismo e costruttivismo puntano l'attenzione sui meccanismi interni di regolazione che presiedono alla ricerca, all'elaborazione ed alla generazione di informazioni; meccanismi non consapevoli. Così l'inconscio può essere legittimato, finalmente, come oggetto d'indagine scientifica. Castelfranchi (1997) dice che, differenziandosi dalla semplice relazione stimolo-risposta e dalla scatola nera del comportamentismo, il cognitivismo è partito, in primo luogo, proprio dall'idea che questi modelli di apprendimento e di associazione non sono sufficienti ed adeguati per dar conto del pensiero o del linguaggio o di altre attività superiori cognitive umane. Come sono definite queste attività superiori? La coscienza viene accantonata. I processi di elaborazione dell'informazione non sono consapevoli. Si suppone, quindi, che noi non si sia in grado di conoscere le regole mediante le quali elaboriamo le informazioni in entrata, nel nostro sistema conoscitivo. Gran parte dei processi cognitivi sono di tipo inconscio, sono cioè processi "silenti o taciti". Questo tipo di autoregolazione, fondato su processi in gran parte inconsci e tendenzialmente naturali e universali, prende il posto della riflessione, del pensiero emozionato. Ancora una piccola nota sull'inconscio cognitivista, grazie a Legrenzi. (2002). L'Autore indica in Chomsky il capostipite del nuovo inconscio. Perché lui? Perché propone regole fondanti del linguaggio; regole delle quali, chi parla, non sa. Constatati i limiti della razionalità umana, che non possiede gli assunti di quella scientifica, ce ne spieghiamo il funzionamento adattivo in base all'evoluzione che ha ovviato ai limiti intellettivi, producendo processi automatici e inconsapevoli, con basi neurofisiologiche. Per questo l'uomo non va studiato entro un contesto storico, ma naturale. Non sono influenti cultura od educazione, che agiscono, sempre secondo l'Autore, su un piano più propriamente emozionale. Insomma, si cercano regole, non motivazioni. La mente è organizzata da regole, di cui l'utilizzatore sa ben poco; e, a quanto pare, sono quelle che contano.

La prima topica è più complessa, in quanto propone l'inconscio come la "vera realtà psichica" e ne dipana una logica specifica: logica visibile nel linguaggio dei sogni, nel pensiero psicotico così come nella psicopatologia della vita quotidiana.

Il 1975 è un anno importante per la storia della psicoanalisi. Escono due volumi interessanti per la proposta teorica "trasgressiva" in essi contenuta; due volumi scritti da psicoanalisti che lavorano in Italia. Franco Fornari pubblica, per i tipi di Feltrinelli, "Genitalità e cultura"; Ignacio Matte Blanco pubblica "The Unconscious as Infinite Sets", che arriverà in Italia nel 1981 per i tipi di Einaudi.

Con questi due volumi la teorizzazione psicoanalitica torna alla valorizzazione della prima topica, mettendone in evidenza le connotazioni psicologiche. Una sorta di “trasgressione” resa possibile, forse, dal clima culturale di contestazione dei saperi statici e dell’ortodossia militante entro i sistemi sociali; contestazione che il movimento studentesco aveva messo in evidenza, dal ’68 in poi, nell’ambito della cultura europea. Fornari e Matte Blanco propongono una teoria della mente; rifuggendo dalla narrazione di alterne vicissitudini delle pulsioni entro modelli tratti dalla cultura del mondo esterno, storicamente datate. In questa teoria della mente ha una importanza centrale il sistema inconscio, descritto nel suo funzionamento e nei suoi principi, per configurare una vera e propria psicologia generale del modo di essere inconscio della mente. Le strade intraprese dai due autori sono diverse: Matte Blanco approfondisce la logica del sistema inconscio, mentre Fornari accentra il suo interesse sulle “poche cose di cui parla l’inconscio” che definisce come “coineimi”. L’uno e l’altro pongono le basi per una nozione di inconscio che segua leggi sue proprie, differenti da quelle del pensiero “scientifico”, fondato sui principi di identità e di non contraddizione.

Il pensiero di Matte Blanco si iscrive, quindi, entro la proposta freudiana della prima topica. E’ interessante notare come Freud, nella prima topica, avesse separato il suo contributo clinico, legato ai casi classici, dal suo lavoro teorico orientato a definire e connotare il sistema inconscio. Sistema inconscio che non caratterizzava la “malattia” nei confronti della “normalità”, ma che pretendeva di definire un’area specifica ed importantissima del funzionamento mentale. La prima topica, lo ripetiamo, può essere intesa quale proposta di “psicologia generale” volta a definire il funzionamento di un’area della mente con sue specifiche caratteristiche, fortemente diversificata dal modo d’essere della mente “consapevole”, o meglio dal pensiero scientifico. Come più volte s’è detto, la connotazione inconscia non ha nulla a che vedere con l’assenza di consapevolezza dell’individuo pensante. *L’inconscio non è contrapposto alla coscienza, quanto alla “non pensabilità” di un processo mentale che per sua natura sfugge all’organizzazione consapevole del pensiero.* Inconscio, lo ripetiamo, perché non sempre è chiara tale dimensione della proposta freudiana, non significa “al di fuori della coscienza”; indica di contro dimensioni mentali difficilmente traducibili nel pensiero scientifico, perché al di fuori delle sue regole e del linguaggio che le comunica. Questa è la diversità “clinica” tra prima e seconda topica: nella prima si propone un sistema mentale a sé stante, con una sua logica ed un suo linguaggio che corrisponde poi al linguaggio emozionale; nella seconda, di contro, si configura una serie di componenti mentali, con un loro contenuto ed un loro processo. Nella prima topica il normale ed il patologico confinano senza soluzione di continuità; nella seconda si definiscono i parametri della normalità e della patologia, inaugurando una stagione “medicalizzata” della psicoanalisi.

Matte Blanco ha fatto risorgere la prima topica in un periodo storico, siamo alla metà degli anni Settanta del secolo scorso, in cui la psicoanalisi stava perseguendo (grazie ad un lungo cammino di legittimazione scientifica della cura) un posto prestigioso entro l’area dell’intervento medico per la cura delle malattie mentali. Uno di noi ricorda ancora, eravamo alla fine degli anni Sessanta, la commozione con cui alcuni psicoanalisti presentarono, ad un congresso di psicoanalisi, il primo italiano “cattedratico di psichiatria” che era *anche* psicoanalista. In un contesto della psicoanalisi italiana ove i pochi psicoanalisti operanti nel paese erano, per la maggior parte, medici che in gioventù avevano scelto di farsi “transfughi” dagli istituti universitari di psichiatria, per dedicarsi ad una scienza e ad una professione dalla scarsa credibilità scientifica e dall’accentuata marginalità professionale.

Negli anni Settanta, anche grazie alla presenza di alcuni psicoanalisti nel corpo docente dei primi corso di laurea in psicologia, si ha uno sviluppo della domanda culturale e professionale di psicoanalisi nel nostro paese. Sviluppo che vede prevalere, entro la trasmissione dei modelli psicoanalitici, la più facile “psicologia dinamica” associata alla seconda topica; anche per la difficile ed incerta comprensione della prima topica, definita erroneamente e settorialmente quale topica “economica” (in contrapposizione alla topica “strutturale” o “dinamica”) e vista quale area residuale della proposta teorica che via via prende corpo dall’originaria proposta freudiana.

Matte Blanco rimescola le carte, e non solo in Italia. Le reazioni alla sua proposta furono, sì, di tipo concettuale, teorico: volte a mettere in dubbio quanto egli proponeva circa la “logica dell’infinito” quale metafora e/o modello del sistema inconscio, ma furono anche reazioni incredule, per certi versi scandalizzate per la profonda critica che il pensiero di Matte Blanco portava al modello clinico fondato sulla seconda topica, nell’evidente e pregnante componente clinica che la sua proposta comportava. Uno di noi ricorda i lunghi anni di analisi, nel corso degli anni Settanta e dei primi anni

Ottanta, con lo psicoanalista cileno. Analisi ove sperimentò *in corpore vili* la profonda valenza clinica del pensiero di Matte Blanco. Vediamone alcune dimensioni.

La valenza clinica della proposta di Matte Blanco

La comprensione degli eventi della cura passano, in primo luogo, dalle emozioni provate dallo psicoanalista nella relazione psicoanalitica. Ciò che lo psicoanalista “capisce” della relazione analitica, può essere “provato” solo dal suo modo di essere inconscio della mente. Si potrà obiettare che questa affermazione vale per qualsiasi opzione teorica fondante la prassi psicoanalitica. Crediamo che questo valga “sulla carta”, non entro la realtà pragmatica di molti psicoanalisti orientati alla seconda topica. Il meccanicismo della proposta strutturale può prendere il sopravvento e l’osservazione dei processi strutturali può rappresentare, di fatto, l’unica categoria di lettura della vicenda del paziente. Lo psicoanalista che “osserva” le dinamiche interne dell’Io, del Super Io e dell’Es *nel paziente*, può perdere di vista le sue emozioni e la relazione che dall’interazione emozionale è generata; può trasformare l’attenzione alla relazione e alle vicende affettive che essa suscita, in una narrazione delle vicende intrapsichiche dell’altro. Ciò che viene meno, in questo caso, è la rilevanza della relazione quale elemento critico e centrale della teoria e della prassi psicoanalitiche. La rilevanza della *relazione* nella sua dimensione emozionale, in altri termini collusiva. Va sottolineata qui la specifica accezione conferita al termine “relazione”, intesa quale condivisione simbolico affettiva delle connotazioni contestuali di un rapporto sociale. Ben diversa dalle molte altre accezioni del termine: ad esempio quelle che parlano di mente relazionale, “nel senso che la psicopatologia, così come il funzionamento normale, vengono spiegati come il risultato di una costruzione, a partire dalle esperienze affettive rilevanti vissute nelle relazioni dell’infanzia, di “modelli operativi” o schemi cognitivo-affettivo-comportamentali che agiscono a livello inconscio come programmi motivazionali, orientando i comportamenti della persona adulta secondo aspettative, motivazioni, reazioni comportamentali ecc., derivate appunto dalle relazioni interpersonali del passato” (Dazzi & De Coro, 2007). Nella prospettiva della citazione, come in molte altre ottiche psicoanalitiche, la relazione non è vista nell’*hic et nunc* del rapporto quanto come relazioni dell’infanzia o del passato che influenzano il singolo individuo, “i comportamenti della persona adulta” considerati in un’ottica irriducibilmente individualista. Posizioni legittime, s’intende, quelle individualiste; ma da non confondersi con l’ottica relazionale, ove l’attenzione è alla dinamica emozionale che fonda e costruisce la relazione tra psicoanalista e paziente, così come ogni relazione entro l’esperienza sociale.

La prima topica freudiana fa riferimento diretto e centrale alla relazione tra psicoanalista e paziente, ma lo fa in modo del tutto peculiare: una modalità che passa dal vissuto emozionale e dalle caratteristiche che questo vissuto assume, alla luce delle implicazioni cliniche del modo di essere inconscio della mente. Si badi bene: del modo di essere inconscio della mente del paziente e dello psicoanalista. Mentre con la seconda topica si può avvalorare l’assunto sull’assetto “normale” della mente dello psicoanalista, legittimato quindi a emettere una “diagnosi” di quanto succede nel mondo interno del paziente, nella prima topica questa assunzione di normalità non ha alcun senso².

² Nella “assunzione di normalità” dello psicoanalista o dello psicologo clinico, si assume come “vera” l’ipotesi che la psicologia clinica si debba occupare di persone problematiche, quindi di persone che dipendono dallo psicologo e dalla conoscenza definitoria, spesso chiamata in modo scorretto diagnostica, che egli può avere dell’altro problematico. Nell’ipotesi, scontata, che se l’altro è problematico e si rivolge allo psicologo, *per definizione lo psicologo, grazie alla sua capacità conoscitiva ed al contempo per legittimare questa stessa competenza a conoscere e classificare l’altro, debba essere esente da problemi*. Questo è specifico della psicologia così intesa, si badi bene, come anche della psichiatria; non della chirurgia, dell’ortopedia o della pediatria. Spieghiamoci: un chirurgo che opera di tumore gastrico deve possedere una buona tecnica operatoria; ma nessuno gli chiede di essere esente da tumori, ed in particolare da tumori gastrici. Un ortopedico che cura una scoliosi, non deve di certo garantire di avere, a sua volta, una colonna vertebrale sana, non scoliotica. Ma uno psicologo clinico che cura una persona affetta da disturbi di attacco di panico non “può” essere affetto dallo stesso disturbo, né da altri problemi citati nel Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (D.S.M.). In qualche modo si presume che lo psicologo clinico, così come lo psichiatra, debba essere “normale”. Questa *presunzione di normalità* deve essere garantita da lunghi studi, da esperienze di psicoterapia personale, dalla supervisione dei casi clinici trattati nella fase iniziale dell’esperienza

Il principio di *simmetria* e quello di *generalizzazione*, proposti da Matte Blanco sulla scorta delle ipotesi freudiane sull'inconscio, hanno il potere di destrutturare ogni rapporto tra oggetti cognitivi, all'interno di quanto viene vissuto entro il modo di essere inconscio della mente. Se i due principi funzionassero senza alcuna interferenza da parte del sistema cognitivo e del pensiero dividente ed eterogenico, la nostra mente precipiterebbe in un vissuto terribile ed angosciante che lo psicoanalista cileno definisce come vissuto di "non esistenza".

Proviamo a chiarire questo punto con un esempio: racconteremo un breve sogno di un paziente. Si tratta di un uomo sulla quarantina, sposato ma senza figli, affermato professionista in una cittadina del Lazio. Questa persona viene in analisi per via di una vita affettiva vissuta come problematica: pur innamoratissimo della moglie con cui condivide la vita familiare come quella professionale, da qualche anno non ha più relazioni sessuali con lei. Per lui tutto questo non ha importanza, in quanto l'affetto e l'innamoramento non sono venuti meno con l'assenza della sessualità; anzi, a suo dire si sono rafforzati. La moglie, di contro, mostra segni di intolleranza; sembra si sia innamorata di un altro uomo, vuole separarsi da lui pur continuando il sodalizio professionale. L'uomo è spaventato all'idea della separazione, anche se ne sente per certi versi l'ineluttabilità. Viene in analisi per affrontare questa situazione confusa e penosa al contempo.

Dopo qualche mese di analisi porta il seguente sogno:

"Sono per strada, vedo una donna bellissima e ne sono attratto sessualmente; la donna è indefinita, senza volto. Mentre mi rendo conto della mia attrazione, vedo passare vicino a me mia moglie, con lo sguardo perso nel vuoto; spero che mi guardi, ma mia moglie mi passa accanto senza dar cenno di riconoscermi e si perde in lontananza."

Matte Blanco parla del modo di essere inconscio della mente come di una modalità "omogenea e indivisibile": modalità che consegue coerentemente al principio di *generalizzazione* e a quello di *simmetria* con i quali la mente inconscia tratta gli elementi di realtà. Parla, di contro, di una modalità "dividente ed eterogenica"³ a proposito della mente che genera il pensiero scientifico, ove la funzione della mente è principalmente quella di stabilire relazioni tra aspetti della realtà.

professionale; in sintesi, da un lungo training. Il futuro psicologo clinico che voglia esercitare la psicoterapia, deve subire ed accettare lunghi anni di formazione, spesso lunghissimi per una formazione periodicamente ripetuta, al fine di aver sancita una qualche appartenenza societaria. E' questa appartenenza che funge da garanzia della normalità, quindi da garanzia nei confronti di quell'essenzione da disturbi che renderebbero dubbio l'intervento conoscitivo e terapeutico nei confronti di chi è "malato".

Non ci si è, forse, soffermati abbastanza su questa presunzione di normalità dello psicologo clinico, necessaria quando si adotta la prospettiva individualista e si definisce la psicoterapia o l'intervento psicologico quale cura rivolta a persone disturbate, malate, sofferenti, portatrici di disagio psichico, affette da disturbi mentali o altre definizioni del genere. Questa presunzione di normalità, associata alla conoscenza che la psicodiagnosi, comunque intesa o definita, comporta

sull'altro, struttura una specifica relazione di potere agito; quel potere agito che prevede la dipendenza di chi "sta male" nei confronti di chi opererà per il suo star bene, quindi per la sua riconduzione alla norma. L'etimo di *normale* rimanda a chi è aderente alla norma; norma, nella lingua latina, significa "squadra" quale strumento di misura; normale vale, quindi, "chi è fatto secondo la squadra, che sta ad angolo retto"; di qui rettitudine o attesa della normalità. In sintesi, l'aggettivo normale vale colui che si conforma, che sta nella forma prevista dalle attese predefinite; *la vicinanza tra normalità e conformismo è ben evidente*. Questa presunzione di normalità non è soltanto nelle attese e nell'identità dello psicologo clinico, dello psicoterapista o dello psichiatra. E' anche la componente fondamentale delle attese del sistema sociale nei confronti di chi si debba o si possa occupare della sofferenza psichica. L'attesa sociale di normalità sembra essere lo scotto che lo psicologo clinico deve pagare, visto il grande potere che gli viene affidato con l'assunzione di dipendenza nei suoi confronti, necessaria da parte di chi si vuol far curare. Questa presunzione di normalità (o, se si vuole, di conformismo) è, a nostro modo di vedere, una delle ragioni rilevanti nel produrre quel processo di *deformazione* entro la formazione clinica in psicologia, se orientata dal paradigma individualista. Supponenza, distacco emozionale, falsa modestia, atteggiamento onnipotente, tendenza a comportarsi come un oracolo, affettata disponibilità e serenità, sorriso falsamente benevolo sempre affiorante nell'espressione, pacatezza inquietante, tutto questo ed altro ancora caratterizza il nostro psicologo clinico pronto a prendersi cura dell'"altro", malato, a partire dalla sua "normalità" competente.

³ Più volte è stato notato come le due espressioni utilizzate da Matte Blanco sono intrinsecamente diverse: nel caso della modalità "dividente ed eterogenica" si indica un'azione ed un divenire modulato entro il tempo: c'è un atto di divisione, di differenziazione, che dà origine ad eterogeneità tra elementi della realtà che

Guardiamo al sogno. Pensando, però, che la *stesura* scritta del sogno in questo saggio, da parte nostra, ed il *racconto* del sogno da parte del paziente, avvengono con la mediazione del linguaggio. Un linguaggio espresso narrativamente, quindi entro una modalità dividente ed eterogena. Ecco un primo problema, dal punto di vista clinico. Non dal punto di vista modellistico, teorico. E' infatti associato ed accettato che, per parlare della teoria dell'inconscio, si utilizzi il pensiero scientifico, che fonda relazioni e stabilisce legami dividenti tra i vari aspetti della teoria. Così si accetta di parlare dell'inconscio entro un universo simbolico che non appartiene all'inconscio, che esercita un "pensiero su" quanto avviene entro la dinamica inconscia. Si accetta, quindi, di stabilire una relazione tra quanto avviene nel sistema inconscio e quanto noi diciamo "sull'inconscio" a partire dal pensiero dividente ed eterogeno. Ma torniamo alla clinica: alla clinica dell'inconscio. Certo, non è possibile parlare del sogno, quindi interpretarlo ed utilizzare l'interpretazione entro la prassi psicoanalitica, senza l'uso del linguaggio. Ecco un problema paradossale, almeno apparentemente: si può utilizzare il materiale clinico "inconscio" addomesticandolo⁴ entro un linguaggio fatto per stabilire relazioni ed entro una prassi interpretativa, fondata sulla relazione tra paziente e psicoanalista. Questo è possibile se si seguono, comunque, alcune indicazioni tratte dalla teoria sull'inconscio. Un primo accorgimento può essere quello di non trattare il sogno come un "racconto", vale a dire come una narrazione articolata e dotata di un senso conseguente alla sua inserzione nel tempo e nello spazio. Si può, di contro, guardare al sogno utilizzando le parole dense⁵ che lo attraversano. Abbiamo così una sequenza del tipo: donna – strada – bellissima – indefinita – attrazione sessuale. Ed ancora: vicino – moglie - passare – sguardo perso – non riconoscimento – lontananza.

Si potrebbe pensare alla contrapposizione tra "donna di strada" che attrae e "moglie" che passa, si perde, s'allontana... forse passa a miglior vita. Ancora una contrapposizione tra donna-che-attrae come "vita"; moglie-che-s'allontana come "morte".

Guardiamo alla parola "indefinita" che connota la donna attraente: *finis* è il confine, il limite, con il rafforzativo *de*; la negazione di ciò che è definito, di ciò che ha un limite, un confine, comporta l'assenza di una figura precisa, di un viso con un contorno riconoscibile. Ciò rimanda ad una impossibilità di definire, di dare una fisionomia alla donna che attrae. Quindi di poter essere attratti da una donna precisa, dotata di un'identità che consenta un rapporto d'attrazione, o se si vuole un rapporto sessuale. Ma vale anche il reciproco: per il principio di simmetria, l'uomo che è attratto da

successivamente verranno posti in relazione tra loro. Nel caso della modalità "omogenea e indivisibile", di contro, si indica uno stato senza divenire; questa modalità, come le sabbie mobili, sembra attrarre ed inghiottire quanto viene a contatto con lei.

⁴ Utilizziamo ancora il linguaggio di Matte Blanco. Ricordando come "addomesticare" deriva da *domestico*, dal latino *domus* (casa). Addomesticare significa quindi riportare alla casa della usualità e della conoscenza, quanto è forestiero (dal latino *foris*, che vale fuori, quindi fuori di casa). Si veda al proposito l'interessante lavoro di Padiglione (1994) ove il cinghiale della foresta viene contrapposto simbolicamente al maiale domestico.

⁵ Si veda al proposito Carli & Paniccia (2002). Per parole dense s'intendono le componenti di un testo (scritto o parlato) a massima polisemia ed a minima ambiguità. Sappiamo che le parole si dividono in due grandi categorie, se viste sotto il profilo psicologico clinico: parole dense (*alta polisemia e bassa ambiguità*) e parole non-dense (*bassa polisemia e alta ambiguità*). Le seconde acquisiscono significato entro il contesto linguistico; quindi evocano una bassa "simbolizzazione emozionale". Un esempio è dato dalla parola "andare": vado a casa, vado bene, vado a spasso, vado e non torno più. La parola acquisisce significati simbolicamente differenti, se iscritta entro contesti linguistici diversi. Si tratta di una parola ambigua, che trae senso solo dal contesto linguistico in cui è iscritta; quindi di una parola che, se presa a se stante, denota bassa polisemia: l'evocazione emozionale è strettamente connessa al contesto linguistico. Se invece considero le parole: "vado-via", quale specifica e unica espressione linguistica, allora l'emozionalità evocata diviene intensa e ampia. Questo, in coerenza con la "densità" dell'espressione "vado-via", che può essere evocata e vissuta in modo coinvolgente, indipendentemente dal contesto linguistico in cui s'incontra l'espressione. Pensiamo alla parola "bomba": la dinamica emozionale evocata è, ancora, molto forte e tendenzialmente univoca nel suo senso affettivo (evocante distruzione, scoppio improvviso, desertificazione di un luogo, disastro, morte, un dilaniarsi di cose e persone...e così all'infinito), indipendentemente, ancora una volta, dal contesto linguistico in cui essa è iscritta.

Abbiamo denominato queste parole od espressioni polisemiche: parole "dense". Dense, in riferimento alla simbolizzazione emozionale intensa, tendenzialmente infinita, che sono in grado d'evocare in chi le pronuncia, le sente o le legge in un testo.

una donna indefinita, è anche la donna indefinita che è attratta dall'uomo che sogna. Se attrazione vale "essere portato verso" dal latino *ad trahere*; l'indefinito impedisce la direzione dell'essere portato: l'indefinitezza fa fallire l'attrazione, la rende impossibile. La donna di strada, d'altro canto, è indefinita e rende impossibile l'attrazione: si pensi alla illusione della relazione con una prostituta, donna che non si può possedere, che non si concede se non entro un ambito prostituivo, senza partecipazione, senza reciprocità, senza ricambiare una possibile attrazione. Nel simmetrico, la donna è attratta dall'uomo, ma in questo caso è l'uomo stesso che non si concede, che non può reciprocare l'attrazione, che non sa vivere la relazione sessuale fondata sulla reciprocità. L'uomo, nelle due condizioni della donna impossibile o di se stesso impossibile, non può vivere una relazione al di fuori della relazione con la moglie, vale a dire al di fuori, "per strada". Può, di contro, sperare in uno sguardo reciproco della moglie "che passa" e se ne va in lontananza. Vale a dire di una moglie che è passata a miglior vita per quanto concerne la vita sessuale. Può reciprocare lo sguardo di chi non s'avvicina, ma al contempo è già vicina in quanto legata a lui dal vincolo del matrimonio.

Guardiamo al termine "senza riconoscermi": il mancato riconoscimento. Ri-conoscere (dal latino *re-cognosco*) vale conoscere una seconda volta, ed implica una meta-conoscenza; se si vuole, una reciprocità quale esito della conoscenza di secondo ordine entro una relazione. La donna morta, quindi, è morta perché manca della possibilità di riconoscere, quindi di reciprocare le emozioni e gli affetti dell'uomo. Ma, per il principio di simmetria, vale anche l'inverso: è l'uomo che non riconosce la moglie, non la fa vivere sessualmente, emozionalmente.

In sintesi, l'uomo sembra scisso entro le *due figure femminili dell'impotenza*: impotenza verso la donna attraente perché indefinita, verso la moglie perché morta, entro relazioni ove non è possibile la reciprocità. Al contempo comunica che in lui si è risvegliato il desiderio sessuale, sia pur direzionato verso la donna di strada, la donna indefinita e quindi impossibile.

Si può notare che il sogno ha infiniti significati, se per significato intendiamo la traduzione entro un senso comune e comunicabile del messaggio emozionale onirico. E' questo il grande insegnamento di Matte Blanco e della sua proposta di sistemazione "logica" del modo di essere inconscio della mente. Nell'ambito clinico, nell'ambito della prassi clinica si può intendere la produzione onirica e quella delle libere associazioni come una "miniera" di dati entro la quale ciò che possiamo fare è scavare. Se per *data mining* intendiamo usualmente l'estrazione di dati utili attraverso l'analisi matematica applicata ad un insieme di dati di grandi dimensioni, qui il *data base* non è "grande" per la quantità dei dati contenuti ma per le sue *connotazioni infinite*. Le parole dense sono il mediatore tra il modo di essere inconscio della mente e ciò che di questo modo d'essere possiamo conoscere, accettando appunto l'addomesticamento attraverso le mediazioni linguistiche della sua espressione. Il linguaggio, quale espressione del modo dividente ed eterogenico, ha le sue espressioni grammaticali, sintattiche e pragmatiche che possono essere analizzate psicoanaliticamente, tramite le dimensioni simboliche espresse. Ormai famosa, al proposito, la disamina che Franco Fornari fece dell'apologo della contadina slava: quella contadina che si lamentava di non essere più amata dal marito: infatti, non la bastonava da qualche settimana. L'interpretazione di Fornari ruotava attorno alla dimensione simbolica che equiparava il bastone al pene, potendo così tradurre l'apologo quale lamentarsi, da parte della contadina, per la trascuratezza sessuale del marito. Qui, peraltro, la corrispondenza simbolica consente una traduzione non polisemica dell'apologo. Impoverendo, così, la polisemia di una parola densa quale "bastone". Trascurando, inoltre, altre dimensioni dell'apologo, quale ad esempio il *lamentarsi* quale espressione neo-emozionale⁶ del possesso entro una relazione che non prevede scambio.

La proposta presentata, conseguente all'insegnamento di Matte Blanco, è più complessa: comporta la destrutturazione del "racconto" onirico, l'individuazione dei nuclei polisemici presenti entro le parole "dense" della verbalizzazione onirica, l'estrazione di senso tra le infinite possibilità di traduzione della polisemia e la scelta strategica, entro la dinamica della cura psicoanalitica storicamente situata, del senso che più s'avvicina al possibile sviluppo del paziente e della relazione

⁶ Il concetto di neo-emozione è stato proposto da R. Carli e R.M. Paniccia (2002, 2003, 2005) per indicare dimensioni emozionali volte a costruire relazioni sociali collusive, ovvero modalità di relazioni condivise all'interno di un contesto sociale poiché fondate su comuni modi di simbolizzare affettivamente il contesto stesso. Le neo-emozioni sono: *obbligare, pretendere, controllare, diffidare, provocare lamentarsi, preoccuparsi*. Si tratta di processi emozionali che non appartengono all'individuo, al suo mondo intrapsichico, quali sono le emozioni di rabbia, amore, gioia, paura, ma fanno riferimento sempre alla relazione sociale.

con lui. Il sogno, se visto entro questa prospettiva storica, consente di proporre al paziente il suo desiderio di uscire dall'impasse di una morte della sessualità, vissuta entro la relazione con la moglie, e il tentativo di comunicare all'analista una parte *viva* in lui, anche se impossibile da realizzare, da mettere in pratica per l'impraticabilità, appunto, di una relazione con una prostituta, simbolizzata quale degrado svilito, deteriorato dell'amore. Questa "interpretazione", è importante sottolinearlo, può essere proposta al paziente quale ipotesi su cui lavorare nella relazione analitica (ad esempio, verificando se la componente transferale comporta il vissuto di un analista moralista e disapprovante nei confronti di un possibile rapporto con una prostituta); sapendo peraltro che sono possibili infinite altre "analisi" del sogno, e che nel corso della cura sarà possibile ritornare sul sogno per utilizzarne altri significati tra quelli possibili. E' anche importante riconoscere che il lavoro di estrazione di senso da un sogno va iscritto in un divenire di lungo periodo, per il paziente come per l'analista. E' quindi fondamentale, per l'analista, lasciar sedimentare le componenti polisemiche del sogno e ritrovarne altri possibili significati con il procedere della conoscenza nell'analisi e con il possibile attenuarsi delle resistenze entro la mente dell'analista stesso come del paziente.

Ritorniamo ora alla valenza clinica della proposta di Matte Blanco. L'inconscio, quale modo di essere caratterizzato da generalizzazione e simmetria, non dice nulla sullo stato di salute o di malattia-disagio-problematicità della persona in psicoanalisi. Ci fornisce una chiave di lettura del linguaggio inconscio, sapendo che quanto ci viene comunicato con i sogni, i lapsus, le vicende relazionali del rapporto tra paziente ed analista, è mediato dalla comunicazione, quindi dalla relazione: il linguaggio, quale strumento di relazione, non può che stabilire relazioni, appunto. Sta all'analista cercare segni del modo d'essere inconscio della mente in tutto ciò che viene comunicato con il linguaggio. Si pensi, ad esempio, al principio di generalizzazione: nel nostro sogno c'è una "donna bellissima" vista per strada, quindi una "donna-bellissima-di strada". *Quella* donna è anche tutte le donne bellissime di strada. Quindi: "tutte le donne bellissime sono di strada" o, se si vuole, "tutte le donne di strada sono bellissime". Qui si stabilisce una relazione, che nel modo d'essere inconscio non è possibile. Si pone, di contro, una "identità" delle donne bellissime con le donne di strada, una sorta di deterioramento intrinseco della bellezza femminile; la "donnità", quale sacca di simmetria, è contrapposta alla "moglità" (altra sacca di simmetria), e quest'ultima ha a che fare con la morte. Si può amare la moglie perché non è una figura di donna, altrimenti sarebbe una prostituta. Ecco una spiegazione che stabilisce relazioni. Ma la cosa per il sistema inconscio è ben diversa. Si potrebbe dire che la "donnità" è scissa in una "donnità bella e deteriorata" ed in una "moglità senza bellezza, senza reciprocità, morta". Per la "donnità bella e deteriorata" è possibile sentire attrazione, ma la reciprocità non è possibile perché la donna è indefinita. Con la "moglità senza bellezza, morta" la reciprocità non è possibile, perché la morte impedisce la reciprocità dello sguardo. In sintesi, *il sogno mette in evidenza l'assenza di reciprocità nelle relazioni con la "femminilità"* (donnità e moglità sussunte entro una più ampia sacca di simmetria) che il paziente vive e comunica.

Il linguaggio del sogno utilizza, nella sua forma esplicita, termini del linguaggio comune; qui il contesto linguistico precisa il senso delle parole e fa assumere alle singole parole un significato non ambiguo né polisemico. Nel linguaggio inconscio, che attraversa il sogno nella sua forma narrativa, le singole parole riassumono valenza polisemica.

Utilizziamo il termine *polisemia* in senso emozionale. Etimologicamente la parola vuol dire: "che ha molti significati", dal greco *polùs* (molto, numeroso) e *semà* (segno). Indica la facoltà, propria di una parola, di portare significati diversi: un esempio può essere rintracciato nella parola latina *liber*, che anticamente vuol dire corteccia, poi libro. Con il termine in esame, d'altro canto, vogliamo riferirci alla caratteristica che una parola, un oggetto, un evento assumono se considerati entro la dinamica simbolica emozionale, se visti con la logica del modo d'essere inconscio della mente. Riferendoci a questa caratteristica assunta dagli oggetti entro l'inconscio, ci si è provati a definirla in vari modi. Ricordiamo la nozione di *sovradeterminazione* in Freud:⁷ sia esso un sintomo o un sogno, rinvia ad una pluralità di fattori determinanti. I molteplici elementi inconsci possono organizzarsi in sequenze significative diverse, di cui ciascuna, a un certo livello d'interpretazione, possiede una propria coerenza. La sovradeterminazione è strettamente correlata con la caratteristica inconscia della *condensazione* (Laplanche & Pontalis, op. cit): un'unica rappresentazione, che riunisce varie catene associative di cui costituisce il punto d'intersezione. La condensazione è in azione nel sintomo e, più in generale, nelle varie formazioni dell'inconscio; è stata messa in evidenza soprattutto nel sogno.

⁷ Una formazione dell'inconscio, ricordano al proposito Laplanche & Pontalis (op. cit).

La condensazione non è un riassunto (non è una narrazione, diremmo noi) del sogno; ogni elemento manifesto del sogno è determinato da più significati latenti, ed inversamente ciascuno di tali significati può ritrovarsi in più elementi; inoltre, l'elemento manifesto non rappresenta sotto uno stesso rapporto ciascuno dei significati da cui deriva e non li sussume quindi, come farebbe un concetto. Matte Blanco, nella sua teorizzazione della *bi-logica*, parla al proposito di *sacche di simmetria*. Ricordiamo un suo esempio, citato da Rayner e Tuckett (1988) nell'introduzione all'ultima produzione dello psicoanalista cileno: "Matte Blanco è convinto che la psicoanalisi abbia messo in evidenza, fin dalle origini, anche se non in modo esplicito, una simmetrizzazione. Egli riporta a tal fine un esempio tra i più recenti. Si parla abitualmente di un paziente che prova invidia del seno. Nel fare ciò, non ci si riferisce specificamente all'invidia del seno destro o sinistro della signora Mary Higgins, o di qualsiasi altra donna, ma all'invidia di tutti i seni di tutte le donne: invidia del SENO. Gli individui sono scomparsi e l'unica cosa che resta è la *senità* – e non solo la *senità* fisica, ma anche quella psicologica. Matte Blanco descrive la sostituzione di un seno specifico, tangibile, con il concetto di *senità* (che comprende ed è eguale a tutti i seni) come una tipica simmetrizzazione." (Trad. it. p. 29).

La *senità* rimanda a Barthes (1957) che utilizza lo stesso processo di trasformazione di una parola nella sua dimensione astratta, per indicare il mito: la piccola casa basca a Parigi, sta per la *baschità*. L'instabilità del mito, dice Barthes, obbliga il mitologo alla ricerca di una terminologia adatta, che spesso è un neologismo. L'idea della Cina, nella mente di un francese piccolo borghese di inizio secolo scorso, era quel miscuglio speciale di campanelli, di portantine, e di fumerie d'oppio che l'Autore propone di denominare *sinità*. Barthes, che ricorda Freud nella sua formulazione di una teoria generale del mito, dice anche che il sapere contenuto nel concetto mitico è un sapere confuso, formato da associazioni incerte, indefinite; il concetto di mito ha un carattere aperto, si tratta di una *condensazione* (sic!) informe, instabile, nebulosa, la cui unità e coerenza dipendono soprattutto dalla funzione.

Nel lavoro sull'Analisi Emozionale del Testò abbiamo proposto di chiamare *parole dense* quelle parole simbolizzate emozionalmente e che si prestano a questa sovradeterminazione affettiva. Si può vedere che l'allusione metaforica impera nel cercare di definire qualcosa che, direbbe Matte Blanco, non possiamo definire con il nostro linguaggio costruito sullo stabilire relazioni, fondato sulla mente discriminatrice e classificatrice. Densità delle parole, sacche di simmetria, sovradeterminazione, condensazione, *senità*, *sinità*, sono metafore degli oggetti trasformati dalle simbolizzazioni emozionali; oggetti che assumono quell'indefinitezza di senso, quella pluriformità che Matte Blanco ha teorizzato quale unità dell'individuo e della classe, con la conseguente perdita dei legami che costruiscono il pensiero dividente ed eterogenico.

Collusione e percezione

Come la percezione configura differenze negli stati del mondo, così la collusione li organizza e li differenzia emozionalmente. Percezione e collusione, in modi diversi e in aree differenti del funzionamento psichico, istituiscono la relazione tra individuo e contesto; consentendo di organizzarlo in dimensioni definite, coerenti con le competenze percettive ed emozionali, quindi mentali della persona. Entrambe, inoltre, se in integrazione, definiscono la dimensione sociale del rapporto con la realtà. Così come la percezione, anche la collusione conosce un incremento di competenza, definibile come articolazione emozionale sempre più efficiente ed efficace della realtà. Ciò avviene lungo parametri che sarebbe utile identificare, sia per la percezione che per la collusione.

Pensiamo che i due poli di questo aumento di competenza a trattare con il contesto, dal punto di vista della dinamica collusiva, siano definibili dalla polisemia, ad un estremo, e dallo stabilire relazioni tra oggetti, all'altro. La polisemia confonde ed omogeneizza, fondandosi sui principi della generalizzazione e della simmetria, proposti da Matte Blanco. Lo stabilire rapporti tra oggetti, di contro, consente la differenziazione e la distinzione tra differenti elementi della realtà; permette inoltre di definire la modalità della differenziazione: più alto o più basso; stare dentro o stare fuori; correre verso o fuggire da; passare attraverso o evitare. Rimanendo nell'ambito della collusione, si può notare che la dinamica simbolica che la fonda può cambiare, progredire potremmo dire, da simbolizzazioni altamente polisemiche, come le categorie amico-nemico, alto-basso ecc., a

categorizzazioni della realtà più organizzate e differenziate, quali le neo-emozioni (pretendere, controllare, diffidare, provocare, obbligare, lamentarsi, preoccuparsi); forme più evolute della collusione sono le culture locali: modalità collusive che caratterizzano la simbolizzazione emozionale di chi condivide ed opera entro specifici contesti. Il tutto avviene, sempre, tramite il progressivo integrarsi tra polisemia e stabilimento di relazioni. Colludere significa, in questo senso, trasformare la polisemia emozionale di base, in emozioni differenziate; vale a dire capaci di esprimere, nel loro manifestarsi, primitive o più evolute relazioni tra oggetti della realtà. Viene alla mente un paziente, che potremmo definire borderline, perché connotante la sua terapia psicoanalitica con emozioni violente e difficili da pensare, da trasformare in una qualche relazione tra oggetti. All'inizio di una seduta, lo psicoanalista ritarda di un paio di minuti il suo arrivo nella stanza dell'analisi. Il paziente, già steso sul lettino, all'ingresso dell'analista ha uno sfogo di rabbia che prende forma in parole; il paziente dice: "Credo che la mia analisi sia finita qui, penso di non venire più da lei". Qui la forma verbale dell'emozione polisemica d'interruzione e di distacco, di rifiuto, di distruzione della relazione e di rabbia, si propone come stabilirsi di relazione tra "io" e "lei"; relazione che viene caratterizzata da "io non vengo più da lei". Ebbene, è bastata questa espressione verbale dell'emozione di rabbia, questa "sistemazione" emozionale entro i vincoli del linguaggio, quindi entro uno strumento necessariamente costruito quale relazione tra oggetti, per far dire al paziente una frase successiva, ove lo stabilirsi di relazioni diventa più pensato, anche se emozionalmente saturo: "Certo, se non vengo più... perdo una cosa per me preziosa". In questo esempio si vede come la dinamica collusiva crei nel paziente un bisogno, si può ben dire la pretesa, di veder rispettata ed accolta la sua esigenza di presenza totale ed indiscussa dell'analista, quale oggetto a completa disposizione; questa pretesa ha il fine di tener sotto controllo l'emozionalità rabbiosa, pronta a investire l'analista di diffidenza e di conseguente rifiuto. La pretesa viene occasionalmente disattesa, e il paziente è preso entro una fantasia di distruzione dell'analista e del legame con lui. L'emozionalità, vissuta entro un momento di rabbia intensissima, precipita il paziente in uno stato di non esistenza, di perdita del legame con la realtà dell'analista, di sé in analisi, dell'entità del ritardo, di valutazione dell'evento entro i termini della realtà. Ciò che emerge è un'emozione distruttiva polisemica che vorrebbe passare come un'ondata improvvisa sulla relazione e sull'esperienza analitica, radendo tutto al suolo. Il paziente potrebbe agire quest'emozione, alzandosi ed andandosene, come più volte ha minacciato di fare e ha anche messo in atto, all'inizio della terapia, pur tornando poi alla seduta successiva. Invece utilizza il linguaggio per esprimere la sua emozione; necessariamente, quindi, si trova a stabilire una relazione tra sé e l'analista, potendo in tal modo pensare all'emozione che non è agita, ma verbalizzata. Lo stabilirsi di questa relazione fa evolvere la dinamica collusiva verso il sentimento di perdita, di lutto e di riparazione entro il riconoscimento del valore che per lui riveste il rapporto analitico. Ecco un esempio di processo collusivo che, superando l'agito della fantasia evocata dall'evento frustrante, arriva ad esprimere l'emozione con il linguaggio, potente strumento di riduzione della polisemia; riduzione che consente di pensare alla perdita che l'interruzione comporta; consente, quindi di esprimere verbalmente una fantasia riparatoria. La rabbia evocata dal ritardo è fortemente polisemica; la sua espressione verbale ha ridotto di molto la polisemia, il pensiero riparatorio sulla perdita si pone decisamente al polo della costruzione di relazioni tra oggetti. Si può anche notare che, con il loro progredire verso lo stabilirsi di relazioni, le simbolizzazioni collusive non soltanto riducono la polisemia affettiva al loro interno, ma contemporaneamente incrementano la relazione produttiva con la realtà.

La collusione, in altri termini, *ha funzioni di adattamento alla realtà*, sempre. Ciò avviene con il progredire della relazione collusiva verso prodotti che richiedono l'intervento di competenze sempre più specifiche; si nota, in tal caso, un'evoluzione del processo collusivo che assume connotazioni più complesse, entro la relazione oggettuale. Per essere chiari: nella relazione madre-bambino può essere utile rappresentare la dinamica collusiva nei termini della relazione amico-nemico; in base a tale processo collusivo, dalla relazione possono essere esclusi quegli oggetti che creano reazioni allarmate nel bambino, come se avesse a che fare con un nemico. Il nemico può essere visto nell'assenza della madre, principalmente; assenza trasformata in presenza persecutoria, che motiva il pianto-rabbia nel bambino e richiama la presenza della madre. E' importante includere il pianto-rabbia entro la relazione collusiva madre-bambino: senza tale funzione di comunicazione, non si capirebbe il senso difensivo che il pianto assume nei confronti dell'assenza. Così come non si capirebbe la sua capacità d'evocare risposte simbolico-affettive intense. Se pensiamo, di contro, ad una lezione universitaria, vediamo il docente simbolizzato quale "adulto che sa"; un adulto che, per

così dire, “spezza il pane della scienza” agli allievi. Visti, questi ultimi, quali bambini che aspettano il sapere dall’adulto. La relazione implicata nel rapporto docenza-apprendimento, all’università, è caratterizzata d’altro canto da più complesse dinamiche simbolico-affettive: si pensi all’attesa identificatoria degli studenti nei confronti del docente, vissuto quale modello professionale per il loro futuro; si pensi alla simbolizzazione affettiva della comprensibilità di quanto appreso, della ricaduta pratica di quanto viene studiato, della relazione tra i differenti apprendimenti entro le differenti discipline, della fama del docente, ecc.. Nel caso del rapporto docente-allievi all’università, la riduzione della polisemia si contestualizza e la stessa dinamica neo-emozionale viene riassunta entro repertori culturali, sempre a fondamento collusivo. Ad esempio, l’obbligo può tradursi nella cultura degli adempimenti; la pretesa, nell’attesa di poterla esercitare nei confronti del profano, con l’acquisire il ruolo della tecnicità che pretende dipendenza, concorrendo così a creare la specifica cultura locale di quell’università.

In sintesi, la progressiva riduzione della polisemia entro le simbolizzazioni collusive, e la conseguente differenziazione degli elementi di realtà in rapporto al processo produttivo, caratterizzano l’evoluzione delle relazioni entro il contesto sociale. E’ però possibile che si abbiano subitane e violente regressioni, quando specifiche situazioni del contesto lo richiedono: si pensi all’aggressione che una persona, un gruppo od un’organizzazione sociale possono subire da parte di un rapinatore, di una banda di delinquenti o di un paese che vuol fare guerra ad un altro paese. Nel caso di rapporti subitanei con la violenza, la simbolizzazione collusiva può ritornare a dimensioni primitive quali la paura, l’aggressione dell’avversario o la fuga; consentendo reazioni di difesa atte a fronteggiare il pericolo insito in un contesto ove l’unica simbolizzazione collusiva possibile è quella amico/nemico.

Vediamo la stessa problematica con i termini proposti da Matte Blanco.

La madre che rifiuta il seno, e l’analista sono la stessa cosa e costituiscono la sottoclasse delle madri rifiutanti, che si sottraggono alla funzione di accudimento e di nutrimento; ma si propone anche un’altra sottoclasse, quella della madre-analista che rappresenta una cosa preziosa per il paziente. Se analizzassimo più specificamente la sintomatologia del paziente, troveremo che anche altre persone presenti nella sua vita vengono ricondotte a queste classi di simmetria costituite da tutti gli individui-madri che rifiutano il paziente sottraendosi a lui o che rappresentano la sottoclasse delle madri-cose preziose.

“Il modo più accurato per descrivere quanto succedeva nel suo stato emozionale sarebbe quello di dire che individui, sottoclassi, classe generale e funzione proposizionale che definisce la classe sono una e la stessa cosa. E’ un tipico caso di identificazione dell’individuo con la classe o funzione proposizionale che la definisce, caratteristica del pensiero simmetrico, come si vede nell’emozione o nelle manifestazioni dell’inconscio profondo. E’ evidente in questo caso la qualità generalizzata della simmetria” (Matte Blanco, 1975, trad. it. p. 307).

Nel caso del paziente che “si sente abbandonato” dall’analista come in quello descritto da Matte Blanco a proposito della *classe delle madri rifiutanti*, e come in molti altri casi clinici che si potrebbero considerare in questa ottica di *analisi logica*, non si spiega peraltro la preferenza che il paziente accorda ad una sottoclasse rispetto alle altre ed alla classe generale. Preferenza che per Matte Blanco è la dimostrazione di una *quota di asimmetria insinuatasi nell’applicazione del principio di simmetria*. D’altro canto, tale quota di asimmetria è comprensibile se si collegano i bisogni ed i desideri espressi dal paziente con quel particolare istinto fondamentale, direttamente biologico, del quale essi sono la manifestazione indiretta, elaborata e mascherata, direbbe Matte Blanco. Per l’Autore gli istinti sono caratterizzati da una quota di asimmetria molto elevata, dato che essi sono meno soggetti ad una gratificazione simbolica, ove si verifica una sostituzione equivalente dell’oggetto. Per questo motivo l’Autore parla di *inserzione laterale dell’istinto sulla mente*. E pur potendo essere poi altamente simmetrizzati quando espressi in modo simbolico, i bisogni originari o istinti conservano la loro supremazia per tutta la vita, orientando quindi le preferenze dell’individuo per quelle sottoclassi, all’interno delle più ampie classi simmetriche, che rappresentano più direttamente la tematica fondamentale dell’istinto. Secondo questa teoria, quindi, ciò che caratterizza la scelta asimmetrica in una modalità individuale di manifestazione del sintomo, del sogno o della nevrosi, è dovuto alla relazione tra desiderio e istinto o, in altri termini, all’appoggio della fantasia sessuale sulla pulsione di autoconservazione.

L'Autore sottolinea, come abbiamo visto, che i temi di base dell'istinto giocano un ruolo primitivo e fondamentale nella vita mentale, consentendo una relativa asimmetria nell'esperienza emozionale; perciò alcune sottoclassi emozionali sono distinte da altre e possono esercitare un ruolo costruttivo di preferenze, nella mente di ciascuno. In tal senso la terapia, se vista nell'ottica della funzione di dispiegamento⁸, cioè di stabilire relazioni e quindi di facilitare il pensiero asimmetrico, si può basare su queste "tracce" di asimmetria che caratterizzano il sistema inconscio e che a loro volta derivano dall'originaria asimmetria delle rappresentazioni mentali istintuali. Una di tali distinzioni, forse la più rilevante per la sopravvivenza dell'individuo, è lo schema amico-nemico su cui si basa quella primitiva distinzione emozionale dell'oggetto, fondamentale per la sopravvivenza. Continuando con questo ordine di considerazioni, si può affermare che l'uomo possiede una funzione discriminata, il modo d'essere asimmetrico, il pensiero che è per sua natura dividente e distinguente, cioè scopritore e creatore di eterogeneità; e un modo di essere omogeneo ed indivisibile, che tende a con-fondere tutti i differenti aspetti della realtà in una unità. La funzione del primo modo d'essere, il cui potenziamento ed arricchimento è lo scopo della psicoterapia e dell'intervento psicologico clinico, si baserebbe su quella asimmetria che è già esistente nella mente e che è determinata dalla modalità asimmetrica di dispiegamento degli istinti. L'emozione, quindi, è la matrice del pensiero in quanto offre infinite possibilità di sviluppo; ma lo è tramite la mediazione dell'istintualità. E' quest'ultima che organizza l'inconscio quale *collezione* di insiemi infiniti e non come unico insieme infinito. Sono le relazioni asimmetriche tra gli insiemi infiniti dell'inconscio che si pongono quali "barriere" atte a costruire le borse di simmetria, quelle che: "trasportano l'essere simmetrico dalla sua profonda natura inconscia in qualche tipo di rappresentazione nella coscienza (la superficie). Le relazioni asimmetriche sarebbero qualcosa che spinge l'inconscio verso la coscienza, in un processo senza fine" (Matte Blanco, 1975, trad. it. p. 334). Il problema è allora quello di stabilire come si organizzano queste borse, queste pareti di un contenitore che consentono il lavoro di traduzione e quindi l'accesso alla coscienza dei contenuti dell'inconscio. E' importante, al proposito, considerare la genesi delle emozioni che, ad un rilievo clinico, appaiono come aree o borse di simmetria distinte le une dalle altre: al punto che si può essere consapevoli della differenza tra l'amare, l'odiare, l'aver paura, l'essere tristi, il provare rabbia.

Consideriamo i *coinemi* di cui parla Fornari, le poche cose di cui parla l'inconscio. Fornari li distingue in *erotemi* (seno, pene, ano, corpo nudo, latte, feci...) e *parentemi* (madre, padre, fratello, sorella...) e nelle dimensioni pragmatiche della *nascita* e della *morte*. Gli erotemi si possono riferire alla trasmigrazione dell'interesse emozionale del bambino nelle varie parti del corpo, privilegiate nella loro funzione biologica; si può quindi notare come essi siano ancorati all'appoggio libidico sulle pulsioni di autoconservazione e sugli oggetti asimmetricamente strutturati di tali pulsioni. Qui parrebbe funzionare l'inserzione laterale dell'istinto di cui parla Matte Blanco, in quanto le emozioni "erotemiche" possono essere considerate, nella loro differenziazione, come originate dall'asimmetria dell'istinto e dalla distinzione tra gli istinti. Nel caso dei parentemi, di contro, la dicotomia di base è fondata su contrapposizioni asimmetriche riferite a rapporti tra il corpo ed il contesto (alto-basso; dentro-fuori; davanti-dietro); contrapposizioni che nascono dalla consapevolezza emozionale di una relazione e che si fondano sulla funzione discriminatoria del pensiero, non su funzioni orientate dall'istinto. Si potrebbe osservare, peraltro, che anche gli erotemi hanno come corrispettivo mentale la contrapposizione tra *dentro* (possedere il seno) e *fuori* (assenza del seno); o se si vuole la contrapposizione tra *essere con* ed *essere abbandonati da*. I parentemi, a loro volta, possono connotare contrapposizioni tra *appartenere* ed *essere esclusi*, ancora riconducibili all'essere con, essere abbandonati da. I parentemi, così come gli stessi erotemi, sembrano avere quindi una chiara derivazione culturale, fondata sulla relazione e sulle connotazioni emozionali della relazione. Questo

⁸ Per Matte Blanco, il pensiero asimmetrico che legge nell'essere simmetrico trova un infinito numero di potenzialità discrete in ogni classe. La classe, in una immagine concreta, si *dispiega* grazie all'analisi del pensiero asimmetrico. Di qui la funzione di traduzione-dispiegamento. L'Autore è molto prudente, sin quasi allo scetticismo, su questa possibile funzione di traduzione-dispiegamento nei confronti dell'inconscio che, per sua natura, non potrà mai diventare conscio. Si può tentare una sorta di "imitazione" dell'inconscio: si può utilizzare la metafora del "disordine" per descrivere l'inconscio; ma questo non ci porta lontani nel tradurre il modo d'essere simmetrico della mente, visto che la stessa nozione di ordine-disordine è fondata sul pensiero asimmetrico, perché richiede lo stabilirsi di relazioni (ordinate, ad esempio).

ha una conseguenza specifica e a nostro parere interessante sulla funzione di interpretazione-dispiegamento entro la prassi clinica. Consideriamo questa funzione quale estrazione di relazioni e quindi di asimmetria dall'essere simmetrico: quando abbiamo a che fare con emozioni che si appoggiano su dimensioni istintuali, allora l'asimmetria proposta con l'interpretazione non può che far riferimento all'originaria asimmetria dell'istinto. Se di contro ci si trova confrontati con emozioni originate dal confronto con la realtà relazionale, originate quindi dalla cultura contestuale, allora lo stabilimento di relazioni non può essere ricondotto a una sorta di traccia prestabilita dall'istinto. E' interessante notare che mentre gli istinti, secondo la presentazione di Matte Blanco, sono originariamente asimmetrici, *ciò non accade per le relazioni*. Ad un livello inconscio, nelle relazioni regna la simmetria; Matte Blanco dice al proposito: "L'uomo non ha relazioni con i propri simili ma è i propri simili" (1975, trad. it. p. 331).

Ciò comporta alcune conseguenze che proveremo ad esporre. Il rapporto con il cibo, è un esempio che traiamo da Matte Blanco, è orientato originariamente all'oggetto in grado di soddisfare il bisogno: il seno-capezzolo o i pochi altri oggetti (biberon) che assolvono a questa funzione essenziale per la sopravvivenza. Qui non è possibile un processo di simbolizzazione in grado di fondare la costituzione di una classe omogenea indivisibile, intesa quale classe di equivalenza ove gli oggetti che soddisfano la proposizione definitoria sono tutti identici. Per questo il rapporto con tale oggetto è paragonato a quello dell'*imprinting* etologico, ed ha una fondamentale importanza nello sviluppo cognitivo dell'individuo (Money-Kyrle, 1968)⁹. Il rapporto con i genitori, o meglio con la loro relazione, non è di contro *dato* su base istintuale; ciò per il fatto che, originariamente, non vi è distinzione e quindi relazione tra sé e gli altri. Per l'essere simmetrico non vi è distinzione tra sé e gli altri, quindi non c'è neppure individualità, quindi identità che differenzia; ciò può essere sentito, se si guarda alla cosa da un punto di vista asimmetrico, come annientamento, come lo sprofondare nella non esistenza. Questo è il motivo per cui Matte Blanco sembra identificare la patologia mentale come irruzione di simmetria entro la modalità relazionale, destrutturando il pensiero simmetrico che fonda la distinzione tra sé e gli altri. Per l'Autore, lo ribadiamo, è nel rapporto con le persone, e non con gli oggetti primitivi di autoconservazione, che si instaura la patologia mentale. Ciò sembra dovuto ad una minore resistenza delle relazioni all'irruzione di simmetria. Qui ritroviamo uno dei problemi più rilevanti entro il pensiero di Matte Blanco. Problema che concerne la salvaguardia dall'irruzione di simmetria, entro l'esperienza emozionale di relazione sociale. La relazione, non protetta dall'originaria asimmetria, potrebbe essere continuamente soggetta al precipitare entro la non esistenza. Uno di noi ha proposto, ormai anni fa, il costrutto della *collusione*¹⁰ intesa quale processo di simbolizzazione emozionale condivisa da chi partecipa al medesimo contesto. Il costrutto della collusione consente una asimmetria entro le relazioni, capace di organizzare la costruzione di specifici modi di rapporto orientati all'obiettivo. Il processo collusivo si pone quale dimensione intermedia tra la simmetria della relazione che confonde sé ed altro entro un'assenza di identità; e la competenza a scambiare con l'altro in una relazione volta a realizzare obiettivi condivisi.

Può essere utile un esempio clinico al proposito:

una donna di sessant'anni porta in seduta un'esperienza affettiva che la turba molto e che vive da sempre nella relazione con il marito: ogni volta che il marito le comunica una sua imminente partenza, prova una sorta di "colpo al cuore", un sentimento di mancamento che un tempo perdurava per qualche giorno, che ora dura solo qualche istante. La donna ha scoperto, di recente, la "doppia vita" di suo marito: da una ventina d'anni l'uomo ha rapporti brevi, che si susseguono senza soluzione di continuità, con le donne più disparate. Ha sempre mascherato queste sue esperienze alla moglie. La donna si chiede come non si sia accorta mai di nulla. Racconta del marito come di un uomo dispotico, chiuso in se stesso, incapace di condividere emozionalmente con lei una qualsiasi esperienza. Descrive un *uomo incapace di rapporti collusivi*. O meglio,

⁹ Citato da Matte Blanco (1975).

¹⁰ Si veda al proposito: Carli (1987); Carli (1992); Carli (1993); Carli (1994a); Carli (1994b); Carli (1995); Carli (1997); Carli, Guerra, Lancia & Paniccchia (1984); Carli & Paniccchia (1981); Guerra & Paniccchia (1987); Carli & Paniccchia (2002); Carli & Paniccchia (2003); Carli & Paniccchia (2005).

incapace di condividere una qualsiasi simbolizzazione emozionale del contesto entro il quale vive la sua esperienza matrimoniale. Quando la donna, finalmente, si accorge delle vicende affettive “altre” del marito, trova in lui indifferenza ed al contempo una propensione irrefrenabile a negare quanto la moglie è venuta a sapere di lui. La donna riferisce in terapia come il marito continui a “salvare le apparenze” di una famiglia unita, pur assentandosi spesso da casa per vivere le sue avventure extra coniugali.

Il “colpo al cuore” può essere un esempio chiaro del sentimento di “sprofondare nella non esistenza”, conseguenza dell’assenza di esperienze collusive, quindi reciproche. Il marito che si allontana da casa è, per la donna, un’assenza non elaborata entro quel processo collusivo che trasforma l’assenza in presenza emozionale collusiva. Quindi una assenza che precipita nella non esistenza. Si può notare, in queste brevi notazioni cliniche, come la donna descriva un marito “incapace di sperimentare dinamiche collusive”, vale a dire incapace di condividere emozionalmente alcunché con nessuno. Questo crea nella donna un vissuto specifico: le emozioni evocate dal marito, in quanto non reciprocate entro la collusione, possono essere provate solo *in presenza* del marito stesso; la sua assenza non consente il permanere di emozioni condivise, e l’annuncio di una assenza precipita la donna nello stato di non esistenza. Vorremmo sottolineare come questa forma di angoscia profonda rappresenti una “patologia relazionale”, non ascrivibile a connotazioni emozionali dell’uno o dell’altro, anche se derivante da caratteristiche emozionali del marito e dal rapporto che la moglie vuol comunque mantenere con lui. La “patologia mentale” di cui parla Matte Blanco si verifica entro quelle esperienze relazionali ove *viene meno la dinamica del processo collusivo*. Un processo collusivo che comporta reciprocità emozionale entro la condivisione comune del contesto. La collusione, in altri termini, può essere vista quale difesa dall’esperienza dell’assenza dell’altro, vissuta come irruzione di simmetria che confonde e comporta la dissoluzione della propria identità e dei confini tra Sé ed Altro. Questo rilievo apre al problema dell’elaborazione di modelli psicoanalitici capaci di dare senso alla relazione sociale, uscendo così dalla stretta visione individualista che la psicoanalisi sembra istituire. Il costrutto della collusione ha cercato di dare una risposta a questa esigenza.

Ritornando a Matte Blanco possiamo vedere come l’elaborazione di una assenza dell’oggetto-seno sia possibile grazie a processi di automatizzazione che sono prodotti dal ritorno sistematico dell’oggetto: si passa così dalla fase persecutoria (l’oggetto è cattivo con me, a meno che non dimostri, con la sua presenza, che è buono) ad una fase di fiducia (l’oggetto è buono con me, a meno che non dimostri, con la sua aggressione, che è cattivo), La fase di fiducia consente di tollerare l’assenza provvisoria e reversibile dell’oggetto stesso. Ma questo stabilirsi di relazioni ha una dinamica differente se l’oggetto non è il seno-capezzolo ma la *madre-che-nutre*. Si ricorderà come, nella teoria bioniana, l’assenza del seno consenta il formarsi della “nozione di seno”; senza questa assenza, il seno corrisponderebbe all’originaria asimmetria dell’istinto che non prevede categorizzazioni collusive della realtà, ma la sola esperienze gratificate della presenza del seno. Il pensiero, dice Bion (1962), nasce dal congiungimento di un’idea o preconcezione con l’assenza del seno reale, quindi dalla frustrazione. Si può così notare come la nozione di seno sia nozione di un oggetto definito nella sua funzione di gratificazione istintuale, quindi asimmetrico e di conseguenza a zero gradi di libertà; il pensiero nasce dall’incontro con una persona, la madre che può assentarsi; dotata, quindi, al minimo di un grado di libertà, la sua presenza-assenza. Qui si differenzia, chiaramente, da un lato l’oggetto, dall’altro il rapporto. L’oggetto istintuale è, per definizione, *dato*: la sua connotazione emozionale è a zero gradi di libertà. E’ con l’oggetto inteso come a zero gradi di libertà che si configura l’originaria asimmetria che Matte Blanco riferisce all’istinto. E’ un oggetto morto. Tanto è vero che Bion parla del bambino incapace di tollerare la frustrazione dell’assenza del seno-madre come di un caso particolarmente grave: “l’unica cosa che lo farebbe sopravvivere sarebbe un seno che nutre incessantemente, il che non è possibile, non foss’altro perché l’appetito viene a mancare” (1962, trad. it. p. 75). L’oggetto presente-assente, a più gradi di libertà, viene personalizzato nella madre-che-nutre ed assume valenza polisemica: rappresenta un aspetto di sé e dell’altro che ama, che odia, che può essere vissuto emozionalmente come buono e/o cattivo, che può rappresentare fantasmaticamente l’amico e/o il nemico. Alla unicità asimmetrica dell’oggetto istintuale si sostituisce la polisemia dell’oggetto collusivo.

Di qui la possibilità di rivedere il senso della funzione di traduzione-dispiegamento entro la cura, nell’ottica di Matte Blanco. Ritorniamo alla definizione di questa funzione assegnata al lavoro clinico: “la coscienza si mette all’opera e riesce ad estrarre alcune relazioni asimmetriche che sono una

traduzione o un 'dispiegamento' di alcune delle potenzialità implicite nell'inconscio o nel modo di essere simmetrico" (1975, trad. it. p. 328). Queste potenzialità sono, di fatto, le emozioni. E le emozioni non si danno, se non entro una relazione. Di qui la rilevanza del riferimento alla relazione quale luogo entro il quale è possibile estrarre dimensioni asimmetriche. Ma estrarre asimmetria significa pensare. Pensare emozioni nella relazione, vuol dire trasformare la polisemia emozionale in una dimensione emozionalmente definita della relazione stessa. E' nell'emozione relazionale che si esprime l'essere simmetrico, sia pur in vari gradi di combinazione con l'asimmetria. Si può pensare all'emozione relazionale come alla prima attività di differenziazione, quindi di categorizzazione della realtà come separata dal Sé. Si pensi alla più primitiva modalità di conoscenza umana, quella riferibile alle emozioni relazionali suscitate dall'oggetto *amico* e da quello *nemico*. Emozioni relazionali che si pongono nel periodo di neotenia prolungata dell'essere umano prima ancora che la percezione possa differenziare stimoli atti a evocare le emozioni stesse, poiché esse insorgono in conseguenza dell'articolazione emozionale della presenza-assenza della madre, entro la relazione madre-bambino. L'emozione, peraltro, nella sua componente di pensiero simmetrico non è riferibile ad individui bensì a classi che rispondono a specifiche funzioni disposizionali, trattate come insiemi infiniti. L'emozione, quindi, è una modalità di conoscenza e di rapporto altamente plastica, infinitamente polisemica circa i suoi oggetti, purché essi assolvano alla funzione proposizionale che li definisce. Le emozioni, in questa visione di Matte Blanco, sono borse di simmetria atte ad esplorare il mondo degli oggetti e a consentirne molteplici, infinite simbolizzazioni in congruenza con la funzione proposizionale. Questo passaggio dalla simmetria all'asimmetria, funzionale al pensiero sulle emozioni relazionali, rappresenta una peculiare funzione di adattamento della specie umana. Se l'uomo conoscesse la sola asimmetria *data* nel rapporto con l'oggetto istintuale, egli sarebbe condannato ad una esistenza fondata sull'imprinting da un lato, sulla sessualità riproduttiva necessitata dall'altro. La sua percezione potrebbe svilupparsi in modo molto fine e differenziato, ma servirebbe solo a percepire, non a conoscere ciò che si percepisce, vale a dire ad avere *consapevolezza della propria conoscenza*.

Ricordiamo con Matte Blanco che lo stabilire relazioni non impoverisce l'essere simmetrico, non ne riduce le infinite potenzialità. La conoscenza emozionale che emerge dalla funzione di traduzione-dispiegamento è fondata su classi di conoscenza, non su singoli oggetti e può quindi riorientare la conoscenza, aumentando il numero delle relazioni disponibili alla coscienza. La funzione clinica del modello di Matte Blanco, con l'apertura alla relazione ed alle emozioni relazionali, consente quindi di riorganizzare la confusione emozionale che il nostro adattamento può evocare, differenziando le funzioni disposizionali che organizzano la relazione sociale.

L'ambiguità, o meglio ciò che corrisponde emozionalmente a quanto chiamiamo ambiguità, è la modalità originaria con cui il modo inconscio della mente vive la relazione. Amico e nemico, fuori e dentro, potente e debole, presente e assente, d'altro canto, sono categorie descrittive che ci aiutano a parlare, sia pur approssimativamente, di eventi emozionali che siamo "costretti" a comunicare, anche in questo scritto, tramite il linguaggio; definizioni, già organizzate e orientate emozionalmente, di quanto si vive entro la "logica delle emozioni", ben lontana dalla logica che organizza e intenziona il linguaggio. L'originaria ambiguità può indurre ansia; giustifica la propensione a "risolvere", in un modo o nell'altro, la relazione ambigua e quindi non definita emozionalmente, con gli oggetti. L'agito emozionale serve allo scopo: quando si agiscono le emozioni, l'oggetto che è il destinatario dell'agito diviene univocamente "amico" o "nemico", se l'ambivalenza originaria concerne questo primitivo "schema" di simbolizzazione. Soluzione dell'ambiguità e agito emozionale sono sincrone, temporalmente: non c'è soluzione dell'ambiguità senza agito emozionale; l'agito emozionale implica, sempre, una soluzione dell'ambiguità insita nella simbolizzazione dell'oggetto a cui l'agito è rivolto. Se, di contro, la simbolizzazione emozionalmente ambigua viene "pensata", allora è possibile elaborare l'ambiguità originaria, è possibile coglierne le motivazioni, districarne le contraddizioni, costruire un pensiero "dividente" che stabilisce rapporti tra i vari aspetti dell'oggetto originariamente ambiguo.

Seguendo queste brevi note, si può affermare che il modo inconscio della mente si manifesta tramite l'ambiguità emozionale, intesa come configurazione emozionale contraddittoria e indefinita degli oggetti *con i quali si entra in rapporto*. E' l'agito da un lato, il pensiero che organizza e prelude all'azione dall'altro, che portano alla definizione emozionale degli oggetti e quindi ad una relazione organizzata con loro. Va anche ricordato che l'originaria ambiguità è una risorsa per la nostra conoscenza della realtà oggettiva, per un adattamento non stereotipale e capace di una relazione

con l'oggetto ambiguo, quindi estraneo. La soluzione dell'ambiguità comporta la trasformazione dell'oggetto in un interlocutore definito emozionalmente, ma viene pagata con la perdita della possibilità di scambio con l'estraneo. La soluzione dell'ambiguità comporta la trasformazione dell'estraneo in un oggetto che si può possedere, quindi il passaggio dallo scambio al possesso¹¹. La tolleranza dell'ambiguità originaria, associata agli oggetti della relazione, è difficile. Comporta la mancata soluzione dell'indefinitezza emozionale dell'oggetto, comporta quindi la capacità di stabilire relazioni con oggetti che non siano definitivamente configurati, sotto il profilo emozionale, come "buoni" o "cattivi", come "amici" o "nemici". Le componenti rituali delle culture possono essere intese quali modi per dare all'ambiguità una soluzione rassicurante e canalizzata entro linee di relazione usuali, ad esempio di relazione amica. La difficoltà di tollerare l'ambiguità è ben nota nella relazione psicoterapeutica ad orientamento psicoanalitico, dove il silenzio dell'analista può essere mal tollerato dal paziente che *vuole* configurare lo psicoterapista, fin dai primi momenti della relazione, entro lo schema amico-nemico. L'erotizzazione della relazione, ad esempio, può essere un modo per dare una soluzione emozionale all'ambiguità dell'oggetto entro la psicoterapia. In una lettura che utilizzi le categorie in analisi, la psicoterapia può essere vista quale storia delle diverse soluzioni dell'ambiguità, agite entro la relazione analitica. Ma anche l'esperienza quotidiana di ciascuno di noi entro la relazione sociale può essere letta attraverso la categorizzazione delle diverse soluzioni dell'ambiguità emozionale incontrata nei nostri rapporti usuali. Le regole del gioco entro le relazioni, i ruoli sociali, le configurazioni del potere entro i rapporti, le categorie di conoscenza dell'altro sono tutte modalità volte a dare una soluzione sufficientemente stabile all'ambiguità emozionale, *inevitabile* entro ogni esperienza relazionale. Se, ad esempio, l'ambiguità viene risolta con una lettura del tipo amico-nemico, allora ci si potrà mettere in relazione con l'altro, l'estraneo fonte di ambiguità, tramite modalità di attacco-fuga, di dipendenza o di accoppiamento, per seguire il modello degli assunti di base proposti da Bion. Se di contro si tollera l'originaria ambiguità dell'estraneo, si potrà vivere un'esperienza di scambio ove la soluzione dell'ambiguità sarà, via via, l'esito elaborato entro lo scambio stesso.

Bibliografia

- Barthes, R. (1957). *Mythologies*. Paris: Editions du Seuil. Trad. it. (1974). *Mitologie*. Torino: Einaudi.
- Bion, W.R. (1962). *Learning from experience*. London: Heinemann. Trad. it. (1973). *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Armando.
- Carli, R. (1987). L'analisi della domanda. *Rivista di psicologia Clinica*, 1 (1), 38-53.
- Carli, R. (1992). L'analisi della domanda nell'intervento psico-sociale. *Il giornale degli psicologi*, 1, 13-20.
- Carli, R. (1993). L'analisi della domanda collusiva. In: R. Carli (Ed.), *L'analisi della domanda in psicologia clinica* (pp. 5-39). Milano: Giuffrè.
- Carli, R. (1994a). L'analisi della domanda. In: G. P. Lombardo (Ed.), *Storia e modelli della formazione* (pp. 232-243). Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R. (1994b). Psicoanalisi della collusione e conoscenza clinica. In G. P. Lombardo & M. Malagoli Togliatti (Eds.), *Epistemologia in psicologia clinica* (pp. 153-175). Torino: Boringhieri.
- Carli, R. (1995). Analisi della domanda ed integrazione individuo-contesto nel colloquio. In G. Trentini (Ed.), *Manuale del colloquio psicologico*. Torino: Utet.
- Carli, R. (1997). L'analisi della domanda rivisitata. *Psicologia Clinica*, 1, 5-21.

¹¹ Si veda al proposito: Carli & Paniccchia (2003).

- Carli, R., Guerra, G., Lancia, F., & Paniccia, R.M. (1984). L'intervento psicosociale nei servizi di igiene mentale: un'esperienza. *Psicologia Clinica*, 3 (1), 75-96.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (1981). *Psicosociologia delle organizzazioni e delle istituzioni*. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2002). *Analisi Emozionale del Testo*. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda: Teoria e intervento in Psicologia Clinica*. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2005). *Casi clinici*. Bologna: Il Mulino.
- Castelfranchi, C. (1997). Cognitivismo e comportamentismo. In *Enciclopedia Multimediale delle Scienze Filosofiche*. Consultato il 30 aprile 2008 su <http://www.emsf.rai.it/aforismi/aforismi.asp?d=326>.
- Dazzi, N., & De Coro, A. (2007). Editoriale. *Rivista di Psicologia Clinica* 1, 1-19. Consultato il 12 maggio 2008 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero1_07/Editoriale.htm
- Fornari, F. (1975). *Genitalità e cultura*. Milano: Feltrinelli.
- Guerra, G., & Paniccia, R.M. (1987). Analizzare la domanda: un caso di intervento in un Servizio di Diagnosi e Cura. *Rivista di psicologia Clinica*, 1 (1), 54-64.
- Jervis, G. (1967). Prefazione. In: C.G. Jung, *Il problema dell'inconscio nella psicologia moderna*. Torino: Einaudi.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: Presses Universitaires de France. Trad. it. (1973). *Vocabolario di Psicoanalisi*. Bari: Laterza.
- Legrenzi, P. (2002). *Prima lezione di scienze cognitive*. Bari: Laterza.
- Matte Blanco, I. (1975). *The Unconscious as Infinite Sets: An Essay in Bi-Logic*. London: Gerald Duckworth & Company. Trad. It. (1981). *L'inconscio come insiemi infiniti: Saggio sulla bi-logica*. Torino: Einaudi.
- Money-Kyrle, R.E. (1968). Cognitive Development. *International Journal of Psychoanalysis*, 49, 691.
- Oliverio, A. (1998). *L'arte di ricordare*. Milano: Rizzoli.
- Padiglione, V. (1994). *Il cinghiale cacciatore: Antropologia simbolica della caccia in Sardegna*. Roma: Armando.
- Rayner, E., & Tuckett, D. (1988). An introduction to Matte Blanco reformulation of the freudian unconscious and his conceptualization of the internal world. In I. Matte Blanco, *Thinking, Feeling and Being* (pp. 3-42). London: Routledge. Trad it. (1995). Introduzione alla riformulazione di Matte Blanco dell'inconscio freudiano e del concetto di mondo interno. In I. Matte Blanco, *Pensare, sentire, essere*. Torino: Einaudi.

Psicopatologia e sessualità

di Antonio Imbasciati*

Psicopatologia da disturbi sessuali, o disturbi sessuali da psicopatologia?

E' da tempo nozione comune che molte psicopatologie sono accompagnate da disturbi della sessualità. Un po' meno noto, ma ugualmente riconosciuto è l'evento inverso: pazienti che ci si presentano per disturbi della sessualità hanno spesso una psicopatologia, messa in secondo piano, o perché non grave, o perché dall'interessato scotomizzata. Ad un occhio clinico attento, gran parte dei disturbi sessuali (tutti, se l'occhio oltre che attento è esperto) si accompagnano a qualcosa di più generalmente psicopatologico, che interessa quel soggetto. Siamo qui nel continuum tra normalità e patologia, ma siamo anche in un continuum che interessa la sessualità. Quale è la sessualità normale? E che cosa è il disturbo sessuale?

Se un uomo è impotente, sempre e comunque, riconoscerà il "disturbo", anzi in questo caso la propria anormalità. Così pure se una donna è totalmente frigida, ancor più se dispareunemica, si riconoscerà come "disturbata". Ed ancora, nel caso che un uomo si senta eccitato da oggetti che nulla sembrano aver a che fare con il sesso (per esempio scarponi da sci, o pentole da cucina, come in casi da me osservati) o si senta attratto da un coito con le bestie e non con esseri umani, riconoscerà la sua patologia; così pure se una donna si sentirà eccitata dall'andare in aereo. Ovvero, in tutti i casi salienti al senso comune il soggetto si mostra conscio di essere "fuori norma". Ma in altri casi di minore entità, o di minor appariscenza, il riconoscimento di essere disturbati è soggettivamente variabile.

Può darsi che un uomo si senta normale, anche se in certe occasioni non ha erezione: può pensare che in quelle circostanze qualcosa glielo ha impedito, mentre si ritiene perfettamente "a posto" in quanto altre volte il suo corpo risponde. In queste identiche condizioni altri uomini potrebbero sentirsi non normali. E può anche darsi che un uomo si senta poco normale perché non ha voglia di più di un coito alla settimana, mentre altri si riterranno del tutto soddisfatti. Analogamente una donna può ritenersi normale se qualche volta non raggiunge l'orgasmo, perché altre volte lo raggiunge con soddisfazione: nelle stesse condizioni un'altra donna può ritenere di avere un disturbo nella sua sessualità. Così pure, sempre in ambito femminile, è il giudizio soggettivo dell'interessata a dare connotati di normalità, piuttosto che di patologia, a qualche difficoltà di dilatazione, di secrezione o comunque di penetrazione. Con più evidenza spicca il giudizio soggettivo in tutti i casi di frigidità parziale: un piacere modesto, o un orgasmo poco percepito nelle sue effettive componenti, può essere ritenuto normale da qualche donna: salvo che in altre occasioni, per esempio con un altro uomo, si accorga di non essere stata fino ad allora "molto normale". Insomma il "disturbo", o in altri termini la "patologia", dipende da quanto il soggetto considera, o tollera, o accetta, di quello che gli accade nella sfera sessuale. La patologia-normalità dipende dal disagio avvertito.

Vi sono poi altre anomalie, evidenti agli osservatori esterni, che però non sempre e non allo stesso modo sono riconosciute dall'interessato: si tratta dell'area detta delle perversioni. Un sadico, se di modesta entità, può non sentirsi anomalo, tanto meno "perverso". Così pure per i masochisti; ed anche per i feticisti: si pensi al continuum che va dai gusti sessuali di abbigliamento per l'incontro erotico ai casi in cui siano gli accessori di abbigliamento e solo quelli a destare l'eccitazione. Ma talora anche in perversioni gravi, tipo lo "strangolatore di Boston", il soggetto può non sentirsi disturbato: qualunque osservatore esterno pensa però che in tal caso una grave psicopatologia obliteri qualunque percezione di anormalità.

* 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

Tutte le perversioni, se nei loro prototipi salienti (sodomasochismo grave, necrofilia, zoorastia, pederastia, coprofilia, feticismo ecc.), sono riconosciute patologiche indipendentemente dal giudizio del soggetto, nel caso che siano di minor entità, è il giudizio sociale, o culturale, o morale che decide della normalità. Qui intercorre un grosso dibattito psicosociologico, su quanto l'etichetta "perversione" dipenda da valori morali, culturali e giuridici, piuttosto che da pretesi criteri psicopatologici. Su questi ultimi, poi, si innesta il dibattito su normalità-patologia, cruciale nelle scienze psicologiche. La problematicità di quanto sopra appare evidente quando si considerano le etichette di cui sopra, a mio avviso definibili come psichiatrico-sociali, nei casi di lieve entità: si pensi alle infinite gradazioni del sadismo e del masochismo, e ai casi in cui questo non si espliciti nella sessualità ma solo a livello interpersonale, o ancora al continuum tra pederastia e pedofilia, al già citato caso di un modesto feticismo; e infine all'omosessualità, oggi non più considerata perversione e da alcuni criteri psichiatrici neppure come "patologia".

Il quadro sopra delineato ci riporta comunque al fatto che in campo sessuale giungono all'osservazione come anormali soltanto i casi in cui il soggetto si senta disturbato, o "gli altri" si sentano disturbati dal comportamento della persona osservata; quest'ultimo caso appare giustificato quando interviene un rischio di pericolosità sociale, mentre è discutibile quando un tale evento altrimenti disturbi un costume culturale. Insomma, per qualunque patologia psichica occorre chiedersi: "Chi turba il disturbo?" (Imbasciati & Margiotta, 2005, 2008)¹. Per la sessualità, nella stragrande maggioranza dei casi la valutazione del "disturbo" dipende dalla persona interessata, che si sente disturbata, e ricorre a cercare un qualche aiuto. Dove, lo vedremo; e anche questo è discutibile.

Il criterio di "disturbo della norma", cioè di anormalità, sembra dunque che per la sessualità sia soprattutto affidato al disagio avvertito e lamentato dal soggetto, o da altri, come per esempio il partner. Ciò è però vero anche per qualunque psicopatologia.

Sui criteri per definire la normalità/patologia, nel continuum della variabilità psichica interindividuale, la letteratura è ricchissima. Il criterio classificatorio della tradizione psichiatrica da tempo fu messo in crisi: combattuto, affinato e ristrutturato, di nuovo criticato, sposato o dispregiato. Basti pensare alle alterne vicende delle successive edizioni del D.S.M. Per la sessualità il problema sembra meno avvertito: da un lato perché qui viene giocata la fisiologia degli organi genitali come fosse parametro discriminante, e quindi classificatorio; dall'altro perché il disagio rientra in una sfera molto più privata, che quindi meno si impone al rilievo altrui.

Un nodo problematico nel dibattito normalità-patologia, sta a mio avviso (Imbasciati, 1993) nell'idea, mutuata a priori dalla tradizione medica, che la psiche normale consista in uno standard determinato dal cervello e questo sia determinato dalla genetica. Come corollario di questo assunto deriva l'idea che la patologia sia individuabile come un qualche "guasto", intervenuto in un "naturale" sviluppo psichico o interveniente nelle funzioni mentali del momento. I suddetti due postulati, se validi tuttora in medicina, non sono però applicabili né alla psiche né al cervello, giacché gli studi neurofisiologici da alcuni lustri hanno dimostrato come la struttura funzionale ed anche morfologica del cervello (proliferazioni sinaptiche e reti neurali) venga "costruita" in seguito all'elaborazione che ogni singolo soggetto fa dell'esperienza che attraversa, soprattutto quella neonatale e infantile. Il concetto di maturazione neurologica, cerebrale in particolare, è oggi cambiato: non si tratta di una maturazione dovuta a uno sviluppo "naturale" iscritto nella genetica, bensì di una strutturazione delle connessioni nervose a seguito di come l'iniziale struttura elabora l'esperienza. La genetica provvede alla macromorfologia del cervello, ma la micromorfologia e le peculiarità funzionali vengono a costruirsi a seguito delle esperienze. Tra queste, incisive in quanto condizionanti ogni sviluppo successivo sono le modalità di fare esperienza del primo anno di vita: lo sviluppo del cervello emotivo (mesolimbico) e soprattutto dell'emisfero destro, con il loro primo sistema di memoria (centrato sull'amigdala) dipendono dal dialogo affettivo madre-neonato. Il dialogo cosiddetto affettivo è in effetti costituito da reciproci messaggi non verbali, tra bimbo e caregivers, attraverso cui il bimbo "impara" e

¹ Per quanto riguarda Imbasciati & Margiotta, 2005, si veda il capitolo 6; per quanto riguarda Imbasciati & Margiotta, 2008, si veda il capitolo 5.

tale apprendimento struttura il suo cervello. Fondamentale è che il dialogo sia sintonico e costruttivo, piuttosto che deficitario e disorganico, tra i due emisferi destri di madre e neonato (Schore, 2003a, b; Imbasciati, 2008a, b). Nessuno ha un cervello uguale ad un altro. Ogni "mente" viene costruita, in modo singolarmente irripetibile, dal singolo soggetto; in quanto così si costruisce il suo cervello.

Da queste scoperte discende che qualunque sviluppo mentale (e quindi costruzione di un sistema neurale) e qualunque funzione psichica devono essere inquadrati nella storia individuale del singolo soggetto, indipendentemente dall'essere catalogati nella norma piuttosto che in una patologia, vale a dire, secondo l'etimo, in una loggia di un qualche male (pathos) intervenuto a guastare una supposta "natura" dell'homo sapiens, ritenuta uguale per tutti. Pertanto un criterio per discriminare nello psichico qualcosa che possiamo consensualmente denominare normale da qualcos'altro che, più che patologico, sarebbe meglio definire anomalo, o statisticamente deviante, va cercato altrimenti: non nella causa dell'anomalia, ma nelle circostanze per cui quel singolo individuo si è trovato a elaborare la sua esperienza (sappiamo soprattutto relazionale), cosicché si è costruita quella sua peculiare struttura funzionale della mente. L'uso del termine stesso di "patologia", e psicopatologia in particolare, può risultare fuorviante in quanto il suo alone semantico rinvia a una norma naturale e a una causa che l'ha turbata. All'idea di una causa che avrebbe guastato la norma, va sostituita la concezione di una rete pluricausale, di infiniti fattori, inerenti non solo all'esterno, ma agli iniziali modi interni di processare le informazioni, per cui ogni individuo viene a costruirsi a suo modo, anche a parità di condizioni esterne. La normalità psichica va allora ricercata nella ottimalità e desiderabilità (in funzione adattativa) del funzionamento mentale (Imbasciati, 1993, 2008a), per l'interessato e contemporaneamente per i suoi simili e prossimi. Il discorso si sposta allora dalla mera osservazione del comportamento all'indagine sulla genesi psichica che ne sta a monte.

Il suddetto discorso e i relativi criteri vanno pertanto applicati alla sessualità, considerandone non tanto il tipo di funzionamento degli organi genitali, ma la dimensione psichica che ne sta a monte. Qui c'è da sfatare un pregiudizio radicato, non solo nel senso comune, ma anche in molti ambiti scientifici: che, cioè, la psiche risenta della sessualità perché questa sarebbe di natura biologica e da tale base biologica influirebbe sulla psiche. Al contrario sono strutture psichiche ed eventi psichici a originare e modulare la sessualità. La sessualità è un'emozione; il funzionamento degli organi genitali è l'aspetto fisico di tale emozione. Tutte le emozioni hanno manifestazioni somatiche, che sono variabili da individuo a individuo. Per la sessualità la variabilità è enorme, così come cospicue sono le modificazioni somatiche di questa particolare emozione. Dunque una dimensione psichica sta sempre a monte della fisiologia genitale. L'elaborazione neurale degli eventi psichici, effettuata nel cervello emotivo, genera le modificazioni somatiche. Molti pregiudizi culturali e gratuite illazioni provenienti dalla tradizione medica occidentale fanno sì che si pensi che la psiche intervenga a impedire, alterare, guastare "il normale" svolgersi delle funzioni genitali: viceversa la psiche è sempre presente nel determinare le specifiche modalità con cui qualunque atto sessuale (che lo denominiamo patologico o no) si svolge, nel corpo ma soprattutto nella mente di un certo singolo individuo.

Gli studi di Stoller (1968) e per contro quelli degli Harlow (Schrier, Harlow & Stollnitz, 1965) aprirono la strada alle scoperte progressive di quanto la sessualità fosse una dimensione psichica, di cui gli eventi organici genitali sono uno degli epifenomeni. Il piacere sessuale stesso è un "costrutto mentale" (Imbasciati, 1987, 2010a), nel senso che si origina non negli organi, ma a livello centrale, psichico dunque, indipendentemente da come la capacità di coscienza di quell'individuo lo percepisca. Non solo le condizioni in cui esso sorge, ma anche la sua stessa qualità soggettiva sono dati da funzioni mentali: cioè da come la costruzione della mente di quell'individuo è in grado di processare tutte le informazioni derivate dalle circostanze di quel momento, esterno e interiore, confrontate con tutte le memorie implicite, che fanno sì che quel momento sia "letto" come erotico, e vissuto fino alle modalità psichiche in cui a livello centrale parte il comando per le modificazioni somatiche periferiche. Parimenti è a livello centrale che si genera la percezione di un piacere.

Il piacere sessuale è l'aspetto sensoriale di un'emozione, ancorché particolarissima nel vissuto soggettivo rispetto alle altre emozioni, che, come tutte le emozioni ha correlati

corporei, in modificazioni di vari apparati del corpo, non solo genitali, e nella sensorialità. Nel senso comune si pensa che la situazione erotica provochi emozioni: in realtà essa è un'emozione. Nessuna situazione è erotica di per sé, ma per come viene "letta". Comunemente si pensa che il piacere sessuale, quello orgastico in particolare, sia sensoriale: in realtà, alla luce delle attuali scoperte neurofisiologiche e psicofisiologiche, esso non è di natura propriamente sensoriale, bensì è un aspetto sotto forma di percezione, dell'emozione erotica. Il fatto che tale percezione venga soggettivamente localizzata ai genitali, fa pensare che si tratti di una sensorialità specifica vera e propria, ma così non è: la specificità che viene percepita non è generata da organi sensoriali specifici, è invece costruita a livello centrale.

Di solito non si crede di arrossire perché si sente calore alle guance, né si pensa che sia il rossore che ci fa vergognare, cioè che l'emozione in questione consista in ciò che ci accade sul volto. Forse qualche alessitimico può avere questo vissuto. Per la sessualità sono molti, invece, ad essere un po' alessitimici: complici la cultura, un certo maschilismo, nonché la maggior pregnanza degli eventi somatici sessuali. In realtà le afferenze sensoriali di qualunque evento sessuale non sono specifiche, del piacere, né dei genitali, come invece avviene per esempio per le afferenze visive e auditive. Il piacere è il risultato finale nella soggettività di una processazione di molteplici afferenze: vi sono certo quelle provenienti dai genitali, ma si tratta di afferenze tattili, propriocettive e (paradossalmente) dolorifiche, e comunque è indispensabile che esse vengano integrate con tante altre afferenze, per le quali la situazione globale viene letta come erotica, e soprattutto con memorie, implicite e non consapevoli. È tale lettura che produce alla coscienza la percezione di un piacere.

Il fatto che esistano dei riflessi, tra stimolazione meccanica dei genitali e il loro grado di vascolarizzazione, ha favorito la concezione biologistica (e medicalistica) di un piacere sessuale come inerente agli organi, anziché alla mente. Altri fattori, culturali e più profondamente psichici (difese), intervengono in questa "esternalizzazione localizzata" di un'emozione; nonché il fatto che al suo compimento comportamentale intervengano vistosi fenomeni vascolari, secretori, muscolari, che sembrano quasi "distrarre" la mente da se stessa. Ma è nella mente che avviene l'orgasmo: ovviamente nella mente emotiva, di cui abbiamo una consapevolezza del tutto nebulosa.

Torniamo allora al discorso di una supposta normalità-patologia della sessualità, considerando non semplicemente le grosse anomalie, né il perché un soggetto si lamenti o sia a disagio per eventi corporei che per altri sono accettate e considerate normali, ma considerando l'infinita e continua gamma delle differenze interindividuali. Perché una situazione è "erotica"? La stessa situazione può essere "letta" diversamente da individuo a individuo. La nostra attenzione è colpita da quelle vistose anomalie che chiamiamo perversioni, e, per la loro vistosa devianza degli standard vissuti e percepiti dalla stragrande maggioranza degli individui, ne presupponiamo una genesi organica, che vorremmo ricondurre alla genetica. Ma dovremmo concentrarla sul perché, nella gamma della cosiddetta normalità, un certo soggetto è attratto eroticamente da certe circostanze piuttosto che da altre, da certi particolari di configurazioni visive, tattili, auditive, e (soprattutto, anche se trascurate) olfattive. Perché l'emozione erotica sorge con tanta varietà interindividuale? E perché i comportamenti che ne conseguono sono anch'essi, e ancor più, così diversi, nel vissuto, e nella condotta, non solo, ma anche nella fisiologia del corpo? In quest'ottica il fatto, per esempio, che un'erezione sia più o meno frequente o duratura, o connessa a certe circostanze (quelle di partnership sono le più note, ma ve ne sono molte altre che riguardano il singolo soggetto) porta, o dovrebbe portare, a indagare le funzioni psichiche che in tal peculiare modo la producono. Analogamente per il tempo e il modo dell'eiaculazione. Ed ancora per la durata del periodo refrattario, e per la possibilità di replicare più orgasmi. Così pure per la donna, ed ancor più per le frequenti situazioni che in una donna vi sia, o no, una certa dilatazione, un determinato rilassamento, l'entità di secrezioni e trasudazioni, anch'esse squisitamente individualmente connesse a certe circostanze, portano ad interrogativi, e dovrebbero condurre ad un'indagine, sulla loro primaria costituzione psichica.

Alla luce, dunque, sia della critica al concetto dicotomico normalità/patologia, sia dall'attuale concezione della maturazione neurologica, sia degli studi che hanno dimostrato l'essenza

della sessualità come specifica emozione, e pertanto legata come ogni emozione all'attivazione di memorie primarie inconsapevoli, grossolano, obsoleto e fuorviante appare il concetto che disturbi primari della sessualità causino disturbi del funzionamento psichico (potranno originare tutt'al più, in via secondaria e accessoria preoccupazioni coscienti, ma non veri disturbi), in quanto la sessualità è essa stessa espressione, in tutte le sue varianti comunque dalla cultura denominate e classificate, del tipo di funzionamento psichico del singolo individuo. Qualunque anomalia sessuale ha un corrispondente funzionamento neuropsichico: se denominiamo l'anomalia come patologica, dovremmo parlare di psicopatologia. Sul funzionamento psichico pertanto va centrata sia l'indagine scientifica, sia gli eventuali interventi clinici quando il soggetto addivenga a cercare aiuto per modificarsi, sia anche, come vedremo, interventi preventivi, per favorire uno sviluppo psichico ottimale e con esso una sessualità ottimale (Imbasciati, 2010a).

Le origini della dimensione sessuale.

Da un punto di vista clinico, dunque, quando una persona si sente "disturbata" da qualcosa che non avverte soddisfacente nelle sue funzioni sessuali, dobbiamo indagare nelle sue strutture psichiche: meramente sintomatico sarebbe un intervento, come di solito invece accade nella nostra situazione sanitaria, focalizzato sugli organi genitali. Continuando nei paragoni rispetto alle altre emozioni, potremmo dire, un po' paradossalmente, che si presenta insensato curare la vergogna sbiancando le guance con una crema o con un vasocostrittore, o la paura rinforzando gli sfinteri. Un disturbo che emerga nell'area sessuale denuncia sempre qualcosa di non ottimale nel funzionamento psichico. Curare una disfunzione sessuale, comunque lamentata dal soggetto, implica pertanto curare il suo funzionamento mentale; ovviamente quello, inconsapevole, che presiede alle emozioni. Questo, da quanto finora ci dicono le neuroscienze sulle complesse interazioni tra le varie parti dell'encefalo e in particolare sulla connessione tra la "parte emotiva" del cervello e tutto il sistema nervoso centrale (S.N.C.), significa curare la sua mente in toto. Allo stato attuale della psicofarmacologia, non disponiamo finora di possibilità di intervento selettivo per la modifica di quei funzionamenti neurali responsabili soltanto di quanto il soggetto lamenta. Non resta pertanto che la psicoterapia: una psicoterapia globale, condotta in profondità, viste appunto le correlazioni con le strutture primarie della mente.

Gli studi degli Harlow (1958, 1962, 1966) mostrarono sperimentalmente per la prima volta come l'eroticità e tutta la "dimensione" sessuale, accoppiamento e gestazione inclusi, avessero un'origine nelle cure materne del piccolo. Molta letteratura, scientifica e non, si è prodotta, sulle origini infantili (materne, soprattutto) delle situazioni suscettibili di essere processate e lette come attraenti ed erotiche. Se il fatto è accertato, non v'è tuttavia unanimità nell'aver chiarito come le esperienze precoci si connettano alla dimensione individuale della sessualità. Abbiamo tuttavia una vastissima letteratura, tuttora in progresso, in particolare quella che concerne i rapporti tra l'attaccamento e le vicende sessuali della vita adulta. Precedente e susseguente v'è tutta la letteratura psicoanalitica e quella improntata alle psicoanalisi, che hanno esplorato i fantasmi soggiacenti alla sessualità, l'immaginario sessuale, le angosce e le difese, strutturate in una persona per ciò che concernerà le sue vicende sessuali. La difficoltà a individuare precise connessioni tra costrutti teorici di indagine e sintomatologia sta nel fatto, fondamentale, che, a parte l'enorme variabilità delle disfunzioni lamentate, o comunque osservate – vedi perversioni – ogni caso, di ogni singola persona, è irripetibile nella sua stessa genesi psichica. Proprio per il fatto che nessuno ha un cervello uguale a un altro, nessuno una mente uguale a quella di un altro, non è possibile stabilire regole generali per chiarire come, per quali ragioni, per quale storia, per quali vicende rappresentazionali, per quali memorie implicite, in una singola persona si sia generato o si generi quel suo particolare, personale tipo di sessualità, con tutte le sue sfaccettature, somatiche, comportamentali, di vissuti e sentimenti, di motivazioni, di preoccupazioni e di percezioni coscienti.

La letteratura psicoanalitica ha descritto il progressivo sviluppo fantasmatico, dai primi oggetti interni (in particolare dal prototipo oggetto-interno-Seno) alle successive progressive

fantasie sul coito genitoriale, con le relative angosce, sensi di inferiorità e conseguenti difese, che conducono, differenziandosi nel bimbo maschio rispetto alla bimba, alle rappresentazioni che riguardano gli organi genitali e il loro congiungimento, alle fantasie sull'interno del corpo e sulla generazione dei bambini, e a tutti i vissuti e i sentimenti, alternanti e conflittuali, di invidia, odio, riparazione, amore, e infine a una simbolopoiesi che, da un nucleo centrale riguardante la generatività concreta carnale, passa progressivamente a una simbolopoiesi psichica, affettiva e cognitiva, che concerne l'intero sviluppo mentale. Una sintesi di tale letteratura è stata da me descritta, prima nel volume dal significativo titolo "Sviluppo psicosessuale e sviluppo cognitivo" comparso nel 1983, e dopo nel successivo testo del 1990) dal cui titolo, "La donna e la bambina" si evince l'accento sulla differenziazione maschile e femminile.

Tali descrizioni concernono l'individuazione di linee di sviluppo ricorrenti, che sono state riscontrate e inferite nei trattamenti psicoanalitici, degli adulti e dei bambini, e che hanno dato origine a una vastissima letteratura mondiale, nella quale spiccano le opere di celeberrimi autori. Queste descrizioni contengono ragionevoli spiegazioni di tutte le "varietà sessuali", dall'omosessualità alle perversioni, dalle inibizioni, fantasmatiche o comportamentali, alle più curiose anomalie, fino a problemi squisitamente interiori che pur non correlati a sintomatologie manifeste nell'area sessuale, nello sviluppo endopsichico sessuale sono state inquadrate. Tali descrizioni possono essere utili, sia a scopo conoscitivo entro l'intreccio della psichicità dell'homo sapiens, sia per la clinica di chi si appresta a modificare ciò che il soggetto richiede.

Tuttavia esse non possono oggi essere considerate esaustive. Gli studi sperimentali sull'attaccamento, dei bambini ma anche e soprattutto degli adulti, e le neuroscienze, indicano che a monte, per esempio, delle angosce di penetrazione femminile connettabili all'invidia distruttiva del grembo materno, con la conseguente ritorsione, o dell'inferiorità maschile del "pene-che-fa-solo-pipi", o, per converso, dell'impotenza per paura di possibili crudeli vendette alle figure genitoriali congiunte, vi stanno altre costruzioni psichiche, più primitive. Quanto sopra ricordato circa la fantasmatica elucidata dagli studi psicoanalitici, concerne il cosiddetto immaginario sessuale: con questo termine si intende tutta una serie di rappresentazioni che vanno da immagini coscienti o coscientizzabili, che abitano per così dire le fantasie sessuali della maggior parte degli uomini e delle donne (differenziatamente, ovviamente: si parla di immaginario maschile e di immaginario femminile), a immaginazioni definibili come preconsce, o meglio meno consapevoli. Ma, a livello più profondo di quanto può essere definito immaginario, vi sono le phantasies inconsce (della clinica neokleiniana). Da fantasticherie fabbricate dalla coscienza, si passa ad altre ad essa un po' meno accessibili, fino a fantasmagorie sempre meno raffigurabili, ma sotto queste ci sono eventi psichici più elementari, del tutto inimmaginabili per la mente adulta (Imbasciati, 2006). "L'immaginario" è stato indagato in studi psicosociali e transculturali ed utilizzato a livello commerciale, nei mass media, nella pubblicità, nei fumetti (Imbasciati & Castelli, 1975), nelle riviste di moda e di altro vario genere, nel cinema ed oggi soprattutto in televisione. D'altra parte si trova spesso rappresentato nell'arte, e qui in forme alquanto più primitive: si pensi al surrealismo. Ma a livello ancor più primitivo questo immaginario sfuma in un continuum con quanto la psicoanalisi ha inferito e descritto come oggetti interni, inconsci, ben difficilmente traducibili in forme raffigurabili. In realtà, andando ancor oltre a ritroso nello sviluppo psichico dell'infante, ci troviamo a intuire memorie implicite del tutto inimmaginabili. Nella teorizzazione che ho sviluppato sotto la denominazione di Teoria del Protomentale (Imbasciati, 1994, 1998, 2005, 2006), ho ipotizzato una descrizione sequenziale di sviluppo al cui inizio possono essere collocate memorie fetali e neonatali: si tratta di rappresentazioni mnestiche che nulla hanno a che fare con una rappresentabilità in forme figurali, in un'accezione pertanto del termine di rappresentazione estremamente estesa, per cui ho preferito usare il termine di engramma, anziché quello di rappresentazione; con questo ho indicato che "qualcosa" di molto elementare si è costruito nella funzionalità psiconeurale: si tratta in gran parte di rappresentazioni di funzioni, man mano che l'individuo – feto, neonato – impara "a fare qualcosa".

Memorie implicite, analoghe anche se più omnicomprensive di quanto gli studi sull'attaccamento hanno enucleato come modelli operativi interni, sono state individuate

dagli studi di Psicologia Clinica Perinatale come memorie relazionali, o memorie dello “stare con”. Memorie affettive, come con termine più vago erano state considerate. Si tratta della genesi esperienziale degli affetti, che pur sempre sono stati appresi dalle interazioni relazionali, a cominciare da quelle coi caregivers: degli affetti che si intrecciano a comporre la relazione sessuale, reale o immaginabile che sia; e non si parla semplicemente di amore, come comunemente si suole connettere alla sessualità, bensì dei più complessi vissuti di odio e distruttività: le perversioni ce lo illustrano.

Tutto quanto sopra, fugacemente riassumendo vari vertici, ho menzionato, va a costituire la dimensione sessuale dell'individuo, considerata non semplicisticamente negli epifenomeni somatici e comportamentali, bensì nelle sue radici psichiche: poiché, come dimostrato, la sessualità è una dimensione della mente, essa ha una sua storia, di progressive vicende esperienziali accadute a quell'individuo e processate in quel modo dalle capacità che via via fin dalle origini della vita quell'individuo ha acquisito, e con le quali si è strutturato quell'insieme di memorie che regolano e regoleranno la vita sessuale, e psichica ancor più, affettiva, nel bene amorevole o nella distruttività, di quella persona.

Con un ultimo accenno, a connessione congruente con l'affermata pregnanza della sessualità dell'homo sapiens in tutta la sua vita psichica, possiamo citare come a livello cerebrale molti neuromodulatori che regolano il funzionamento mentale globale, hanno a che fare con la mediazione delle sensorialità che assumono connotati sessuali consapevoli e delle modificazioni somatiche che più direttamente sono connesse all'esplicazione delle funzioni più strettamente sessuali. In particolare si tratta di neuro modulatori del cervello emotivo: tra i più indagati figurano il sistema dopaminico, implicato in tutte le situazioni di piacere e l'ossitocina. È stata questa chiamata “l'ormone dell'amore”. Tale denominazione è stata originata dall'aver constatato come il tasso di tale increzione ormonale sia connesso, oltre che all'espletamento del parto, agli eventi del coito e soprattutto alle capacità di accudimento amorevole dei neonati. Si è detto anche che l'amore potrebbe ridursi a questione di ormoni. Tale sommario pre-giudizio è del resto da tempo diffuso nella cultura popolare sulla sessualità, e si presta ad un fraintendimento biologistico: pensare che è “la Natura” che provvede gli ormoni e che questi regolano il comportamento sessuale, che in tal modo viene considerato come fosse un istinto. In realtà l'ossitocina, così come tutti gli altri ormoni non sono il *primum agens* del comportamento, ma soltanto i mediatori: è il cervello, cioè l'elaboratore mentale, che dà il via agli ormoni; è lo psichico che fa produrre l'ossitocina.

L'ossitocina si origina in alcuni nuclei dell'ipotalamo e attraverso questo, via neuroipofisi-adenipofisi, regola l'intero sistema ormonale, mentre si diffonde in altre zone cerebrali (formazioni ippocampali del cervello emotivo) producendo i vari suoi effetti (Lee, Macbeth, Pagani & Young, 2009): è dunque il funzionamento cerebrale, del cervello emotivo con la sua capacità elaborativa dell'emisfero destro, che dà il “comando” per l'ossitocina. È questa semplicemente il mediatore: la sostanza dell'evento è che il cervello, ovvero la mente, “comanda” che si attivino capacità amorevoli. E queste anche, e particolarmente, nell'incontro sessuale. Che far l'amore faccia bene all'amore è stato sbandierato. Meno riduttivamente, nella luce delle scienze lo possiamo chiarificare. È da notare come gli effetti che sono stati riscontrati in relazione all'increzione di ossitocina, appaiano disparati, ma in realtà abbiano un chiaro comun denominatore. Sono stati infatti rilevati i suoi effetti sulle contrazioni uterine, che favoriscono il parto (dunque anch'esso un evento sessuale: Bydlowski, 2007), sul desiderio e sull'eccitabilità sessuale, sulle capacità di accudimento, sulla secrezione del latte e la promozione dell'allattamento, sull'attenuazione della percezione del dolore e dell'ansia, sulla capacità di apprendimento e soprattutto – dato a mio avviso interessante – sull'attenzione al volto umano con un incremento della capacità di cogliere le emozioni, proprie e altrui (Domes, Heinrichs, Michel, Berger & Herpertz, 2007), cioè delle capacità antialessitimiche (Imbasciati & Margiotta, 2008). Tutti questi effetti, ma soprattutto l'ultimo, che Domes chiama “Mind Reading”, dimostrano il coinvolgimento neuropsichico globale e in particolare l'insieme funzionale che viene chiamato intelligenza emotiva (Goleman, 1995).

Tutto questo dimostra come la sessualità sia da inquadrarsi in un lavoro del S.N.C. L'ossitocina ne è mediatore di effetti multipli, in realtà tutti manifestazioni dell'intelligenza

emotiva. Che questa presieda sia alle funzioni riproduttive, sia alle capacità di empatia, sia all'accudimento dei piccoli, sia al godimento sessuale sembra dimostrare come tutte queste funzioni, che un occhio superficiale percepisce come disparate, sono in realtà manifestazioni di quanto possiamo definire capacità amorevoli. Ed è il cervello, nel tipo di elaborazione che compie riguardo a quanto sul versante psichico chiamiamo lavoro emotivo inconsapevole, che "comanda", regola le capacità amorevoli.

Gli affetti, dunque, sono la base delle condotte sessuali: gli affetti inconsapevoli, frutto del lavoro emotivo del cervello, gli stessi che hanno a che fare con l'amore più in generale, e con la capacità di accudire e ben far crescere i figli (Imbasciati, 2008b, 2010b). Resta in ombra, per ora, quanto nella sessualità si intreccino invece le componenti aggressive e distruttive che, in tutti i casi che scivolano verso il versante detto perverso, progressivamente si manifestano.

Psicosomatica sessuale.

Finora abbiamo parlato di disfunzioni sessuali: evitando il termine "patologia", abbiamo considerato disfunzionale il tipo di funzionamento che non soddisfa il soggetto o che comunque non lo soddisferebbe se venisse a sperimentare funzionamenti migliori: accanto a queste disfunzionalità rispetto a un'ottimalità per il soggetto, abbiamo considerato le anomalie che per la loro salienza sembrano disturbare "gli altri", cioè la media della popolazione di una determinata cultura. Vediamo invece ora quelle situazioni che non presentano semplicemente funzionalità difettose o comunque disturbanti, ma in cui si riscontrano alterazioni biologiche stabilizzate, nei tessuti, negli automatismi cellulari metabolici, umorali. Adottiamo pertanto la distinzione, condivisa dalla maggior parte degli psicosomatisti, tra disturbi funzionali e vere e proprie alterazioni psicosomatiche, cioè di origine prevalentemente psichica (anche se vi concorrono agenti patogeni esogeni o predisposizioni iscritte geneticamente) in cui questa genesi ha prodotto vere e proprie "alterazioni" biologiche, nei tessuti e nelle cellule. La distinzione non toglie tuttavia che vi possono essere sindromi intermedie.

Alla base della suddetta distinzione vi sono differenti processi neuropsicofisiologici. Nei disturbi funzionali il S.N.C., cioè elaborazioni neuropsichiche, modulano, in via vegetativa e ormonale, il funzionamento degli organi: così come possiamo avere sindromi anginose o tachicardiche, con gli stessi meccanismi abbiamo le disfunzioni sessuali che abbiamo descritto, nelle variazioni di funzionamento degli organi genitali, nonché nell'elaborazione centrale che dalle afferenze produce la qualità soggettiva delle sensazioni. Nei disturbi psicosomatici veri e propri avviene invece che l'output cerebrale, neuropsichico quindi, produca, di solito per azioni lente e prolungate (e per vie che oltre ad avvalersi e non sempre del sistema nervoso vegetativo - S.N.V- e del sistema ormonale, agiscono attraverso processi probabilmente umorali in gran parte ancora da esplorare), alterazioni, permanenti o comunque durature sul metabolismo, sul ricambio (turn over) cellulare, sul trofismo tissutale, sulla produzione delle componenti cellulari ematiche, sugli anticorpi e in genere sul sistema immunitario. La psiconeuroendocrinoimmunologia è disciplina oggi con grandi prospettive di ricerca: malattie autoimmuni e malattie degenerative ne sono le sindromi meno sconosciute. Pertanto, mentre nei disturbi funzionali l'azione neuropsichica è più diretta, e spesso immediata, reversibile, e può anche essere transitoria; nelle sindromi psicosomatiche è più laboriosa, lunga, complessa e stabile.

Nell'area della sessualità note sono le affezioni dell'apparato genitale femminile dovute a virulentazioni di germi saprofiti o comunque di germi potenzialmente patogeni: agenti esogeni che normalmente non producono danni, per il concorso di fattori neuropsichici si impiantano permanentemente nei genitali, resistendo ai farmaci che dovrebbero eliminarli. Si producono così sindromi irritative dolorose, vulvari e vaginali, che inducono a un'ovvia serie di difficoltà sessuali. Nel maschio esistono, molto meno frequenti, analoghe sindromi, peniene e prostatiche. Sempre nella donna, studiate sono le anomalie del ciclo, soprattutto le menorragie dolorose, ma ancor più tutte le sindromi, prettamente psicosomatiche, concernenti concepimento, gestazione, parto, puerperio, allattamento. Prettamente

psicosomatiche si considerano le gestosi, mentre le vicissitudini del travaglio e della secrezione latte si collocano a mezza via tra i disturbi funzionali e quelli più propriamente psicosomatici.

A parte merita la considerazione sulla genesi psicosomatica dei tumori e quanto questa possa essere considerata, nel maschio e nella femmina, come una psicosomatosi connessa alla dimensione della sessualità: e questo non semplicemente per l'eventuale localizzazione di neoplasie nell'apparato genitale, ma per inferire se la concorrenza psichica debba o no essere considerata entro la "dimensione" sessuale. D'altra parte, vista la partecipazione di tutto il cervello emotivo, e questo non senza collegamenti con l'encefalo in toto, alla dimensione sessuale, e per contro l'altrettanto coinvolgimento di tutta l'attività neuropsichica nella genesi delle neoplasie, difficile risulta fare distinzioni per ciò che potrebbe dirsi un evento tumorale connesso alla sessualità. Più direttamente connessa alla vita sessuale si può considerare l'ipertrofia prostatica, vista la sua variabile data di insorgenza.

Discorso particolare merita l'infertilità psicogena, oggi sempre più diffusa. Nel maschio l'oligospermia e l'azoospermia hanno, ovviamente in assenza di pregresse affezioni testicolari, un'origine con tutta probabilità psicogena, tutt'altro che chiara nella sua processualità psichica lungo l'età evolutiva. Più studiate sono le varie forme di infertilità femminile: anovulazione, costrizione e/o occlusione tubarica, mancato impianto dello zigote, aborto. Quest'ultimo evento è stato da secoli percepito come dovuto a cause psichiche nell'intuizione di tutte le culture: meno radicata ma tuttavia esistente è l'intuizione di una incompatibilità di un certo maschio con una determinata femmina nell'impedire il concepimento.

In molti casi di infertilità la fecondazione medicalmente assistita è difficile, o fallisce, e l'impianto di un ovulo fecondato in vitro, se attecchisce, si traduce poi in un aborto successivo. Ciò a comprova della psicosomaticità dell'infertilità (A.A., 2009). Si sta oggi esaminando anche la genesi psicosomatica del parto prematuro, sindrome oggi in notevole aumento. Particolarità delle sindromi qui comprese è nell'intrecciarsi di meccanismi disfunzionali (per esempio nell'occlusione tubarica, nell'aborto, nel parto prematuro), con veri e propri processi psicosomatici, che alternano gli automatismi biologici umorali e cellulari (A.A. 2009).

Passando dalle disfunzioni sessuali per così dire più semplici a quelle più gravi, e complesse, fino alle sindromi psicosomatiche, diminuiscono le nostre conoscenze circa l'individuazione dei processi psichici che possono essere riscontrati come corrispondenti ai processi neurali responsabili delle alterazioni caratteristiche delle sindromi psicosomatiche. La psicoanalisi ha prodotto notevoli contributi per le disfunzioni più propriamente tali: molti autori, hanno descritto, sia pur nell'estrema variabilità interindividuale, dinamiche psichiche alla base di corrispondenti disturbi funzionali, ma quando si tratta di alterazioni (e qui il termine è appropriato) somatiche la corrispondenza con processualità psichiche corrispondenti si presenta problematica e nebulosa.

In effetti sembra che qui siano in gioco processi neuropsichici molto più primitivi di quelli che, proprio per la loro natura più evoluta, si riescono a descrivere nelle sindromi funzionali. Del resto basti pensare a come in epoca neonatale ogni disagio psichico sia espresso somaticamente: la psiche è, per così dire, incarnata nel soma e questo vi reagisce, o meglio la esprime. Analogamente si ipotizza che nell'adulto le sindromi tipicamente psicosomatiche siano espressione dell'attività, o della riattivazione, dell'inscindibilità psiche-soma caratteristica dei primi mesi di vita. In tale attività di tipo primitivo non è pertanto possibile individuare l'elemento più propriamente psichico, come tale descrivibile da un'indagine psicoanalitica. D'altra parte le correlazioni statisticamente significative tra eventi esistenziali di grosso rilievo emotivo e l'insorgenza delle sindromi psicosomatiche, nonché le attuali nostre conoscenze sulle funzioni cerebrali nei confronti di quanto in generale si chiama regolazione degli affetti, relazionalità e soma (Schore, 2003a, b), ampiamente giustificano la genesi psicosomatica di molte sindromi organiche e le connessioni di alcune entro l'area della sessualità. La dimensione sessuale è d'altra parte radicata nella storia della costruzione della nostra mente, fino dalla sua preistoria perinatale.

Il diverso livello evolutivo in cui si collocano le sindromi psicosomatiche rispetto ai disturbi puramente funzionali ci rende conto della maggior difficoltà di interventi terapeutici per le

prime. Mentre per i disturbi funzionali una psicoterapia del profondo, e per eccellenza un percorso psicoanalitico, ha buone probabilità di migliorare, e spesso se l'analisi è lunga "guarire", o meglio ottimizzare tutta la dimensione sessuale e quindi le sue espressioni fisiche, per le sindromi psicosomatiche il percorso è incerto e l'esito dubbio; anche se, come è ovvio per tutta la psicosomatica, occorre affiancare interventi medici, farmacologici e chirurgici. D'altra parte è da notare come, se in psicosomatica l'intervento psicologico per la sua difficoltà offre giustificazioni alle resistenze alla sua applicazione, sia nella cultura sanitaria che ancor più nel pubblico, per i disturbi sessuali la diffidenza, anche qui radicata e qui senza giustificazioni, ha basi esclusivamente culturali; nonché in una sorta di economia psichica di molti individui: si teme infatti, e non sempre consapevolmente, che la psicoterapia sconvolga troppo l'assetto psichico globale, stabilizzato e come incapsulato nel disturbo sessuale stesso, e scompigli l'esistenza. Si preferisce quindi pensare, anzi convincersi, che il disturbo sessuale è "fisico" e quindi va curato coi presidi medici. E si pensa solo con questi.

Visto che in ambito sanitario spesso così si pensa, occorrerebbe che le attuali conoscenze psiconeurologiche e psicofisiologiche potessero penetrare nella cultura medico-sanitaria, sia per una riconsiderazione dei disturbi funzionali e della psicosomatica, sia in particolare per una meno obsoleta e meno mistificata considerazione della sessualità e dei suoi "disturbi". Un tale aggiornamento scientifico non è facile, giacché le vecchie e popolari concezioni colludono con un'economia psichica che, a parte la nota "resistenza al cambiamento", non tollera, in questo caso, le complicazioni inerenti ad un'adeguata conoscenza dello psichico e il disagio che affrontare tale conoscenza comporta nel riassetto emotivo generale delle persone. Soprattutto parlando di sessualità. Occorrerà che si creino le situazioni idonee affinché nelle facoltà mediche alle nuove generazioni si insegnino i principi generali che connettono lo psichico a tutti gli eventi somatici attraverso il neurofisiologico. Non è questo facile in quanto quelle stesse discipline – in primis la Psicologia Clinica – che potrebbero operare il cambiamento non sono di fatto considerate sufficientemente, nell'ordinamento universitario e soprattutto nella mentalità che regna nei quadri direttivi delle facoltà mediche.

Bibliografia

A.A. (2009). Atti 2° Congresso Nazionale della Federazione Italiana di Ostetricia e Ginecologia. Torino 1-3 Dicembre 2009.

Bydlowski, M. (2007). Fattori psicologici nell'infertilità femminile. In M. C. Zurlo (Ed.), *Percorsi della filiazione* (pp. 37-49). Milano: FrancoAngeli.

Domes, G., Heinrichs, M., Michel, A., Berger, C., & Herpertz, S.C. (2007). Oxytocin improves "Mind-Reading" in humans. *Biological Psychiatry*, 61, 731-733.

Goleman, M. (1995). Emotional intelligence. New York: Bantam. Trad. it. (1996). *L'intelligenza emotiva*. Milano: BUR Saggi.

Harlow, H.F. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, 13, 637-685.

Harlow, H.F. (1962). Development of affection in primates. In E.L. Bliss (Eds.), *Roots of Behavior* (pp. 157-166). New York: Harper.

Harlow, H.F., Harlow M.K. (1966). Learning to love. *American Scientist*, 54, 244-272.

Imbasciati, A. (1983). *Sviluppo psicosessuale e sviluppo cognitivo*. Roma: Il Pensiero Scientifico.

Imbasciati, A. (1987). Sessualità e piacere come costrutti mentali. *Sessuologia*, 11 (1), 29-40.

- Imbasciati, A. (1990). *La donna e la bambina*. Milano: FrancoAngeli.
- Imbasciati, A. (1993). *Psicologia Medica*. Napoli: Idelson-Liviana Medicina.
- Imbasciati, A. (1994). *Fondamenti psicoanalitici della psicologia clinica*. Torino: UTET Libreria.
- Imbasciati, A. (1998). *Nascita e costruzione della mente*. Torino: Utet Libreria.
- Imbasciati, A. (2005). *Psicoanalisi e Cognitivismo. Una nuova teoria per la psicoanalisi*. Roma: Armando.
- Imbasciati, A. (2006). *Il sistema Protomentale*. Milano: LED Edizioni.
- Imbasciati, A. (2008a). *La mente medica. Che significa umanizzazione della medicina?* Milano: Springer Verlag.
- Imbasciati, A. (2008b). Le cure materne: matrice dello sviluppo del futuro individuo. *Nascere XXXV*, 4-14.
- Imbasciati, A. (2010a). *Perché la sessualità?* Padova: Piccin.
- Imbasciati, A. (2010b). Cure materne e sviluppo del futuro individuo. *Nascere*, 2, 13-20.
- Imbasciati, A., & Castelli, C. (1975). *Psicologia del fumetto*. Firenze: Guaraldi.
- Imbasciati, A., & Margiotta, M. (2005). *Compendio di Psicologia per gli operatori sanitari*. Padova: Piccin.
- Imbasciati, A., & Margiotta, M. (2008). *Psicologia Clinica per gli operatori della salute*. Padova: Piccin.
- Lee, Heon-Jin, Macbeth, A.H., Pagani, J.H., & Young, W.S. (2009). Oxytocin: the great facilitator of life. *Progress Neurobiology*, 88, 127-51.
- Schore, A.N. (2003a). *Affect Regulation and the Repair of the Self*. New York: Norton & Company.
- Schore, A.N. (2003b). *Affect Disregulation and the Disorders of the Self*. New York: Norton & Company.
- Schrier, A.M., Harlow, M.F., & Stollnitz, F. (1965). *Behaviour of non-human Primates*. New York: Academic Press.
- Stoller, R.Y. (1968). *Sex and Gender*. New York: Science House.

Nominazione

di Aristide Tronconi*

A metà dicembre del 2007 apparve su alcuni giornali la notizia che la Corte d'Appello di Genova aveva confermato la sentenza del Tribunale che vietava a due genitori di Nervi di chiamare il loro figlio *Venerdì*. Una legge del 2000, infatti, non consente l'utilizzo di nomi ridicoli o vergognosi. I giudici del Tribunale avevano sostenuto che *Venerdì* facilmente si potesse collegare al romanzo di Defoe, *Robinson Crusoe*, in cui il selvaggio *Venerdì* ricopriva un ruolo di sudditanza e di inferiorità.

I genitori ribadirono che *Robinson Crusoe* non c'entrava nulla, tanto è vero che il secondogenito avrebbero voluto chiamarlo *Mercoledì*. Il loro intento era di uscire dai soliti schemi, di usare un nome strano, per nulla caratterizzato, a loro dire, da altri significati.

Anche il prof. M. Bacigalupo, ordinario di letteratura americana all'Università degli Studi di Genova, intervistato da La Repubblica (Intervista a M. Bacigalupo, 2007), trova capziosa l'associazione tra il nome e il personaggio letterario, affermando che "con tutti i personaggi che popolano le fantasie dei più giovani, non so oggi quanti siano i lettori di quel romanzo".

Può essere che i genitori non sapessero nulla di Defoe, ma anche se del *Robinson Crusoe* avessero direttamente o indirettamente avuto notizie, che sicurezza abbiamo che a *Venerdì* avessero dato il significato di sudditanza e di inferiorità? *Venerdì* è descritto da Defoe in una luce molto positiva, dotato di intelligenza, astuzia, preso da J. J. Rousseau come esempio di buon selvaggio, come uomo naturalmente buono. Tra *Venerdì* e *Robinson* si stabilisce inoltre un rapporto di sincera amicizia e di reciproca stima; *Venerdì* accetta di essere l'aiutante di *Robinson* che gli ha salvato la vita, si sente debitore nei suoi confronti ma non si ritiene suo schiavo.

Che dire poi delle innumerevoli imitazioni e rifacimenti, alcuni dei quali anche di ottima qualità come *Venerdì o il limbo del Pacifico* di M. Tournier del 1967, in cui il selvaggio converte il borghese a un'esistenza più primitiva e più gratificante? E dei film che si sono ispirati al romanzo, da quello di Buñuel del 1952 (*Las aventuras de Robinson Crusoe*) a quello con P. O' Toole del 1975 (*Man Friday*), in cui *Venerdì* cerca inutilmente di educare il naufrago bianco, tipico esponente dell'Inghilterra imperialista?

È molto difficile, come ho appena dimostrato, sostenere con sufficiente certezza che il nome di *Venerdì* debba qualificare una persona in un senso piuttosto che in un altro. Il rischio, in questi casi, è di sovrapporre il proprio richiamo associativo e la propria cultura a una motivazione altra, di cui poco sappiamo. Per i genitori di Nervi chiamare i propri figli col giorno della settimana era accedere al bizzarro, all'insolito. Forse desideravano che i figli, al pari loro o al contrario di loro, avessero l'opportunità di crescere al di fuori di schemi convenzionali, anche se, viene da chiedersi, cosa c'è di più convenzionale e di ripetitivo del giorno della settimana?

Non dissimile penso debba essere la considerazione sulla scelta che gli scrittori compiono quando danno un nome ai personaggi dei loro romanzi. Condivido pienamente quanto affermato da Orhan Pamuk nel corso dell'incontro *Aperitivo con gli autori*, coordinato da D. Messina e organizzato dal Corriere della Sera all'interno della Milanese del 2007 (*Orhan Pamuk: il segreto della letteratura*, 2007): "Occorre partire dal presupposto che lo scrittore e il lettore credono e immaginano cose diverse".

Rimanendo nell'ambito della produzione dell'autore turco, il protagonista del romanzo *La vita Nuova* è un certo Osman. Ci si può chiedere come mai l'abbia chiamato così? Pamuk non lo dice, né lo fa intendere. Può essere stato un nome scelto a caso o al contrario calcolato, può essere stato il frutto di un richiamo cosciente o al rovescio inconscio. Non lo sappiamo e probabilmente non lo sapremo mai; ciò non toglie che il lettore possa arricchire

* Psicoanalista - Società Psicoanalitica Italiana - Fornari 50, 20146 Milano. e-mail: aristide.tronconi@spiweb.it

di significato quella scelta, cercando di avvicinarsi alla cultura e allo stato d'animo dell'autore, facendo ipotesi che tuttavia vanno tenute nell'ambito del discreto, poiché una coincidenza perfetta di vedute e di stati psichici è possibile solo nel mondo dell'immaginario. A proposito del nome Osman posso pensare si avvicini per suono e per grafia ad Orhan. "Credo che i caratteri di due persone che hanno nomi uguali o affini si somiglino" (Pamuk, 2003/2006, p. 83) scrive Pamuk in *Istanbul*. Che l'autore si identifichi nei suoi personaggi, che metta in loro qualcosa di sé, è quasi scontato. "Quando ho scritto *Il mio nome è rosso*, mi sono costretto, forzato a identificarmi con tutti i personaggi" dice Pamuk. Ciò può voler dire anche il contrario, ossia che in tutti i nove personaggi del romanzo egli ha forzato qualcosa di sé. Così nelle vicende raccontate ne *La nuova vita*, verrebbe facile riconoscere in Osman lo studente universitario quale egli è stato.

I due mondi a confronto, l'Oriente e l'Occidente, identificati nelle due scuole di miniatura nel libro *Il mio nome è rosso*, hanno come riferimento lo zio Effendi e il maestro Osman. Di nuovo compare il nome di Osman, in questo caso è il personaggio che difende l'Oriente, che ritiene giusto seguire la tradizione e rappresentare nelle miniature non quello che l'occhio vede, ma quello che Allah vede. Zio Effendi, al contrario, è affascinato dalle tecniche dei pittori occidentali.

Sempre in *Istanbul* Pamuk scrive: "Fin da bambino, per tanti anni ho creduto che vivesse un altro Orhan, del tutto simile a me, un mio gemello, uno completamente uguale a me, in una strada di Istanbul, in un'altra casa simile alla nostra" (p. 3).

Ho pensato che questo gemello potesse essere Osman. In senso psicologico possiamo intendere il gemello immaginario un po' come l'anima gemella, ossia una parte complementare di sé, non necessariamente identica ma sicuramente necessaria per sentirsi completo, per meglio rendere il senso di duplicità che Pamuk e altri sentono provenire dalla propria identità. Uguale ma diverso, unico ma diviso, così il Sé può trovare, nell'alternanza gemellare, una strada per esprimersi, per aggirare quel senso di integrità e di unicità che l'esigenza sociale e relazionale richiedono. Il nome che ciascuno ha, che gli viene dato o che si dà, non può essere veramente rappresentativo della sua identità, della miriade di identificazioni cosce e inconscie su cui essa si fonda.

Fernando Riolo precisa che "l'identità procede da uno scambio continuo tra l'interno e l'esterno, da un susseguirsi di inclusioni ed esclusioni, che in essa trovano un luogo di integrazione provvisoria. Questo luogo non è perciò da intendere come una coabitazione pacifica di parti in rapporto complementare tra di loro, bensì come una pluralità conflittuale e irriducibile, nella quale l'aspirazione all'unità è continuamente sovvertita dall'aspirazione ad esistere delle singole parti" (Riolo, 2007, p. 899).

Ne *La vita nuova* Osman si imbatte verso la fine in quello che considera il suo rivale e scopre che anch'egli si era fatto chiamare ultimamente Osman, mentre prima si chiamava Mehmet e prima ancora Nahit. "Dissi al mio rivale che non riuscivo a decidere se chiamarlo Nahit, Mehmet o Osman" (Pamuk, 1995/2000, p. 193) racconta il protagonista. Ciascun nome veicolava qualcosa di sé, come era possibile ridurre la propria identità a una sola rappresentanza?

"L'io-sono – secondo Riolo – è di per sé una forma vuota, suscettibile di essere variabilmente riempita da ondate successive di rappresentazioni e di identificazioni, non un ente, ma il significante scelto di una scena abitata da molteplici significati" (Riolo, 2007, p. 899).

Tutto il romanzo di Pamuk si snoda secondo plurimi significati, per cui *La nuova vita* è il nome delle caramelle che da bambino Osman si trovava in tasca, ma anche il titolo del libro che da giovane l'aveva maggiormente affascinato. Il suo significato rimandava a una condotta "ordinata, disciplinata e puntuale" (Pamuk, 1995/2000, p. 183) della vita, ma anche al suo contrario: "Io volevo soltanto tornare a casa, non volevo assolutamente passare a nuova vita e morire" (p. 254) dice Osman tra sé.

Anche l'angelo, una figura pensata inizialmente come rubata da una rivista europea, si scopre essere la rappresentazione simbolica della *Dolciumi e Gomme da masticare*, ma anche un "ibrido tra una miniatura persiana e un'attrice di film di produzione nazionale" (p.

176) messo sopra un tendone da circo. Rappresentante della vita che scorre, del divertimento e della sensualità, della salute che deve essere protetta, diventa anche l'emblema della morte che sopravviene: "Forse uno vede l'angelo di cui parla il libro nel momento in cui muore, dal finestrino di un pullman" (p. 188) pensa Osman.

"Tante cose sono nascoste, sono sepolte in noi e non sappiamo neanche se siamo in grado di esprimerle. Nella scrittura noi andiamo alla ricerca di dettagli e di gesti che ci rappresentino e che tutti conoscano, che però temiamo di esprimere o non siamo in grado di farlo" dice Pamuk nel corso dell'incontro della Milanese citato in precedenza (*Orhan Pamuk: il segreto della letteratura*, 2007).

M. Heidegger in *Che cosa significa pensare?* cita l'inno di Hölderlin, *Mnemosyne*, dove dice: "Un segno siamo noi che nulla indica / senza dolore noi siamo e quasi / abbiamo dimenticato la lingua in terra straniera" (Heidegger, 1971/1996, p. 43). Utilizza questo frammento per spiegare che non tutto ciò che siamo e che sappiamo riesce ad essere veicolato dalla lingua che parliamo; una parte di noi, del nostro esserci, si nasconde, come fosse in esilio, rimanendo priva di interpretazione, ossia un segno che nulla indica (p. 110). Per questo motivo la creatività poetica, artistica in senso lato direi io, è quella che meglio di altri lascia un'apertura su questo mondo che non ha ancora tradotto, o che non riesce a tradurre, il suo significato in una comunicazione universalmente codificabile.

Mario Luzi (1998) nella poesia *Nominazione* così scrive: "Ritirano la loro ombra le cose / si nascondono nella loro luce / i luoghi ... Maturano ugualmente / il sapere e il non sapere / perfezionano essi / il cuore, il senso invece / si smarrisce" .

L'incontro tra il non detto dello scrittore e ciò che di quel non detto, il lettore racconta a sé e agli altri, finisce per dar vita a nuovi pensieri, a presunte nuove verità, che danno significato all'agire e conforto al cuore, antidoti a quel senso di smarrimento che Heidegger trova sia alla base dell'esistenza umana.

"Scrive / lui scriba / il già scritto da sempre / eppure mai finito, / mai detto, detto veramente. / Chi suscita quei semi, / chi anima quel firmamento? [...] Non detto. Non detto / e non dicibile. Giocava / esso a nascondersi / dai nomi. Andava / e veniva tra le nubi / della nostra conoscenza, / indenne / sgusciava dalle reti / calate dagli scribi". Così continua la poesia di Luzi (1998).

Colmare un vuoto di significato, interpretare i segni e le scelte dell'altro non è, come pensava S. Freud, un operare archeologico, presupponendo che esista una verità storica da far emergere, da dissotterrare dall'inconscio. Oggi la psicoanalisi, facendo una distinzione tra verità narrativa e verità storica (Spence, 1982/1987), pensa all'incontro con l'altro che parla di sé come a un incontro creativo, fondato sulla costruzione di significati che si incrociano, si mescolano, provvisoriamente si completano, che partono da bisogni profondi di entrambi, non sempre comunicabili e non sempre coscienti.

Fa bene all'essere umano incontrare confidenzialmente qualcun altro, leggere un buon libro o ascoltare buona musica, nella misura in cui in quell'incontro si accede a una nuova realtà, che ha il sapore del passato, ma non si esaurisce in esso, poiché rimangono sempre luoghi aperti che vengono provvisoriamente popolati da emozioni e saperi dimenticati o inattesi, da deduzioni arbitrarie più o meno condivise, da riflessioni aggiuntive che danno senso all'attesa e al trascorrere del proprio tempo.

"A volte – pensava tra sé Osman – sentivo che i libri che avevo letto uno dopo l'altro in quel periodo cominciavano a bisbigliare tra loro trasformando la mia testa in una buca d'orchestra dove suonavano diversi strumenti musicali e mi rendevo conto di sopportare la vita grazie a questa musica" (Pamuk, 1995/2000, p. 210).

L'arte dello scrivere può essere intesa, sull'onda dell'analogia offerta da Pamuk, come un prodotto orchestrale addensatosi lungo il corso degli anni che chiede di trovare un ordine scritto per potersi esporre. La sua ricchezza, che genera sopportazione, si basa su strumenti e partiture che suonano musiche diverse, oppure uguali ma con coloriture differenti. L'lo di volta in volta posiziona il suo ascolto sullo strumento più vicino o quello più lontano, sull'acuto, sul basso, persino sul dissonante. L'imperfezione della resa rimanda all'arbitrarietà ma anche all'urgenza di dare spazio a una nota, a un ritmo, a una rottura di stile e di coerenza. Così, almeno mi sembra, sia la frase che si scorge nel mezzo del

romanzo di Pamuk: “amare significa non dover mai dire mi dispiace” (p. 210). Viene detta originariamente da Jennifer (Ali McGraw), la protagonista, assieme a Oliver Barrett (Ryan O’Neal), del film *Love Story*, secondo la sceneggiatura di E. Segal che ne scrisse anche il libro, diventato un *best-seller* di quel tempo.

Alla verità dell’essere si può pervenire, secondo Heidegger, restando in attesa silenziosa, allontanando ossia il rumore delle parole inautentiche e preconfezionate, tralasciando gli stereotipi e le chiacchiere, non dando peso ai “si dice” e ai luoghi comuni. Pur tuttavia l’essere umano è anche questo: un misto di vero e di falso, di autentico e di imitativo, di personale e collettivo, di originale e di ripetitivo. Sicuramente la frase di Jenny riportata nel romanzo offusca, in quella pagina, la bellezza della narrazione che Pamuk sa in genere tessere attorno ai suoi personaggi e agli avvenimenti che a loro accadono. Ma così dà al lettore la coscienza che siamo imperfetti, condizionati a volte da culture non sempre fresche, utili e sane. Quella frase, che ha così offeso il piacere della lettura, mi ha ricordato che esiste anche un certo linguaggio, un certo modo di comunicare, un certo profitto. *Love story* fu il maggior successo della *Paramount Pictures* fino a quel momento; ricevette sette nomination e fu un cult movie degli anni settanta.

Heidegger sostiene che il parlare debba essere strettamente legato all’ascoltare. Per il filosofo il saper scrivere presuppone prima un saper ascoltare. Il poeta passa la maggior parte del suo tempo non a scrivere, ma ad ascoltare. Anche il pensare non può essere svincolato dall’ascoltare, a patto che sia un lasciarsi andare all’ascolto, un lasciarsi dire, non un pensare calcolante o calcolato, non il pensare della quotidianità che si manifesta nella chiacchiera o nella vacua curiosità, né il pensare della scienza che tutto cataloga e definisce.

Si tratterebbe di distinguere tra pensiero e pensiero, ma potrebbe non essere sempre così, poiché a volte si scopre che pensieri propri erano di qualcun altro. Anche la chiacchiera e il chiedere possono a loro modo servire: l’uno ci allontana dalla drammaticità, l’altro toglie l’ansia del cercare.

La straordinarietà di Pamuk sta proprio in quel misto di necessità e di realtà, di bellezza e di alienazione. L’orchestrare nella sua mente di libri e autori, di filosofi, storici e altri letterati, ognuno dei quali gli bisbiglia una cosa, un’idea, una convinzione, una via di fuga, rende molto bene come penso sia e funzioni la mente umana.

“Cose e nomi, ciascuno nella propria / desolata orfanità / si cercano, / dove, / nella mente / che li tenne uniti / o in quale / altra unicità?” (M. Luzi, 1998, *Nominazione*).

Torniamo a *Venerdì*, cercando altre possibili motivazioni nella scelta dei genitori di Nervi, o meglio cercando di dedurre liberamente da qualche altro dato il significato di un gesto dall’apparenza poco importante.

I giudici del Tribunale, oltre al richiamo a Defoe, nella stesura della sentenza, aggiunsero che è diffusamente noto che a venerdì, come giorno della settimana, sono collegabili credenze religiose e popolari: è un giorno di tristezza e penitenza, di magro e di digiuno per la religione cattolica, così come è giorno di sfortuna, in particolare il venerdì 17, per la cultura popolare.

Mi viene da pensare che ciò che ha maggiormente colpito e infastidito i giudici possa essere la variazione del sentimento comune rispetto alla nascita: ci si aspetta che sia vissuta come un evento gioioso e solo gioioso. Il venerdì, come giorno della settimana, ricorda che c’è anche della tristezza, del sacrificio. Come tutti i fatti umani di rilievo, anche la nascita può sollecitare una duplicità di sentimenti; rappresenta comunque una perdita, di quell’unità misteriosa e intensa di madre-figlio durante il periodo della gravidanza, dove l’uno è strettamente dipendente dall’altro, fisicamente e psichicamente.

F. Fornari (1981), che ha scritto diversi libri sul vissuto psichico profondo nel momento del parto, ha addirittura pensato che si attivi nella madre, alle prese con le doglie, un senso atroce di persecuzione. Cita il Leopardi quando, ne *Il canto notturno di un pastore errante dell’Asia*, dice: “Nasce l’uomo a fatica / ed è rischio di morte il nascimento” (p. 270). Vi

aggiungerei anche il finale: “Stato che sia, dentro covile o cuna / è funesto a chi nasce il dì natale”.

Il fatto inoltre che a volte la donna, o entrambi i genitori, decidano di abortire rappresenta un'altra variazione rispetto alla presunta ricchezza e soddisfazione che può dare l'aggiunta di un figlio in famiglia. Spesso vengono portate giustificazioni economiche o di salute rispetto a quella scelta, quasi ci sia un impedimento emotivo, un senso di intima vergogna, nell'ammettere che potrebbero non esserci state cause esterne ad aver determinato l'aborto, che ci potrebbero essere state al contrario, o principalmente, dei sentimenti di intensa ambivalenza, per cui al pensiero di un figlio come causa di gioia, si è aggiunto il pensiero di un figlio come disgrazia, motivo solo di apprensione e di dolore.

Verosimilmente nulla di tutto questo è passato per la mente dei genitori di Nervi; il loro gesto potrebbe essere espressione di una povertà immaginativa, culturale e affettiva, e non solo di un'inconscia ambivalenza colta intuitivamente dai giudici e tradotta, come è da loro funzione, in una presa di posizione giuridica che ricordi la necessità di rispettare una morale collettiva, quella che difende i valori comuni, così come vengono socialmente intesi ed espressi. Non a caso la proposta fatta ai genitori, in mancanza di una loro alternativa, era di chiamare il figlio *Gregorio*, come il nome del santo festeggiato il 3 settembre, giorno del parto.

In tal senso non posso dirmi d'accordo con Fornari (1979) quando pensa che vi sia sempre un significato, manifesto e latente, in ogni comunicazione che passi attraverso il linguaggio. Non viene preso in considerazione che la mente non è sempre così ricca, attraversata da simbologie e conflitti emotivi, per cui necessita di trasbordare nella comunicazione il suo contenuto. A volte ciò che veicola è quello che è, ossia l'assenza, la povertà affettiva e cognitiva, provenienti anche dai livelli psichici più lontani dalla coscienza; anzi a volte il linguaggio sopperisce a un vuoto interiore non facilmente riconoscibile.

L'epoca odierna, sosteneva Heidegger, è tempo di povertà: un tempo in cui l'uomo si muove unicamente nel tramestio degli affari e degli scambi, dove prevale il rumore delle parole, il frastuono della chiacchiera e della curiosità; una povertà, aggiungerei io, che a volte infastidisce per la mancanza di spessore emotivo, etico, sociale, per l'insufficienza di simbologie specifiche e per l'arresto della fluidità mentale.

“Ci domandiamo di tanto in tanto -racconta Riolo- dove sono finite le nevrosi di una volta. Le nevrosi sono espressione di un mondo che ha come centro la realtà psichica e i suoi significati: il desiderio, il divieto, il conflitto, l'impotenza, la passione, la colpa. Le patologie che ne hanno preso il posto sono espressione piuttosto di un difetto dell'ordine simbolico e di un uso normalizzato di azioni il cui fine è l'evacuazione dell'angoscia, ma anche del significato di sé” (Riolo, 2008, p. 902).

Dopo tutto i giudici del Tribunale possono aver creato un utile a quella coppia di genitori: l'aver dato significato ai loro atti, l'aver creato un pieno di affetti, poiché l'ambivalenza si basa inevitabilmente sull'affettività. Non diversamente accade agli psicoanalisti, nel loro affacciarsi a capire e interpretare. Vi è un gran bisogno da parte dell'umanità di ancorare il proprio fare a possibili sentimenti, ansie, difficoltà, un creare un'abbondanza comunicativa che contrasti il dubbio rovesciato: quello di non aver proprio nulla da dire.

La madre di *Venerdì* afferma in un'intervista per la rubrica *Strange days* di *Mente Critica* che in famiglia e con gli amici “continueremo a chiamarlo così, perché ormai lui è abituato e penso che il cambiamento sarebbe un trauma” (Di Venere e di Marte, 2007). Ma veramente ci risuona dalle sue parole una preoccupazione materna per un possibile trauma al figlio? L'ansia dei giudici, sicuramente eccessiva, è così fuorviante quando ipotizzano che suo figlio possa da grande, con quel nome, essere lo zimbello del gruppo?

L'andare alle radici affettive di quel nome forse non è possibile, proprio perché una radice potrebbe non averla. Un tentativo di radicamento potrebbe affacciarsi a partire dalla sentenza dei giudici in poi, nella misura in cui la madre promette che farà di tutto, ricorsi e appelli, perché il figlio continui a chiamarsi come lei ha voluto.

I giudici le hanno segretamente creato l'occasione perché possa attivare, su un fatto esterno, una problematica affettiva interna, dove il figlio cominci ad apparire come qualcuno su cui convergere delle attenzioni.

Allo stesso modo lo psicoanalista, partendo dal presupposto che vi è sempre qualcos'altro da ascoltare, da aggiungere, da precisare rispetto alla libera comunicazione del paziente, di fatto arricchisce con i suoi interventi, coi suoi dubbi e interrogativi, una narrazione che a volte già all'origine parte come povera di simbologia, di affettività, di significato manifesto e latente. Sicuramente crea lo spazio perché il paziente intraveda la possibilità che durante il percorso analitico, e grazie alla relazione con l'analista, il deserto pur rimanendo tale si popoli di qualche oasi, dove l'acqua e il verde rendano più tollerabile l'esistenza umana.

“L'inaridimento non è la distruzione. L'inaridimento è più inquietante della distruzione. La distruzione accantona soltanto ciò che fino a quel momento è cresciuto ed è stato costruito; l'inaridimento impedisce ogni crescita futura e ogni costruzione [...] Il Sahara è solo un tipo particolare di deserto. L'inaridimento della terra può andare di pari passo con il raggiungimento di un più alto grado di vita dell'uomo [...] L'inaridimento può circolare ovunque nel modo più inquietante, perché è capace di nascondersi” scrive Heidegger (1971/1996, p. 52-53) in *Che cosa significa pensare?*

Per tornare ad Osman, si può trovare un'ulteriore variazione, sul tema del nome, nella storia stessa della Turchia, o meglio nella storia del periodo ottomano che inizia nel 1299 e termina nel 1923, con la proclamazione della repubblica e l'abolizione del sultanato e del califfato.

Osman Gazi (Osman I) fu il fondatore e il primo sultano dell'impero ottomano e diede inizio alla dinastia degli osmanidi, gli ottomani (in turco osmanli vuol dire discendenti di Osman). Ebbe come successore il figlio Orhan Gazi (Orhan I), lo stesso nome di Pamuk. “Mia madre mi diceva che aveva scelto lei il mio nome, tra quelli dei sultani ottomani, perché il suo preferito era il sultano Orhan” (Pamuk, 2003/2006, p. 351).

Anche nella storia artistica ottomana, uno dei più noti tra i primi pittori ottomani è un certo Osman Hamdi Bey, che fondò nel XIX secolo un'accademia d'arte che accoglieva le tecniche e le tematiche pittoriche dell'occidente. Pittori turchi cominciarono ad essere mandati in Francia e in Italia e nel contempo artisti europei venivano invitati dal Sultano in Turchia. Nel museo di Istanbul è tuttora conservato un dipinto di Osman Hamdi.

Il nome Osman è quindi un nome di un certo prestigio, che ha lasciato il segno nella storia, sia in quella politica che in quella artistica. Chi desidera collocarsi in alto può essere motivato dal desiderio di successo e di potere, ma anche dal bisogno di eliminare ogni dubbio sulla pochezza o sulla mediocrità del proprio fare e del proprio vivere. Scrive Pamuk in *Istanbul*: “Quando nacqui io, Istanbul viveva i giorni più deboli, più poveri, più miseri e più isolati della sua storia di duemila anni. Il senso di fallimento dell'impero ottomano, la desolazione e la tristezza generate dalle rovine che occupavano la città, sono stati per me, per tutta la vita, la caratteristica principale di Istanbul. Ho trascorso la mia esistenza combattendo contro questa tristezza, oppure abituandomi ad essa” (Pamuk, 2003/2006, p. 7). E più avanti: “Le antenne della città ricordano ai suoi abitanti che la forza e la ricchezza del passato sono scomparsi assieme a quella cultura e il presente è povero e confuso e non si può confrontare con il passato” (p. 99).

Osman, il protagonista de *La nuova vita*, ha cercato di superare il sentimento di povertà e di inadeguatezza affidandosi a un libro, esaltando ciò che vi trovava scritto poiché credeva fosse la via per raggiungere armonia e completezza, la via per elevarsi dalla mediocrità e scuotersi di dosso noia e avvillimento; per buona parte della sua giovinezza si era visto come “una persona speciale che ha uno scopo completamente diverso da quello degli altri” (p. 249), ha finito per ricredersi, con realismo e sofferenza, accettando i momenti di rabbia e di tristezza conseguenti alla rinuncia di quel progetto tanto illusorio quanto ambizioso ed esaltante. Alla fine del romanzo, come suggerisce A. Stanca, decide di “abbandonare la ricerca e rientrare nella condizione di tutti, quella di un'esistenza condotta tra luoghi comuni”.

“Mi piaceva guardare le partite di calcio alla televisione, stare a casa a poltrire la domenica, andare alla stazione assieme a mia figlia a guardare i treni, leggere, spettegolare e fare l'amore con mia moglie, fumare e bere il caffè in pace seduto in un posto qualsiasi” (Pamuk, 1995/2000, p. 251) racconta Osman nelle ultime pagine della sua storia, a 35 anni compiuti.

Bibliografia

- Di venire e di marte.* (2007, July, 23). *Mente Critica. Strange days.* Retrieved from: <http://www.mentecritica.net/di-venere-e-di-marte/informazione/strange-days/spes74/587/#more-587>
- Fornari, F. (1981). *Il codice vivente.* Torino: Boringhieri.
- Fornari, F. (1979). *Fondamenti di una teoria psicoanalitica del linguaggio.* Torino: Boringhieri.
- Heidegger, M. (1971). *Was ist Denken?* Tübingen: Niemeyer (trad. it. *Che cosa significa pensare?* Sugarco, Milano, 1996).
- Intervista a M. Bacigalupo.* (2007, December, 18). *La Repubblica.* Retrieved from <http://www.repubblica.it/2007/12/sezioni/cronaca>
- Leopardi, G. (1835). *I canti.* Firenze: Sansoni.
- Luzi, M. (1998). *Tutte le poesie.* Milano: Garzanti.
- Orhan Pamuk: il segreto della letteratura.* (2007, July, 12). Retrieved from <http://www.wuz.it/intervista-libro/1304/orhan-pamuk.html>
- Pamuk, O. (2003). *İstanbul: Hatıralar ve Şehi.* Istanbul: YKY (trad. it. *Istanbul: I ricordi e la città,* Einaudi, Torino, 2006).
- Pamuk O. (1995). *Yeni Hayat.* Istanbul: İletişim (trad. it. *La nuova vita,* Einaudi, Torino, 2000).
- Riolo, F. (2008). Identità: la giubba e il filo. *Rivista di Psicoanalisi*, 54, 897-903.
- Spence, D. (1982). *Narrative truth and Historical Truth.* New York: Norton (trad. it. *Verità narrativa e verità storica,* Martinelli, Firenze, 1987).
- Stanca, A. (2007). Recensione al libro di O. Pamuk *La nuova vita.* *Segni e comprensione*, 63: 108-109.

Child abuse: una analisi dei modelli di intervento psicologico

di Andrea Caputo*

Riassunto

In questo lavoro si presenta una revisione della letteratura internazionale prodotta dal 1997 al 2007 in ordine all'intervento psicologico negli abusi all'infanzia. Sono stati individuati alcuni modelli culturali che organizzano le prassi di intervento, con l'obiettivo di esplorare il rapporto tra dimensioni teoriche e applicative. Un primo modello, attestato su un versante diagnostico-valutativo, sembra proporre una funzione ideologica e normativa della professione, in raccordo al valore di protezione sociale e di tutela del minore. Un secondo modello, fondato sull'evidenza scientifica, segnala l'esigenza di standardizzare le procedure per una migliore efficacia degli interventi, entro una posizione tecnicistica e medicalizzata. Infine, un terzo modello, maggiormente centrato sulla prevenzione e su un paradigma individuo-contesto, sembra presentare maggiori potenzialità di sviluppo della competenza psicologica per una lettura critica del tema, "culturalmente" orientata all'esplorazione dei processi collusivi che organizzano i sistemi di convivenza a rischio.

Parole chiave: abusi all'infanzia - intervento psicologico - modelli culturali

Premessa

La questione degli abusi all'infanzia è interesse della psicologia sia sul versante della ricerca che della clinica.

Storicamente la società non è sempre stata sensibile al maltrattamento dei minori. Nell'età classica erano correntemente praticati i sacrifici di bambini destinati agli dei; dall'antica Grecia alla Cina, l'uccisione di neonati deformati o non desiderati era comunemente accettata. L'infanzia era ritenuta un'età imperfetta e, per questo, era oggetto di autoritarismo vessatorio e di discipline oppressive. Nell'antica Roma l'ordinamento giuridico stabiliva il diritto di vita o di morte del *pater familias* sui propri figli, considerati proprietà dei genitori, e per tutto il Medioevo le punizioni corporali costituirono il principale strumento pedagogico per mantenere la disciplina, trasmettere le buone maniere e correggere le "cattive inclinazioni".

Nel XVIII secolo, l'attenzione nei confronti dell'infanzia divenne maggiore sia in Inghilterra - dove famosi romanzieri inglesi (Scott e Dickens) denunciarono il comportamento della società rispetto allo sfruttamento dei minori - sia in Francia - dove, in seguito alla Rivoluzione francese, la Costituzione del 1793 proclamò che il bambino non possiede che diritti.

Soltanto all'inizio del Novecento pedagogia, psicologia e sociologia cominciarono a porsi il problema dell'infanzia e dei suoi bisogni, avviando un graduale percorso di protezione e riconoscimento giuridico del minore, dalla Dichiarazione dei diritti del fanciullo di Ginevra del 1925, alla Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel 1989. E' in questa fase che si estende il concetto di abuso: dalla "sindrome del bambino battuto" (Kempe, Silverman, Steel, & Silver, 1962) alla "sindrome del bambino maltrattato" (Fontana, 1973), per arrivare in epoca più recente al termine *child abuse*, che rimanda in modo omnicomprensivo a tutte le tipologie di maltrattamenti, negligenze e violenze fisiche e psicologiche rivolte all'infanzia. Queste si elicitano in condotte attive (percosse, lesioni, atti sessuali, ipercura) e omissive (incuria,

* Psicologo, consulente in sessuologia, specializzando in psicologia della salute, Roma.
e-mail: caputo.and@libero.it

trascuratezza, abbandono) che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo o per la sua dignità, nell'ambito di una relazione caratterizzata da responsabilità, fiducia e potere (WHO, 2002). Recentemente, accanto ai tre principali gruppi di abusi (maltrattamento, patologie delle cure e abuso sessuale), è stata classificata anche la violenza assistita, un fenomeno in aumento nel contesto familiare, che riguarda minori testimoni di violenza domestica agita su figure di riferimento o su altre figure significative (Montecchi, 2005).

In tal senso, la massiccia influenza dei mass media rispetto ai numerosi casi di cronaca e le attuali politiche sociali in tema di maltrattamento e abuso infantile parrebbero segnalare una crisi dei processi di convivenza¹.

In ordine a tale "emergenza", si sta assistendo specularmente allo sviluppo di una "cultura dell'infanzia" entro cui l'impegno dei vari professionisti è orientato alla protezione dei diritti del minore, rivolgendo così l'attenzione al problema sommerso dei maltrattamenti, delle violenze e negligenze nei loro confronti.

Il progressivo rilevamento di questo tipo di reati pone alle istituzioni, e più in generale alla collettività, nuovi problemi e a più livelli - psicologico, sociale, normativo, giuridico e giudiziario - che, a loro volta, generano ulteriori criticità di tipo organizzativo, formativo e di coordinamento tra operatori di diversa cultura ed etica professionale (dagli operatori del diritto, magistrati ed avvocati, agli psicologi, insegnanti, assistenti sociali ed educatori).

A tale proposito uno dei nodi maggiormente problematici risulterebbe essere la mancanza di protocolli di intervento per gli operatori, su base nazionale e specifici per i vari settori: in Italia esistono linee-guida generali elaborate e validate al fine di favorire una coerenza tra la componente sociale e la componente sanitaria della presa in carico di minori vittime di abuso, in sinergia con gli interventi giudiziari.

Introduzione

Una revisione della letteratura internazionale, prodotta dal 1997 al 2007 e reperibile nel CSA (Cambridge Scientific Abstracts) in ordine all'intervento psicologico nel *child abuse*, ci ha permesso di individuare tre "modelli culturali"² che riteniamo utili per una rilettura critica del tema:

- Il *modello dell'attaccamento* organizza quel filone della letteratura che recupera le teorie dell'attaccamento per l'individuazione di una lettura deterministica del *child abuse*. Numerose ricerche, infatti, collegano in maniera "diretta" l'esperienza di abuso ad uno stile di attaccamento insicuro o disorganizzato (Carlson, Cicchetti, Barnett, & Braunwald, 1989; Van Ijzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999), verificandone, inoltre, la sua riproduzione intergenerazionale (Alexander et al., 1998; Fonagy & Target, 2001), nell'ipotesi che alla origine di comportamenti maltrattanti vi sia una persistente incapacità del genitore nel riconoscere lo stato soggettivo del bambino durante le prime fasi di vita.

- Il *modello delle tecniche evidence-based* è enucleato dalle considerazioni avanzate da diversi autori (Remschmidt, Belfer, & Goodyer, 2004) sulla necessità di combinare le migliori evidenze sperimentali disponibili e l'esperienza clinica, con l'obiettivo di sviluppare nuovi protocolli basati su prove di efficacia, valutare i diversi programmi terapeutici (Chaffin & Schmidt, 2000) e acquisire tecniche specialistiche nel lavoro con i minori vittime di abuso e con le loro famiglie.

- Il *modello dei risk factors* è definito a partire dagli studi sull'influenza dei principali fattori di rischio nel *child abuse*, tra cui l'isolamento sociale (Loar, 2003), la violenza domestica

¹ Intendiamo per convivenza la componente simbolica della relazione sociale. Convivere significa istituire rapporti di reciprocità con l'estraneo e produrre nuove regole del gioco sociali, quando quelle presenti denunciano la propria inadeguatezza (Carli, 2000).

² Modelli collusivi con i quali gli Autori organizzano, emozionalmente, la loro rappresentazione e conoscenza del tema (nel nostro caso l'intervento negli abusi all'infanzia), con l'ipotesi che quanto prodotto in Letteratura suggerisca la connessione simbolica istituita tra la competenza psicologica e la rappresentazione dei problemi che il contesto pone (Carli & Paniccia, 2002).

(Armstrong, 1999) e l'abuso di sostanze (Kelley, 2003), considerando l'utilità di implementare programmi di prevenzione primaria (Suzumiya, Yamashita, Nakagawa, Noutomi, & Yoshida, 2004) e adottare una prospettiva ecologica nell'analisi del fenomeno (Cox, 1997).

Il presente contributo intende esplorare tali modelli con l'obiettivo di interrogarsi sulla relazione esistente tra dimensioni teoriche e prassi di intervento rispetto alla questione degli abusi all'infanzia.

Si tratterà il rapporto tra committenza e mandato sociale, nel tentativo di delineare i differenti utenti, i contesti e le funzioni professionali riconducibili ai modelli precedentemente individuati.

Successivamente si proporrà la Signal Detection Theory (Green & Swets, 1966) quale prospettiva per leggere i criteri decisionali che orientano l'azione psicologica nelle situazioni di incertezza e rischio connesse all'abuso, i risvolti, i limiti e le potenzialità delle diverse culture professionali.

Verrà infine proposta una lettura psicosociale del fenomeno, cercando di recuperare il paradigma individuo-contesto e l'analisi dei processi collusivi come dimensioni specifiche della competenza psicologico-clinica.

L'intervento tra committenza e mandato sociale

Recuperando *modo, mezzo e obiettivo* (Grasso, Cordella, & Pennella, 2003), quali aspetti necessari per la realizzazione di un intervento e per la possibilità di direzionare un processo, possiamo riattraversare i modelli di intervento fino ad ora individuati, alla luce del rapporto committente/utente/ psicologo.

L'ipotesi è che il mandato sociale sia calato entro specifici ambiti di intervento e che la prassi psicologica sia fondata su precise dimensioni, storiche e contingenti, nell'attivare determinate funzioni. La lettura che si propone, lungi dall'avanzare conclusioni rigide e semplificative, ha dunque l'obiettivo di affrontare la questione del mandato sociale degli abusi all'infanzia e della committenza entro cui, potenzialmente, si collocano i modelli proposti a partire dalla letteratura.

Il modello dell'attaccamento: la funzione ideologico-normativa

Tale modello sembra organizzare una cultura professionale collusiva coi sistemi di potere e con il mandato sociale relativo agli abusi all'infanzia. Siamo confrontati con tipologie di intervento che ipotizziamo si collochino in un contesto per lo più coatto e prescrittivo, come quello della consulenza psicologica in ambito giuridico, dove vi sono limitati gradi di libertà rispetto ad una rilettura della domanda come primo prodotto dell'intervento medesimo.

Il *modo* in cui lo psicologo prende parte al processo di domanda è quello del perito (dal greco *peîra*, da cui prova, ricerca, esperienza), in quanto conoscitore esperto dei temi della psicologia evolutiva e del diritto minorile e di famiglia. L'etimo del termine (*peîra*) rimanda anche all'atto del ricercare dentro le cose, dello scrutare, del penetrare che ripropone l'agito violento di chi, entro una dinamica perversa, riduce l'estraneità a oggetto da possedere. Il processo collusivo familistico è riproposto con lo psicologo chiamato a osservare l'altro, quasi toccarlo con mano (dal latino *tangere*, che ha la medesima radice di attaccamento) entro un rapporto che appare caratterizzato dalla stessa corporeità aggredente sperimentata emozionalmente nelle relazioni primarie.

Il *mezzo* attraverso cui tale azione professionale si elicita è la diagnosi (dal greco *dià-gnôsis*, ovvero guardare attraverso), ancorata ad un modello medicalizzato secondo cui il momento valutativo rappresenta una mera operazione statica e descrittiva che demanda la

responsabilità del processo di modifica alla qualificazione dinamica ed evolutiva della successiva fase di terapia³.

Per fare diagnosi e/o prognosi (sulle competenze genitoriali, l'attendibilità della testimonianza del minore, l'indagine della personalità dell'abusante, ecc.) è necessario che siano garantiti criteri di oggettività e neutralità, quali presupposti della prassi professionale, data la situazione di incertezza entro cui si è chiamati a intervenire. In qualche modo, si chiede allo psicologo di agire un controllo "conoscitivo" sulle regole del gioco che reggono tali sistemi di appartenenza (le famiglie abusanti) e di renderle note, nell'ipotesi di definirne e prevederne gli esiti.

L'*obiettivo* del perito/psicodiagnosta è dunque quello di fornire pareri e valutare (*valere*, da cui essere forte, avere prezzo, stimare) in un rapporto che si esaurisce nella dinamica istituita col mandato sociale. Chi valuta, infatti, gode di uno status privilegiato (*validus*) per mezzo del potere conferitogli da un terzo in nome del riconoscimento del proprio sapere specialistico. Valutare, però, può comportare l'operazione rischiosa di individuare "costi" a prescindere da specifici contesti. La protezione e la tutela dell'infanzia rappresentano, infatti, valori ideologici attorno ai quali si può facilmente costruire un consenso piuttosto che un intervento verificabile. In altri termini, si ripropongono finalità, cioè stati della realtà socialmente desiderabili e condivisibili, in linea con meccanismi di controllo che inducono l'individuo a conformarsi ai valori che reggono l'ordine sociale, entro una funzione per lo più ideologica e normativa della professione psicologica.

Il modello delle tecniche evidence-based: la funzione tecnica

La tecnica (*technè*, l'insieme di conoscenze e metodi necessari alla produzione degli oggetti) rappresenta la dimensione centrale di tale modello di intervento in merito agli abusi all'infanzia. Per passare dalla dimensione ideologica ad una dimensione pragmatica risulta necessaria una operazione fondamentale, che è quella di trasformare gli stati della realtà socialmente desiderabili in altri modelli coerenti con ciò che risulta più probabile dall'applicazione della tecnica.

Il modo in cui lo psicologo è chiamato a stare entro i rapporti di domanda, è strettamente ancorato al ruolo di tecnico, in quanto capace di produrre e offrire soluzioni ai problemi posti dalla committenza. Il suo intervento è legato alla congruenza dei risultati con i bisogni espressi dagli individui o dai gruppi sociali e alla probabilità di avere quale esito esattamente ciò che ci si aspetta.

Siamo nell'area degli interventi attuati entro i servizi socio-sanitari locali e che, talvolta, hanno luogo proprio in ottemperanza ai dispositivi dell'Autorità Giudiziaria minorile rispetto allo stato di recuperabilità del minore o dell'intero nucleo familiare in vista delle successive sentenze. La stretta integrazione dei trattamenti clinici con quelli educativi e riabilitativi, in questo caso, avviene in accordo e su mandato del Servizio Sociale Territoriale competente, che rimane titolare del progetto di intervento sul minore. Le tecniche che sono evocate rispetto a tale contesto di intervento sono quelle psicoterapeutiche, per lo più basate su un modello teorico sistemico-relazionale o cognitivo-comportamentale.

La psicoterapia diviene il mezzo privilegiato attraverso cui si agisce la riduzione del deficit, l'eliminazione del sintomo (del singolo o del nucleo familiare) entro un mandato sociale che richiama la funzione diagnostica del modello precedentemente individuato, sebbene stavolta sia funzionale alla successiva presa in carico.

Qui l'*obiettivo* è relativo alla cura e alla guarigione, termini che a livello etimologico rimandano al contempo all'atto di osservare e proteggere, dimensioni legate al concetto di tutela (*tueri*) del minore. Si affaccia in questo senso una funzione sostitutiva al sistema giudiziario, nel riconoscimento della separazione tra specifiche competenze, all'interno di un mandato sociale che rivendica la professionalità psicologica sul versante dei servizi sociali, sanitari e assistenziali in genere. In altri termini, lo psicologo non è più chiamato a colludere con una committenza che vuole utilizzarlo in funzione dei propri scopi (si pensi alla figura

³ L'art. 26 del Codice Deontologico e l'art. 10 della Carta di Noto, recita: "I ruoli dell'esperto nel procedimento penale e dello psicoterapeuta sono incompatibili".

del perito quale *longa manus* dell'organizzazione giudiziaria); in questo caso allo psicologo è proposta una collusione tecnica poiché socialmente riconosciuto, entro processi di ordinamento professionale, quale figura volta all'assistenza e alla riabilitazione psicologica. Il criterio di evidenza, che in tale modello si persegue attraverso la validazione delle tecniche, rimanda al bisogno della professione di trovare legittimazione entro contesti per lo più dati e fondati su una cultura medicalizzata, come quelli di tipo assistenzialistico e di cura, nella direzione di rendere visibile all'esterno (evidens) il proprio "saper fare". A differenza del modello dell'attaccamento, inoltre, il rapporto di domanda non è esaurito nella sola richiesta di committenza. In questo caso, la dinamica neoemozionale fondata sul controllo, esercitato entro un mandato socio-sanitario, sembra fornire indicazioni di presa in carico del "paziente", triangolando un terzo (lo psicologo) a intervenire in un'ottica di "*restitutio ad integrum*".

L'altro, designato quale portatore del disagio (dal latino *patior*), è anche colui che "porta pazienza" nel tollerare l'istituzione di un rapporto di cura. Da una dimensione osservativa si passa quindi ad un processo di tipo interattivo. Si pensi agli studi *evidence-based* compiuti sulla "*compliance*" (definita anche adesione al trattamento o regime consensuale) quale predittore dell'efficacia del trattamento stesso e, in questo senso, all'importanza di variabili quali la consapevolezza del problema, l'alleanza terapeutica, le caratteristiche del sistema di cura, ecc. In altri termini, acquista maggiore centralità la relazione tra tecnico e utente, sebbene essa non costituisca l'oggetto dell'intervento ma piuttosto sostanzialmente il bisogno di aiuto e il rapporto di dipendenza affiliativa tra i due.

Il modello dei risk factors: quale funzione?

L'ultimo modello proposto è quello che definiamo "dei fattori di rischio". Il contesto di committenza professionale in cui lo psicologo è chiamato a intervenire è per lo più relativo al cosiddetto "Terzo Settore", ovvero quel complesso di soggetti organizzativi di natura privata ma volti alla produzione di beni e servizi a valenza pubblica o collettiva. Non più, quindi, un mandato sociale forte a cui aderire, pena la perdita di una legittimazione, scontatamente data, della propria professionalità, ma ambiti di costruzione di competenza a stare sulle domande del territorio, nell'ottica di contribuire alla promozione e al potenziamento della convivenza entro i sistemi sociali di appartenenza (Carli, 1997). Si esce dall'ottica del prodotto, per abbracciare quella di una psicologia quale offerta di un servizio.

Il modo in cui lo psicologo partecipa a tale processo è quello di consulente, figura per la quale le dimensioni emozionali della relazione non vengono scisse (modello dell'attaccamento) o ritualizzate (modello delle tecniche *evidence-based*), ma sono fonte di conoscenza. Gli strumenti adottati nel far fronte alla questione degli abusi all'infanzia, entro un'ottica psicosociale, sono riconducibili a un modello preventivo, nella possibilità di esplorare contesti "a rischio" di cui promuovere le risorse individuali e comunitarie. L'altro, dunque, inizia ad assumere l'accezione di "cliente" dal momento che cessa di essere mero fruitore di un prodotto dato, e per cliente intendiamo l'estraneo dal quale dipende lo sviluppo (Carli, 2003). Si pensi, rispetto al terzo settore, alla faticosa negoziazione operata entro la realtà locale con le famiglie, le istituzioni educative e i contesti socio-ricreativi al fine di implementare progetti preventivi che siano colti come utili e che siano allo stesso tempo verificabili. La promozione che si sostiene fa quindi riferimento anche alla propria credibilità professionale, nella necessità di assumere una competenza a proporsi entro un mercato competitivo. Il consulente, come indicato dall'etimo (dal latino *consulere*), racchiude in sé funzioni di presa in carico della richiesta (provvedere) e di utilizzo della relazione quale organizzatore dell'intervento stesso (riflettere), ragion per cui necessita di modelli che traducano ciò che l'altro gli porta in quanto dimensione problematica.

La prevenzione quale mezzo finalizzato al potenziamento (*empowerment*) è, ad esempio, oggetto privilegiato di due orientamenti della tradizione psicologica: la psicologia di comunità e la psicologia della salute. Entrambe si pongono quale obiettivo lo sviluppo della comunità, la promozione della salute e il miglioramento della qualità della vita degli individui nei loro contesti di appartenenza (Francescato, Tomai, & Girelli, 2002; Pietrantoni, 2001). Il modello

preventivo, tuttavia, pone alcune questioni problematiche per l'intervento psicologico che, se non trattate, rischiano di istituire le posizioni ideologica e tecnicistica precedentemente discusse.

L'abuso (*ab-utor*) in quanto cattivo uso, definisce di per sé una dimensione che scarta dalla norma e attorno cui l'intervento preventivo può facilmente trovare legittimazione. Le critiche rivolte alle teorie della "*social cognition*" affermano, per esempio, la parzialità di modelli centrati sull'influenza esercitata sul comportamento da parte delle aspettative, delle credenze di controllo o dell'apprendimento sociale; là dove non si tenga conto dei processi automatici e inconsapevoli, del ruolo delle emozioni e del contesto socio-ambientale. In tal senso, i fattori di rischio, se assunti come criteri di allarme e di individuazione del problema dato, potrebbero rappresentare il presupposto per la creazione di idealtipi, reazioni standardizzate a stimoli ambientali, profili di potenziali abusanti e/o abusati, ovvero dimensioni mitiche e rassicuranti, in linea con un modello diagnostico. Lo stesso si dica per la dimensione sociale dell'*empowerment* che può divenire finalità valoriale nel momento in cui alimenta una cultura delle ideologie e delle lotte di potere, nella presentificazione costante delle determinanti oggettive del contesto e dei limiti che esso pone; si pensi, tra tutte, alle disuguaglianze circa la distribuzione delle risorse. Si rischia, in altri termini, di predisporre una cultura della tecnicità che promuove strategie di adattamento "ingenua", in risposta a un sentimento di impotenza. E' il caso dei corsi alla genitorialità; della formazione di operatori e insegnanti costantemente aggiornati sulle tematiche dell'abuso; dei progetti di educazione alla salute e alla sessualità nelle scuole, prescrittivamente impostati senza una analisi delle culture entro cui si interviene.

Azione professionale e child abuse: un modello decisionale per una ipotesi di lettura

Se pensiamo ad alcune criticità in merito alla valutazione dell'attendibilità della testimonianza del minore, all'individuazione precoce di indicatori specifici di abuso, all'omertà familiare agita nella negazione dell'evento traumatico, al rischio di recidiva entro un contesto non sufficientemente protettivo, ci rendiamo conto dello stato di forte incertezza che investe l'intervento dello psicologo. Questi, infatti, è costantemente confrontato con un pericolo potenziale da prevenire, individuare o eliminare qualora fosse presente: in una cultura dei "fatti" l'azione professionale, dall'analisi delle simbolizzazioni collusive agite nel rapporto di domanda (Carli & Paniccia, 1999), tende ad attestarsi sull'adozione di strategie decisionali volte alla riduzione dell'estraneità.

Proviamo a riflettere su cosa implichi decidere in situazioni di incertezza, in rapporto a una condizione di pericolo all'interno di un contesto, ricorrendo alla Signal Detection Theory, approfondita nelle sue implicazioni "sociali" (Carli, 1987). L'ipotesi è che il tipo di strategia decisionale attivata dipenda dai "costi" che la cultura locale attribuisce alla decisione, in funzione delle regole del gioco condivise entro un sistema di appartenenza.

Il modello dell'attaccamento ripropone una funzione diagnostico-valutativa rispetto ad una condizione di forte incertezza decisionale in cui lo psicologo è chiamato ad intervenire. Ci si confronta con situazioni in cui l'obiettivo principale è identificare la presenza di eventuali indicatori psico-comportamentali che rimandino compatibilmente all'evento abuso, sebbene molti sintomi siano in realtà aspecifici, in quanto risposte a stress diversi dall'abuso quali, ad esempio, quelli dovuti a conflitti o disagi intrafamiliari. Si pensi a come un approccio categoriale funzioni meglio quando tutti i componenti di una classe diagnostica sono omogenei, quando vi sono limiti netti tra le classi, e quando le diverse classi sono mutualmente esclusive. Per poter rilevare la presenza di ciò che scarta dalla norma, è quindi necessario adottare criteri sempre più numerosi e restrittivi, in modo da evitare l'errore di valutare come significativa una ipotesi che non lo è (si pensi alla casistica degli pseudo-abusi). L'importanza della diagnosi differenziale e di uno screening dei cosiddetti falsi positivi, volge la preoccupazione del clinico, che opera in contesti coatti e simbolizzati come sanzionatori, al "non commettere errori". Tale modello, dunque, ripropone la cultura del **rifiuto corretto**. Il sistema giudiziario implica costi emotivi, istituzionali e legali assai alti;

ogni valutazione o decisione ha un peso considerevole sulla vita delle persone, entro un assetto collusivo normativo che investe la figura del perito, riconosciuto quale esperto, di una funzione professionale ideologica. In Tribunale il tempo della decisione è spesso rapido e comprime, a volte in modo ansiogeno, il tempo della riflessione. Si ricorre a strategie automatizzate attraverso cui si tende alla ripetizione di comportamenti senza assumerne di ulteriori, riducendo la probabilità di falsi allarmi e risparmiando in termini di tempo e pensiero. Si persegue, per alcuni aspetti, l'*efficienza* dell'intervento nel massimizzare i benefici ottenibili, utilizzando al minimo le risorse economiche, organizzative e professionali.

Il modello delle tecniche evidence-based si colloca nell'area della tecnicità, il cui interesse prioritario è quello di standardizzare le procedure di intervento, con lo scopo di perseguire la massima *efficacia*. Siamo confrontati col mandato socio-sanitario che caratterizza la medicalizzazione della prassi psicologico-clinica su un versante terapeutico. Il focus è sull'obiettivo, in quanto risultato più probabile di una tecnica scientificamente fondata, nell'ipotesi che ci sia una razionalità, intesa come tendenza a massimizzare gli esiti corretti delle decisioni. E' riproposta una cultura dell'*hit*, in cui la dimensione operativa è orientata alla risoluzione di problemi, ovvero al "fare la cosa giusta". Nella valutazione degli interventi sanitari, per efficacia si intende la capacità dell'intervento di migliorare gli esiti della condizione in esame. L'efficacia di un servizio sanitario consiste nel fare le cose giuste alle persone giuste e si identifica con l'appropriatezza, come implicitamente riconosciuto dal DDL 229/1999. Per poter perseguire il mito della razionalità tecnica, è però necessario appiattare il valore della variabile ambientale, quale aspetto di incertezza sull'azione, agendo un controllo conformistico rispetto al contesto stesso. Il tecnico, in questo senso, è colui che, secondo la definizione di Fornari (1976), assolve ad una funzione di cura o "fallogentrica". L'intervento, infatti, comporta la possibile separazione tra il "male altro" che agisce entro il paziente e che va aggredito, distrutto (curare); ed il "bene proprio" del paziente stesso, del quale ci si può prendere cura (funzione onfalocentrica). Partendo da questa scissione, il tecnico si vede delegata la possibilità di decidere per il suo interlocutore. A fronte di tale dinamica affiliativa, il rischio maggiore è rappresentato dal mancato intervento là dove sarebbe stato necessario e corretto; si pensi all'obbligo di cura e alla colpa professionale di omissione che caratterizza il contesto socio-sanitario. In tal senso, perseguire esiti corretti in rapporto a cose fatte sembrerebbe quindi collocarsi entro una cultura tautologica, che riconosce legittimità al modello diagnostico quale premessa per un successivo intervento riabilitativo.

Il modello dei risk factors propone un'ottica dell'intervento orientata ad un versante prevalentemente preventivo. Il concetto di rischio assume una centralità assai significativa dal momento che la decisione, intesa come riduzione e gestione dell'incertezza tramite scelte nel rischio, rappresenta, in questo caso, un organizzatore della prassi psicologica. La prevenzione mira a individuare quelle condizioni misurabili che risultano correlate con l'incidenza di un fenomeno in una popolazione a rischio. Tali determinanti possono essere ascritte all'individuo o al contesto e mostrano un peso significativo, a seconda delle modalità di impiego ed esposizione, quali predittori per l'insorgenza dell'evento dannoso. Non si interviene sul segnale dato, ma sul pericolo potenziale, entro un assetto caratterizzato da una forte variabilità e incertezza proprio perché implicato in una continua negoziazione con le domande provenienti dal territorio. Siamo nell'area dei progetti di tutela all'infanzia che hanno per committenti le agenzie del Terzo Settore entro la realtà locale e assumono come prioritaria la questione dell'*economicità*, ossia l'utilizzo razionale ed ottimale delle risorse in relazione alle necessità territoriali. Il rapporto, dunque, non è più tra mezzi impiegati e risultati ottenuti, ma tra costi e obiettivi pensati. Ciò implica che l'azione finalizzata alla prevenzione prescinda, in qualche modo, dall'esito corretto delle scelte effettuate: si propone il "far presto" (dal latino *prae-stare*) e quindi uno stare (professionalmente), in rapporto a problemi, entro una posizione anticipatoria in modo da evitare il maggior costo che deriverebbe dall'effettiva presenza del segnale. E' la cultura del **falso allarme**, per la quale è preferibile "proporre azioni ritenute utili ma non necessariamente efficaci", all'alternativa di eludere corrette possibilità di intervento. In questo caso parliamo di

strategia esploratoria dal momento che si tendono a considerare come informazioni, e non quale scarto dal modello, gli eventi imprevisi, consentendo di apprendere, vale a dire di esplorare e provarsi nell'analisi del segnale stesso.

Il fenomeno dell'abuso: cultura dei fatti o evento culturale?

Ciò che sembra caratterizzare, quale fil rouge, i modelli fin qui discussi, è la centralità di una cultura radicata sui "fatti" che ignora la relazione tra *child abuse* e processi collusivi: l'evento problematico è teorizzato come dipendente da caratteristiche, relativamente stabili, della persona (modello dell'attaccamento); come sintomo di uno scarto che va ortopedicamente ricondotto alla normalità (modello delle tecniche *evidence-based*) o come fatto collocato entro un contesto, caratterizzato da circostanze, modalità di rapporto, specificità che consentono di riferire l'evento a peculiari finalità adattive (modello dei *risk factors*). A fronte di un segnale "allarmante" si propongono agiti collusivi, eludendo l'esplorazione dell'evento medesimo. Si attivano sostanzialmente due funzioni professionali: la prima, ideologico-normativa, che agisce tale aspetto di controllo nella procedura diagnostica quale strumento di elezione, colludendo con dimensioni di potere. La seconda funzione è tecnica, ovvero di *restitutio ad integrum*, e rimanda alla prima, in un rapporto di continuità. Potremmo affermare che sostanzialmente la parte più "evoluta" della cultura precedente, dal momento che trasforma i fini ovvero le premesse ideologiche, appannaggio del modello diagnostico, in obiettivi coerenti con i risultati derivanti dall'applicazione della tecnica medesima.

L'analisi compiuta ci porta così a individuare nel modello dei *risk factors* le maggiori potenzialità di sviluppo della professione psicologica in ordine alla questione degli abusi all'infanzia. Entro tale cultura dell'intervento, infatti, si propone una possibile competenza professionale che può funzionare quale dispositivo simbolico nella lettura e nella comprensione degli eventi sociali, a dispetto di una competenza attestata su mere dimensioni operative. Tale cultura dell'intervento rischia però di essere cooptata entro il postulato individualista, proprio del modello diagnostico, che vuole l'individuo avulso dai contesti e caratterizzato da processi psicologici "interni" quale unità di riferimento delle ricerche (Carli & Paniccia, 1993); o nell'assunto razionalista, che regge l'area della tecnicità e vuole sistemi razionalmente orientati al perseguimento di scopi secondo criteri di ottimizzazione dei mezzi (Grasso & Salvatore, 1997).

Conclusioni

Riattraversare criticamente quanto prodotto in letteratura può permetterci di individuare alcune questioni utili a costruire una ipotesi sulla "cultura degli abusi all'infanzia".

Negli studi sull'attaccamento ciò che emerge è il legame tra l'esperienza di abuso e il funzionamento autoriferito di un sistema di relazione (diade madre-bambino) che da un lato non favorisce lo scambio con l'estraneo, dall'altro non facilita l'integrazione delle informazioni affettive con quelle cognitive nell'esplorazione dei segnali dell'ambiente. Il modello delle tecniche *evidence-based* ha evidenziato come, nella standardizzazione delle tecniche di intervento in ordine al criterio di efficacia, un punto critico sia proprio la validità ecologica dei programmi proposti, rispetto al non tener conto della dimensione contestuale entro cui questi sono inseriti. Il focus sugli aspetti cognitivi e comportamentali porta a teorizzare il singolo evento problematico come reazione dell'individuo a stimoli ambientali.

Gli stessi fattori di rischio, individuati nel terzo modello in analisi, se assunti come "fatti", vanno a configurarsi come dimensioni tecnico-procedurali o normative, entro un rapporto di causalità lineare con il problema. Proponiamo di leggere il rischio come rappresentazione soggettiva del pericolo entro processi collusivi condivisi, nell'ipotesi che gli abusi all'infanzia rimandino a un problema di convivenza, quale *componente simbolica della relazione sociale*. L'isolamento sociale, la violenza domestica, l'abuso di sostanze, rappresentano, sulla base del modello proposto, indizi culturali da ripensare nel rapporto individuo-contesto. Ci confrontiamo, in ipotesi, con un assetto caratterizzato da dimensioni di potere in cui le

regole del gioco sono improntate allo stabilire relazioni di *possesso con l'estraneità*. Si pensi, in questo senso, all'asimmetria evocata dall'etimologia del termine violenza (da *vis*, forza) e abuso (da *ab-utor*, servirsi impropriamente), "parole dense" atte a individuare un aspetto di trasgressione alla convivenza, che pare essere minacciata dalla *negazione dell'estraneo*. A tale proposito, Carli (2000) afferma che:

[La] violenza sui bambini, ai quali vengono attribuite emozioni di attacco, di disturbo della quiete adulta, [e] bisogni di aggressione meritevoli di punizione [può essere letta, in questo senso], come il risultato dell'incapacità di "vedere" il bambino, di decifrarne i messaggi, di conoscerne desideri e linguaggi (p.9).

Infatti, mentre la regola del gioco serve quale strumento per facilitare l'adattamento e la convivenza, la norma implica sempre un "terzo" quale modello ed al contempo funzione di controllo e di sanzione nei confronti delle trasgressioni al modello. Si impatta, per alcuni aspetti, con il conformismo cui tende l'intervento psicologico nell'assumere una funzione ideologico-normativa o, in alternativa, orientata alla technicalità. Quanto più si attivano mandati sociali tanto più l'intervento sembra proporre un paradigma individualista e medicalizzato, ricorrendo al potere istituito nel sistema sociale per trattare i problemi stessi. Le competenze psicologiche tendono dunque ad appiattirsi su aree professionali altre, nella perdita di una specificità modellistica, rischiando così di rendere tali ambiti di intervento sempre più saturi e in futuro meno presidabili. La possibilità di attivare una funzione professionale spendibile risiede nel recupero del paradigma individuo-contesto e della dimensione emozionale, in quanto connotati peculiari delle scienze psicologiche, che consentano di "intercettare" le domande locali e proporre una lettura "culturalmente" orientata all'esplorazione dei processi collusivi che organizzano i contesti di convivenza a rischio.

Bibliografia

Alexander, P.C., Anderson, C.L., Brand, B., Schaeffer, C.M., Grelling, B.Z., & Kretz, L. (1998). Adult Attachment and Longterm Effects in Survivors of Incest. *Child Abuse & Neglect*, 22, 45-61.

Armstrong, M. (1999). Face to Face with Child Abuse: Towards an Ethics of Listening. *Law and Critique*, 10 (2), 147-173.

Carli, R. (1987). L'analisi della domanda. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1 (1), 38-53.

Carli, R. (1997). L'analisi della domanda rivisitata. *Psicologia Clinica*, 2 (1), 5-21.

Carli, R. (2000). *Convivere*. Retrieved June 22, 2007, from <http://www.sponline.it/letture>

Carli, R. (2000). *Il contributo della psicologia per lo sviluppo della convivenza nella città*. Retrieved May 28, 2007, from <http://www.sponline.it/letture>

Carli, R., & Paniccia, R.M. (1993). Percorsi per la definizione del prodotto in psicologia clinica. *Rivista di Psicologia Clinica*, 7 (2-3), 21-45.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (1999). *Psicologia della formazione*. Bologna: Il Mulino.

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

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

- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., & Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25, 525-531.
- Chaffin, M., & Schmidt, S. (2006). An evidence-based perspective on interventions to stop or prevent child abuse. In J. R. Lutzker (Ed.), *Preventing violence: Research and evidence-based intervention strategies*. (pp. 49-68). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Cox, A.D. (1997). Preventing child abuse: A review of community-based projects 1: Intervening on processes and outcome of reviews. *Child Abuse Review*, 6 (4), 243-256.
- Fonagy, P., & Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina.
- Fontana, V.J. (1973). The diagnosis of the maltreatment syndrome in children. *Pediatrics*, 51, 780-782.
- Fornari, F. (1976). *Simbolo e codice*. Milano: Feltrinelli.
- Francescato, D., Tomai, M., & Girelli, G. (2002). *Fondamenti di psicologia di comunità: Principi, strumenti, ambiti di applicazione*. Roma: Carocci.
- Grasso, M., & Salvatore, S. (1997). *Pensiero e decisionalità. Contributo alla critica della prospettiva individualista in psicologia*. Minano: FrancoAngeli.
- Grasso, M., Cordella, B., & Pennella, A.R. (2003). *L'intervento in psicologia clinica: Fondamenti teorici*. Roma: Carocci.
- Green, D.M., & Swets, J.A. (1966). *Signal detection theory and psychophysics*. New York: John Wiley and Sons.
- Kelley, S.J. (2003). Cumulative Environmental Risk in Substance Abusing Women: Early Intervention, Parenting Stress, Child Abuse Potential and Child Development. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*, 27 (9), 993-995.
- Kempe, C.H., Silverman, F., Steel, D., & Silver, H. (1962). The battered child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 181, 17-24.
- Loar, L. (2003). Child and Animal Abuse: Recognizing Common Indicators of Risk and Designing Effective Interventions. In M.S. Peterson & M. Durfee (Eds.), *Child Abuse and Neglect: Guidelines for Identification, Assessment, and Case Management* (pp.168-171). California: Volcano Press.
- Montecchi, F. (2005). *Gli abusi all'infanzia: I diversi interventi possibili*. Milano: FrancoAngeli.
- Pietrantonio, L. (2001). *La psicologia della salute*. Roma: Carocci.
- Remschmidt, H., Belfer, M., & Goodyer, J. (2004). *Facilitating Pathways: Care treatment and prevention in child and adolescent mental health*. Berlin: Springer.
- Suzumiya, H., Yamashita, H., Nakagawa, A., Noutomi, K., & Yoshida, K. (2004, January). *Mother-infant at risk of child abuse and neglect in Japan: A preventive intervention and care program in community based on multi-centre survey*. Paper presented at 9th meeting of World Association on Infant Mental Health, Parkville, VIC, Australia.
- Van Ijzendoorn, M.H., Schuengel, C., & Bakermans, K. (1999). Disorganized at in early childhood: Meta-analysis of precursors commitants and sequelae. *Development and Psychopatology*, 11, 225-250.
- WHO. (2002). *World report on violence and health*. Madrid: Author.

La coppia tra genitorialità e generatività: l'esperienza adolescenziale nella manifestazione dell'infertilità psicogena.

di Emmanuella Ameruoso*

Introduzione

Gli aspetti salienti connessi al ruolo ed al genere sessuale, vissuti dall'individuo, all'interno dei contesti sociali, sono prevalentemente legati alla generatività ed alla genitorialità. La prima, di carattere fondamentalmente biologico ed organico, l'altra, con peculiarità psicologiche e comportamentali.

Entrambi i concetti sono, tra loro, correlati: la capacità generativa, pone una distinzione tra il genitore biologico e quello non biologico (come avviene nei casi di adozione o fecondazione assistita) ma, è anche legata al concetto di assunzione e gestione del ruolo paterno o materno, intesi come paternità o maternità. Se tra l'una e l'altra vi è disarmonia, la sintomatologia si manifesta attraverso l'incapacità procreativa.

Per mezzo degli incontri effettuati con alcune delle coppie che hanno inoltrato la domanda di adozione, presso il Consultorio ASL RMB di S. Basilio, ho raccolto le informazioni esperienziali su soggetti di età compresa tra i 28 ed i 50 anni.

Secondo i dati forniti dal Tribunale dei minori di Roma, c'è stato un notevole incremento di richieste nel decennio relativo al 1995 - 2005: da 1.144 si è passati a 2.296 domande (Tribunale minori, 2006). Questi dati fanno supporre che il fenomeno dell'infertilità è in forte aumento. I dati ISTAT italiani considerano, esclusivamente, gli indici di natalità e di fecondità senza un'analisi precisa dell'incapacità al concepimento: le nascite per 100 abitanti (indice di natalità) sono passati da 29,4 degli anni 1930 - 1932, a 10,2 del periodo 1984 - 1986, così come la fecondità totale, cioè i nati vivi per 100 donne in età riproduttiva, sono passati da 94,3 (1930 - 1932), al 41 (1984 - 86).

Le coppie cercano quindi un'alternativa di soluzione alla problematica procreativa attraverso l'adozione nel tentativo di compensarla.

I colloqui per l'idoneità

I colloqui con le coppie per l'idoneità all'adozione, si strutturano in 6 incontri, che avvengono nella sede del consultorio, ed in una visita domiciliare.

Al primo incontro sono presenti l'assistente sociale, lo psicologo e la coppia. Il secondo ed il terzo avvengono tra l'assistente sociale ed i singoli coniugi, il quarto ed il quinto tra lo psicologo ed i singoli coniugi, il sesto avviene tra lo psicologo e la coppia.

I colloqui tenuti dall'assistente sociale, sono volti a recepire le informazioni anamnestiche e della storia di coppia; mentre quelli con lo psicologo approfondiscono, aree specifiche come: l'infanzia, l'adolescenza, le relazioni con i genitori e con la famiglia allargata, l'iter storico dei due partner fino a giungere alla richiesta d'adozione.

Per svolgere il presente lavoro, ho introdotto (in collaborazione con lo psicologo dirigente responsabile del settore Adozioni) un colloquio individuale con entrambi i coniugi. In esso ho approfondito alcune aree tematiche tra cui:

- l'adolescenza, le relazioni con figure significative e lo sviluppo psicosessuale;
- il rapporto con i propri genitori e l'interiorizzazione del vissuto legato alla propria genitorialità;
- il vissuto legato alla incapacità di procreare;

* Psicologa Clinica, Psicoterapeuta, Consulente in Sessuologia Clinica.

- la relazione di coppia e le sue dinamiche.

Questi dati forniscono i punti rilevanti su cui si basa l'ipotesi di ricerca e, sulla quale, è possibile lavorare in ambito terapeutico (sia nel contesto pubblico che nel privato) nella cura delle infertilità psicogene.

L'esperienza adolescenziale

L'adolescenza è considerata, nella nostra cultura, il passaggio dall'età infantile all'età adulta. Essa può assumere carattere di "crisi" proprio perché in tale periodo si delinea la formazione di una propria identità (Erikson, 1974). Molti psicoanalisti, nel prendere spunto dagli studi della Mahler sulla relazione madre-bambino, considerano l'adolescenza come il secondo processo di "separazione-individuazione" da figure significative: un primo distacco del bambino avviene tramite l'internalizzazione, in seguito l'adolescente, utilizzando tale modalità, si separa dalle figure genitoriali per rivolgere il proprio amore all'esterno della famiglia (Marcelli & Braconnier, 1996). Blos (1967) suddivide l'adolescenza in diverse sottofasi:

- la *preadolescenza* come aumento della pulsionalità ed il riattivarsi della pregenitalità;
- la *prima adolescenza* improntata al primato genitale ed al rigetto degli "oggetti genitoriale interni";
- l'*adolescenza vera e propria* in cui prevale il riaffiorare del complesso edipico ed il distacco dai primi oggetti d'amore;
- l'*adolescenza tardiva* come fase di consolidamento delle funzioni, degli interessi dell'io e la strutturazione della rappresentazione del Sé;
- la *post-adolescenza* nella quale il compito adolescenziale viene definito. La personalità è organizzata in modo tale che la paternità e la maternità possano contribuire alla sua crescita.

Il percorso di individuazione si delimita anche attraverso la "perdita dell'oggetto edipico" investito di sentimenti d'amore, di odio e ambivalenza (Haim, 1970).

L'adolescente si libera dell'ascendente genitoriale e si dirige verso la propria indipendenza. Tale percorso comporta la ricerca di una propria e definita identità, il giovane rivolge l'attenzione verso nuovi oggetti ma soprattutto verso se stesso. Lo sviluppo e la stabilità di un narcisismo adulto sono essenziali durante questo periodo di crescita.

Blos (1985) pone una differenza tra Ideale dell'io e Super-io: il primo consequenziale all'adolescenza, il secondo al complesso edipico. Inoltre differenzia tra Ideale dell'io e l'idealizzazione tipica del narcisismo primario del bambino.

Il vissuto di onnipotenza infantile determinato dalla doppia natura sessuale, comporta un'idealizzazione di sé. Questa bisessualità viene messa in discussione con l'insorgere della pubertà che comporta, invece, una netta distinzione sessuale. Questi aspetti femminili, vengono attenuati o rifiutati attraverso ingiunzioni narcisistiche e, l'interiorizzazione di un'immagine paterna dell'Ideale dell'io e l'identificazione con il padre, rimpiazzano una posizione di precedente passività. Alla relazione edipica precedente, segue una "relazione intrapsichica tra lo ed Ideale dell'io" che si evolve in termini di "progettualità" (Marcelli & Braconnier, 1996).

La formazione di una propria identità, quindi, si delinea attraverso un "rigetto" di precedenti identificazioni e la ricerca di nuove altre, come scelte sessuali (A. Freud, 1962).

Il bisogno d'intimità e di relazione, si esprimono nella ricerca di un amico/a del cuore ed in seguito, nella scelta di un partner. L'amicizia ha una funzione di sostegno dell'io (condivisione delle stesse ansie, dei dubbi, dei sentimenti) e di rassicurazione circa se stesso ed il proprio io idealizzato. Il partner, attraverso l'esperienza dell'innamoramento, permette di vivere fantasie, desideri e paure presenti durante questo periodo e contribuisce al passaggio dagli amori familiari a quelli extrafamiliari.

L'innamoramento è determinato dalla somiglianza con il genitore dell'altro sesso: in alcuni casi l'amore persisterà nel tempo, in altri come nella maggior parte, cambierà oggetto.

La scelta del partner può avere differenti funzioni:

1. “genitale” come capacità di gestire l’ambivalenza e di accettare il rischio di abbandono da parte dell’oggetto d’amore o la rottura del legame affettivo;
2. “per appoggio”, legata alla ricerca di un compagno che abbia una certa somiglianza con le caratteristiche psicologiche delle figure genitoriali, in modo da soddisfare i bisogni di sicurezza, protezione, sostegno ed affetto.
3. “sull’autorealizzazione” come “fuga dal rischio ed investimento sull’Io” mettendo in primo piano l’affermazione personale rispetto alla relazione sentimentale;
4. “anogettuale” considerata come la preferenza di un “oggetto transazionale” che risulta nella nostra società un oggetto “svalutato” secondo un’ottica di tipo sentimentale: mentre per il ragazzo risulta più facile confessare di poter avere un rapporto con prostitute, per la ragazza, ammettere di ricercare una relazione soltanto sessuale è più difficile (Aiello *et al.*, 1986 p. 31).

Lo spostamento dell’oggetto d’amore, dall’interno all’esterno della famiglia, evita il rinnovarsi del conflitto edipico (Aiello *et al.*, 1986).

Una difficoltà in tale processo comporta un conflitto che può procedere su due diversi versanti: il giovane può considerare di poter fare a meno dei genitori, anche se in maniera illusoria, denigrandoli, ed interiorizzando la relazione conflittuale, identificandosi cioè con gli aspetti negativi e proiettandoli, in seguito, sul futuro partner; oppure, mettendo in atto un comportamento ribelle, manifestandolo contro i suoi insegnanti, come protesta nei confronti di questo vissuto ambivalente e problematico.

Anche una sessualità mal assimilata, porta l’adolescente, ad agire la prima esperienza sessuale senza avere avuto il tempo di arricchirla e contornarla di una affettività matura e preparata ad integrare l’erotismo. L’agevolare una sessualità precoce nelle ragazze ancor troppo infantili, porterà queste ultime, a sviluppare meccanismi di difesa dissociando tra loro la vita sessuale e la vita sentimentale.

L’evitare, al contrario, una vita o una curiosità sessuale, induce una serie di sublimazioni culturali, artistiche e sportive, importanti per l’arricchimento della personalità ma, che potranno indurre in seguito, ad una forma di inibizione sessuale. L’importanza che assume l’evoluzione psichica dei ragazzi, condiziona fortemente la vita adulta.

Il giovane si sperimenta infatti, in diversi contesti: il gruppo dei pari, le relazioni con gli adulti, i genitori, gli insegnanti e le comunità giovanili. Tutte queste situazioni permettono all’adolescente di “rappresentare”, identificarsi in un proprio “ruolo” definendosi ed integrandosi socialmente.

L’identità di genere e di ruolo in adolescenza

L’identità in adolescenza, viene determinata anche in termini di definizione di *ruolo* e di *genere*.

Freud (1905) distingue tra sviluppo edipico e post-edipico: il primo ha inizio per entrambi i sessi quando il bambino si accorge di possedere o meno un pene: comincia così la distinzione a livello anatomico con l’altro sesso. Attraverso il complesso di Edipo, il bambino avverte la propria spinta istintuale verso la madre per poi dirigerla (per la paura di “castrazione”) sul padre col quale si identifica. La bambina, che scopre di non possedere un pene, riversa il suo amore sull’oggetto desiderato (in realtà invidiato) rappresentato dal padre e dal quale desidera un figlio. Questo induce alla scoperta della propria femminilità.

Secondo la Horney (1933), la scelta dell’oggetto eterosessuale nella bambina, è determinata dalla sua femminilità innata, ipotesi condivisa anche da Jones (1935).

L’*identità di genere* (cioè il sesso d’assegnazione, definito a livello cromosomico), in particolare, differenzia il sesso biologico (che si manifesta durante la pubertà attraverso lo sviluppo fisiologico) dal sesso psichico (*ruolo di genere* attribuito socialmente e strettamente legato ai rapporti interpersonali).

Anche Stoller (1968), attribuisce la formazione dell’*identità di genere* al periodo antecedente alla pubertà e derivante dal conflitto edipico: l’evoluzione della mascolinità e della femminilità sono influenzate da tali esperienze.

Al termine dell'adolescenza, l'identità si evolve attraverso l'acquisizione di una consapevolezza interiore di appartenere ad uno specifico genere sessuale: la maternità e la paternità delineano tale passaggio.

L'*identità di ruolo* si stabilisce sin dall'infanzia in ordine alle attese genitoriali nei confronti del bambino. Il ruolo viene interiorizzato in base al sesso, all'età, alla posizione all'interno della famiglia, attraverso i processi d'identificazione.

Quest'ultimo processo è fondamentale per quanto riguarda l'adolescenza: durante tale periodo, il processo di identificazione col proprio ruolo, risulta essere fondamentale e fortemente condizionato dalle esperienze che il giovane sviluppa nell'arco di questa fase.

Secondo Erikson (1950), quando l'individuo deve ridefinire la sua identità – quindi durante il periodo adolescenziale - c'è la possibilità che un eccesso d'identificazione nel ruolo acquisito, ostacoli l'affermazione di una propria identità autentica.

In età adulta, la maternità e la paternità sono l'espressione di questi processi interni.

L'*identità di genere* e l'*identità di ruolo* possono coincidere, divergere ed, in alcuni casi, può manifestarsi prevalentemente l'una rispetto all'altra: la capacità generativa non necessariamente implica la genitorialità.

Attraverso questi due aspetti l'identità definita in termini di sviluppo psicoaffettivo, viene delineata.

La funzione della collusione di coppia nel passaggio dall'adolescenza all'età adulta.

La *generatività* e la *genitorialità* sono espressione quindi, dell'identità e del ruolo di genere che si manifestano nelle dinamiche di coppia.

Dicks (1967) sostiene l'ipotesi secondo la quale il partner, si sceglie in relazione a due diverse funzioni: *per complemento* o *per contrasto*. La prima, implica la proiezione reciproca dell'immagine positiva interna del genitore del sesso opposto; la seconda, è appunto, in contrapposizione con la stessa immagine investita e desiderata. Il legame inconscio profondo all'interno della coppia che condivide sentimenti inconsci, determina il costituirsi di un processo "simbiotico" o "collusivo". La *collusione* ha la funzione principale di proteggere l'illusione che ha determinato la scelta del *partner*.

Come Laing afferma *la persona si sforza di trovare nell'altro o indurlo a diventare l'incarnazione di quell'oggetto (regressivo o fantasticato) la cui cooperazione è necessaria come complemento della particolare identità che egli si sente spinto a mantenere* (1961). Se almeno un partner possiede un elemento di incastro a bisogni relazionali dell'altro, ha probabilità di arrivare col compagno fino alla collusione. Quest'ultima viene quindi riconosciuta come una proposta inconscia di relazione - avanzata da un partner e colta dall'altro - di mantenere gli aspetti negativi che caratterizzano le relazioni introiettate. Tale modalità si mantiene nel tempo poiché si ripropone sempre allo stesso modo - in misura più o meno patologica - anche se il partner cambia. Il partner/contenitore deve però essere *idoneo* ad accogliere tale proiezione. In una relazione sana, questa modalità, permette all'adulto di separarsi e di riappropriarsi di quelle parti di sé che vengono "consegnate" all'altro - quindi proiettate - permettendo altresì di non perdere quelle parti ma, di riceverne un ritorno.

Una diversa applicazione della teoria *contenitore/contenuto*, considera il partner come "*coniuge portatore*" che agisce nuovamente da "affidatario" di un oggetto interno dell'altro che questi ha difficoltà a gestire o riconoscere (Turuel, 1966).

L'unione può essere manifestazione di rapporti oggettuali non risolti del passato; può essere il "contenitore" di bisogni regressivi e di problematiche che possono generare nevrosi o psicosi "contenute" all'interno della coppia stessa attraverso un sistema di equilibrio.

La relazione diviene così, la terapia naturale di parti negate, scisse, dolorose. Per quanto una relazione così, diventi sofferente, la funzione "contenitiva" prevale sull'effetto persecutorio di quegli aspetti di sé non accettati.

Il coniuge assume così la funzione di integrare quelle parti mancanti permettendo alla coppia di "monitorarsi reciprocamente" l'uno con l'altro.

Secondo Person (1996), la relazione con il partner può essere risolutiva anche di problematiche legate all'*identità di genere*.

La difficoltà incontrata da una bambina nella relazione con la madre produrrà un ostacolo all'introiezione delle caratteristiche materne. Per compensare questa mancanza, rivolgerà il suo investimento oggettuale inizialmente sul padre poi, su di un'altra figura maschile, alla quale affiderà - in particolare - l'espressione della propria "femminilità" (Person, 1996).

In questo caso, la femminilità (quindi come componente del "genere" sessuale) viene manifestata in termini di "seduttività" ma non di "maternità" (come espressione dell'identità di ruolo).

Nel caso in cui, il rapporto col padre è negativo, il "rifluire sul solo ruolo materno" comporterebbe la rinuncia di aspetti legati invece, all'identità di genere.

Il successo della relazione di coppia, richiede una definita *identificazione sessuale* di ciascuno dei due partner nel proprio ruolo. Questo permette di accettare il ruolo diverso dell'altro, differenziato in maschile e femminile. *Una identità ambigua* – infatti- *tenderà ad offuscare la percezione del partner* (Dicks, 1967).

Essendo la relazione interpersonale parte integrante del senso d'identità del singolo, la costruzione di una rappresentazione di sé, oltre che dell'altro e delle caratteristiche salienti della relazione, può avvenire solo attraverso l'esperienza dello sforzo di *aggiustamento reciproco* (Person, 1996). L'utilizzo di questi "scambi" sono rilevanti nella scelta di un partner, nella strutturazione e nel mantenimento di una coppia stabile. Questo permette di stabilire se, la scelta effettiva, sia stata determinata dall'adempimento di "bisogni reciproci" soddisfatti l'uno dall'altra o, per un effettivo riconoscimento delle peculiarità individuali con conseguente individuazione dei rispettivi e reali sentimenti.

Alla luce di quanto esposto, sembrerebbe che la coppia *oscilli tra un livello ottimale d'integrazione ed arricchimento reciproco, di complementarità inconscia, ed un livello di misconoscimento, evacuazione e controllo reciproco di aspetti aggressivi o di esasperata accentuazione di idealizzazioni e collusione* (Norsa & Zavattini, 1997). Tali dinamiche possono essere manifestazione di problematiche anche nella sfera sessuale e, come anche precedentemente anticipato, nella manifestazione dell'infertilità.

La generatività e la genitorialità tra genere e ruolo sessuale nella differenza tra sterilità ed infertilità.

Mentre la *fertilità* è la capacità degli esseri viventi di riprodursi, di generare individui normali e dotati di caratteristiche peculiari della specie di appartenenza, la mancanza o la perdita di tale funzionalità, porta ad una condizione di *sterilità*. Per l'O.M.S. e l'A.F.S., se uno o entrambi i partner è affetto da una condizione fisica permanente che non permette il concepimento, la coppia viene definita *sterile*. L'*infertilità* relativa al partner è una condizione permanente nel tempo, nella quale, la coppia non riesce a generare. Può capitare che, se i due coniugi si separano, costituendo così due nuovi nuclei familiari, tale problematica viene meno.

Non è facile definire un fattore eziologico ben preciso in questo campo. La *sterilità* e l'*infertilità* sono consequenziali a cause differenti: la prima sintomatica, la seconda asintomatica da un punto di vista medico.

Uno dei fattori determinanti è l'età: sia nella donna che nell'uomo a determinare la capacità di concepire è appunto, il tempo. Tanto la volontà di avere un figlio si manifesta tardivamente, tanto minore sarà la possibilità di portare a termine questo progetto. In Europa, l'età del primo concepimento si è innalzata. L'incremento di un progressivo calo delle nascite nel nostro paese, ha fatto pensare che ciò derivasse da un fattore legato all'aumento dell'infertilità e della sterilità.

Humeau in uno studio del 2001, afferma che dopo il 1810, la frequenza della sterilità femminile, assieme alla menopausa non è cambiata.

La variazione attuale (in incremento) è dovuta principalmente a malattie infettive presenti prevalentemente nel terzo mondo (Bydlowski, 2003). In questo contesto, però, è difficile stabilire la percentuale di "responsabilità" in quanto i fattori contribuenti al manifestarsi di

questa problematica, sono diversi. Nel 50% degli altri casi, comunque, il portatore di infertilità è l'uomo.

Alcuni studi, che vertono sulla produzione di un contraccettivo maschile che non inibisca il desiderio, hanno accennato all'ipotesi, secondo la quale, una sostanza proteica prodotta dal testicolo e chiamata "inibina", possa bloccare la produzione di spermatozoi. Questa proteina regola la produzione di FSH grazie ad un meccanismo di *feedback* sull'ipotalamo e sulla ghiandola pituitaria, da essa stessa attivato.

Di fatto però, le cause organiche che contribuiscono o determinano la sterilità, sono differenti (disfunzioni ovariche a cui si associano importanti disturbi mestruali; presenza di MST; disfunzioni tiroidee; l'iperandrogenismo; tumori ipofisari; disordini nella dieta; eccessive perdite di peso o eccessiva attività fisica; iperplattinemia; obesità), il fattore *stress* psichico e/o mentale ha un importante ruolo sulla risposta fisiologica ormonale. Vi è un innalzamento di prolattina e una riduzione dell'LH che nella donna causano anovulazione, ipogonadismo ed amenorrea, mentre, nell'uomo, ipogonadismo con un conseguente abbassamento dei livelli di testosterone e gonadotropine.

Altre abitudini di vita quali il tabagismo e l'abuso di sostanze alcoliche, sono determinanti nella riduzione della attività spermatica nell'uomo mentre, nella donna, si verifica un effetto antiestrogeno.

Inoltre, alcune esperienze fortemente stressogene quali l'isolamento, la prigionia, l'internamento in campi di concentramento o di guerra, come la storia ed anche la letteratura psicoanalitica ne è testimone, comportano come conseguenza fisica, una condizione di azoospermia o oligospermia nella condizione fisica maschile.

Si parla invece, di *infertilità primaria* se, dopo un anno (o più) di tentativi di concepimento, non c'è stato alcun esito positivo.

L'*infertilità secondaria* insorge invece, se dopo una gravidanza coronata da successo, i due partner non riescono più ad avere figli. Queste definizioni prendono spunto da una ricerca di Whitelaw che nel 1960, realizzò uno studio su di un campione omogeneo negli Stati Uniti: il 56% delle coppie sane concepiva entro il I mese di rapporti sessuali; il 78% entro il VI mese e ben l'86% concepiva entro il XII.

Secondo la Bydlowsky (2003) i fattori che ostacolano la gravidanza, sono da attribuire ad un'organizzazione inconscia difensiva contro tale eventualità. Quindi l'infertilità, può essere: secondaria e post traumatica, nevrotica, o insorgere in relazione a disturbi del comportamento alimentare ed a perturbazioni dell'immagine corporea.

Nel primo caso, la comorbilità tra l'infertilità ed un evento traumatico precedente (un aborto spontaneo o provocato, una morte fetale, una gravidanza extrauterina) è evidente. Il vissuto interiore può derivare anche da una fantasia legata ad altre donne all'interno della famiglia stessa (per es. madre, nonna, zia): uno stupro, la morte della partoriente o quella del bambino. Queste esperienze sono sufficienti a determinare la rinuncia alla maternità.

Nell'*infertilità nevrotica* può subentrare un meccanismo d'inibizione alla procreazione: una fissazione su di una fase dello sviluppo psico-affettivo comporta nella donna un evitamento del confronto con una rappresentazione mentale inibita, che non appartiene ad un passato insopportabile (come una gravidanza perduta o una esperienza dolorosa materna), ma al fantasma abituale di uno sviluppo psicosessuale.

La gravidanza, se dovesse verificarsi, darebbe corpo ad un desiderio arcaico di tipo incestuoso (la fissazione sull'idea di un padre -o di un fratello - seduttore o abusatore). La situazione di infertilità permette di esorcizzare questa fantasia, rimanendo fissata ad una fase della maturazione psichica.

Anche un fallimento del legame tra madre e figlia comporta delle conseguenze sul piano di realtà: il processo psichico legato alla gestazione, mostra che la gravidanza esaspera il legame tra le due. Un'idealizzazione dell'immagine materna è necessaria alla giovane donna per circoscrivere il tempo della sua gravidanza e condurla a buon fine. La rappresentazione dell'immagine materna deve attendere il tempo della gestazione: la futura nonna materna cessa di essere la potente "orca" per fare la sua entrata nella vecchiaia.

Questo processo di modificazione dell'immagine di madre, che si sviluppa naturalmente nella donna incinta sana, è inaccettabile per quelle che hanno perduto il contatto con la rappresentazione del proprio genitore interno di tenerezza, che era legata alla vita neonatale. L'infertilità, offre la possibilità di mantenere lo *status quo* delle rappresentazioni interne e di restare eternamente la figlia in collera con la propria madre. Infine, mettere un bambino al mondo, soprattutto il primo, presuppone l'espiazione di un debito di vita legato alla madre.

Un'altra causa dell'infertilità si integra in un insieme sintomatico complesso: il disturbo alimentare (preesistente alla scoperta dell'incapacità procreativa). Si parla di anoressia o bulimia: l'immagine corporea da queste donne rappresentata mentalmente è distorta rispetto ad un esame di realtà.

Immaginano gli organi riproduttivi come aberranti, le rappresentazioni mentali corrispondono ad un'identità sessuale indeterminata. Il corpo è estraneo a loro stesse e ne controllano la forma.

Diverse sono quindi le cause che determinano il manifestarsi di questa sintomatologia ed alcuni studi, hanno approfondito le dinamiche sottostanti al suo manifestarsi, andando ad indagare oltre gli aspetti ambientali e stressogeni che ne determinano la comparsa.

Freud (1914), a proposito della generatività, si riferisce al concetto di "volontà dell'individuo di sopravvivere alla morte". Il proprio figlio, cioè, viene vissuto come proiezione narcisistica di sé ma anche, come attestazione del proprio funzionamento fisiologico e biologico che permette la continuità della specie.

Nel contesto sociale, il figlio dà conferma della propria identità sessuale: secondo Erikson (1968), la nascita e la crescita dei figli viene definita la fase della "generatività", cioè la forza motrice dell'organizzazione umana, caratterizzata dalla preoccupazione di creare e dirigere una nuova generazione: tappa essenziale dello sviluppo psicosociale e psicosessuale.

L'essere umano si contraddistingue quindi, dalle altre specie poiché, la sua capacità fecondante, è contraddistinta da una forte connotazione psicologica ed assume anche un profondo significato sociale. Con la maturità sessuale (evento puberale) emerge la fantasia riguardo alla procreazione. Questa capacità, principalmente legata al proprio genitore durante l'infanzia diviene, in seguito, una consapevolezza ed un desiderio dell'adolescente sessualmente maturo. È proprio durante tale periodo che l'individuo ottiene ulteriori conferme della propria identità di *genere* (maschio e femmina) e il *ruolo* (maschile e femminile).

Il desiderio di un figlio e, la successiva realizzazione, sul piano di realtà, di questa iniziale fantasia, diviene una conferma della propria capacità rigenerativa divenendo una componente, in termini di ridefinizione, della propria identità di genere. Questo vale sia per la donna che per l'uomo.

Il bambino quindi, assume diversi significati. Viene desiderato, ricercato, esibito ed a volte diventa espressione di competitività tra adulti, tra fratelli, all'interno della famiglia ed anche fuori dove avviene il confronto più crudo, più diretto. La gravidanza stessa diviene una sorta di segno di prestigio, che viene a mancare alle coppie che non riescono ad avere figli. Il bambino è un simbolo di potenza da esibire, una potenza di tipo sessuale, riprocreativa, biologica: rappresenta la continuità, il significato dell'esistenza umana.

La genitorialità, consegue alla procreazione, ed è un'ulteriore affermazione di questa identità. Essa si stabilisce a partire dall'infanzia in ordine alle attese dei genitori nei confronti del bambino. Il ruolo viene interiorizzato in base al sesso, all'età, alla posizione all'interno della famiglia, attraverso i processi d'identificazione. Tale percorso, si ripropone in adolescenza, per mezzo dell'identificazione più matura con le figure genitoriali e con la loro relazione, concludendosi poi nel divenire genitore. L'acquisizione di nuove funzioni quali l'accudimento, la protezione, la risposta ai bisogni del nuovo nato, rappresentano la conferma di aver assunto un nuovo ruolo, una nuova *identità*, attribuita socialmente e risulta strettamente legata ai rapporti interpersonali.

L'identificazione con le figure genitoriali è quindi, un'evoluzione fondamentale per quanto riguarda la crescita. L'assunzione del ruolo di genitore è costituita da un insieme di interiorizzazioni sia individuali che di coppia: l'immagine interna di padre e di madre, la rappresentazione del proprio figlio, di se stesso nel ruolo genitoriale, della relazione di sé col bambino e della relazione col proprio partner nel ruolo di compagno e genitore (Zavattini, 2003). Infatti, una conflittualità inconscia con le figure genitoriali interiorizzate si manifesta nell'incapacità del soggetto a procreare (Ricciardi & Sapio, 1988).

Langer (1958) e Pines (1990), interpretano come invidia manifesta da parte della donna infertile nei confronti della capacità riproduttiva materna: il sintomo, in questo caso, rappresenta la fantasia distruttiva nei confronti della madre con la quale, la donna, si identifica.

I rapporti conflittuali con le proprie madri o, ancor più, un'ostilità conscia od inconscia nei confronti di un fratello maschio difettale o deceduto sembrano determinare un rifiuto inconscio della propria femminilità e/o maternità (Zalusky, 2003). L'infertilità, appare come una barriera contro le pressanti fantasie di competizione e danneggiamento verso la coppia genitoriale interiorizzata o, ancor più, contro quelle fantasie incestuose dalle quali, il frutto dell'unione e, quindi, il concretizzarsi di tali aspetti fantasmatici, emerge attraverso il concepimento.

Il ruolo genitoriale comporta un riassetto della relazione di coppia, una sorta di "crisi" che non ha necessariamente una componente patologica, se intesa come riorganizzazione di aspetti strutturanti l'individuo. Questo evento comporta un "riassetto della personalità che può generare momenti di confusione e di insicurezza" riguardanti l'identità.

Escludendo i casi in cui si manifesta una difficoltà di superamento di questa crisi, e che spesso evolvono in vere e proprie patologie, la genitorialità può essere considerata come una fase ulteriore di crescita nella vita dell'individuo (Zavattini & Norsa, 1997).

Un caso: Giorgia e Marcello: "La fantasia mortifera"

Giorgia è di origini meridionali. Finita l'università si trasferisce per lavoro nel centro Italia. In seguito, anche i suoi genitori la raggiungono. È figlia unica e nasce con un parto cesareo.

In conseguenza di questa nascita traumatica e difficoltosa (ha rischiato di morire), i genitori decidono di non avere più figli.

Ha un rapporto molto confidenziale con la mamma ma, sembra, sia prevalentemente educata dal padre. Le insegna di tutto: ad aggiustare un corto circuito, a fare riparazioni idrauliche ... "ad essere efficiente". All'età di 6 anni cerca di insegnarle ad andare *sul go kart* ed a 13, le insegna a guidare per fare in modo che impari, sin da subito, ad essere autonoma.

Giorgia si identifica molto con la figura paterna e maschile, tanto che, ricorda anche gli insegnamenti del nonno: dignità, coraggio e rispetto per il lavoro.

Lei non reclama mai, non è mai capricciosa: anche con la febbre, va a scuola. Solo in un'occasione si oppone: quando si iscrive alla scuola media.

Infatti, si rifiuta di frequentare lo stesso istituto dove lavora la mamma.

In realtà, vuole dimostrare che ciò che conquista lo fa con le sue forze.

Giorgia ha uno sviluppo sessuale precoce rispetto alle sue compagne delle scuole elementari (10 anni). Inizialmente avverte un po' di disagio ma, alle scuole medie, si veste normalmente poiché, anche le sue coetanee, sono in pieno sviluppo sessuale.

All'età di 16 anni perde peso (cosa evidente data la sua mole) e mantiene la sua silhouette fino al primo anno di università.

Qui conosce Marcello che le trasmette subito tranquillità e serenità a differenza della precedente relazione che vive dal II liceo. Giorgia decide di seguire la sua strada. E ricomincia a prender peso.

La grande crisi arriva proprio in questi anni: la ragazza non riesce a prendere gli stessi eccellenti voti del fidanzato attribuendo questa sua *défaillance* alla sua emotività ed alla sofferenza che le comporta il confronto.

Lavora su se stessa e superata "la crisi" ricomincia alla grande. A distanza di anni, riesce a prendersi comunque la sua soddisfazione: trova subito lavoro mentre il compagno ("il genio da 110 e lode") ci mette un bel po'. "Per me - dice - è stato più facile inserirmi nel mondo lavorativo poiché non facevo paura".

Marcello è di origini meridionali. La sua famiglia che vive ancora nel sud, è tradizionalista e con poche disponibilità economiche. L'unica cosa che si concede, da ragazzo, al di fuori dello studio, è uno sport: il tennis.

Nasce "con il metodo Ogino Knauss", quando le sue due sorelle sono già grandi. Giocano con lui, ma trattandolo come un bambolotto che vestono come capita.

Il padre di Marcello muore 4 mesi prima della laurea del figlio, mentre quest'ultimo è militare. La morte non è una sorpresa poiché, quando la madre rimane incinta di lui, il papà si ammala. Muore già consapevole che non avrebbe visto il figlio laurearsi.

Marcello descrive il padre come schivo, un po' ritroso, con un'infanzia difficile avendo, a sua volta, perso il papà a pochi mesi d'età. Per questo, è sempre stato particolarmente pratico e sbrigativo. La madre, invece, è remissiva, buona, sempre dedita alla famiglia, "non è mai stata particolarmente forte".

La sua prima ragazza è la moglie. Precedentemente prova ad avere altre storie ma con scarso successo. I suoi argomenti non interessano. Si descrive un po' chiuso e riservato.

La coppia: Marcello e Giorgia si conoscono all'università e cominciano a frequentarsi prima come colleghi di studio e poi come fidanzati. Condividono l'interesse per l'ingegneria.

Dopo la laurea si trasferiscono in centro Italia con una borsa di studio.

Poi trovano lavoro e si sposano. Quando scoprono di non riuscire ad avere figli indagano sulle cause. Lei si sottopone ad una operazione di cisti ovarica e lui di varicocele così risolvono la situazione sul piano fisiologico. In seguito cominciano con le stimolazioni ormonali, ma subito dopo rinunciano all'idea poiché sono cattolici. "Adesso – dice la donna - ricerchiamo calma e tranquillità. Affrontiamo tutto assieme. Lui mi dà sicurezza. Io sono più impulsiva, lui è più riflessivo, razionale. Io sono più ansiosa rispetto alle situazioni ed anche rispetto alla gravidanza che non arriva: Marcello mi ha fatto ragionare su questa cosa dicendomi che se non riusciamo, ci dedicheremo a fare altre cose".

Decidono di inoltrare domanda di adozione.

Qualche riflessione...

Giorgia e Marcello presentano un'*infertilità primaria*.

Secondo Dicks, i due coniugi sarebbero incastrati, attraverso una modalità inconscia, in un legame simbiotico. La scelta di lui, apparentemente per contrasto e di lei, per complemento, sembra compensare diverse carenze sul piano affettivo.

L'identificazione di Marcello con la propria figura paterna è netta ("*lui era di poche parole proprio come me, forse perché è cresciuto senza padre...*") ma è un padre comunque assente, sul piano affettivo. La mamma invece, è debole e dimessa.

La donna di Marcello è – apparentemente - molto forte.

La scelta di Giorgia nei confronti di Marcello è di complemento, poiché il marito, come il papà della donna, si dedica costantemente a lei (le spiega il funzionamento del computer, le chiarisce alcuni passaggi nello studio, etc.). È anche evidente che la donna viene sostenuta nel ruolo mascolino assegnatole dalla famiglia (anche se visibilmente viene trattata da "bambina bisognosa").

La separazione di Giorgia dai genitori all'età di 3 anni conseguente ai vari trasferimenti lavorativi, condiziona fortemente il legame simbiotico con la propria madre. Questo rapporto, contornato da una "fantasia mortifera" legata alla nascita, al parto, non viene differenziato dal padre che invece contribuisce a crearlo.

La sua autonomia non è resa possibile se non attraverso l'altro: lei rifiuta un ragazzo autonomo ed indipendente per un altro con cui stabilisce lo stesso legame simbiotico madre-figlia.

Durante l'adolescenza, il corpo di Giorgia cambia, si modifica, diventa una donna desiderabile ma quasi, lei, non se ne accorge: il suo aspetto longilineo, magro, perfetto ritorna ad essere senza forme. Il fidanzato del liceo che la madre non accetta (viene, infatti, condizionata nella sua decisione di allontanarsene) viene sostituito da Marcello. Anche la gravidanza, è fortemente condizionata dalla madre (al suo posto non avrebbe concepito artificialmente).

Marcello esprime il suo atteggiamento adolescenziale attraverso una chiusura forzata rispetto alla propria interiorità ed intimità. Una sorta di disagio nell'approccio con l'altro sesso.

"Ha trovato" (forse anche lui per caso) Giorgia con la quale è nata una relazione che non riusciva a stabilire con le altre ragazze: *"io ci provavo ma i miei argomenti non interessavano"*. Il computer, l'ingegneria sono argomenti che potevano interessare maggiormente ai ragazzi, ma invece, hanno interessato Giorgia poiché cresciuta attraverso gli stessi argomenti "maschili" proposti dal padre.

La distanza d'età tra Marcello (nato con metodo Ogino-Knauss) e le sorelle lo fa sembrare il figlio adottivo *"le mie sorelle mi vestivano con gli abiti di un bambolotto"* e quando incontra Giorgia viene nuovamente adottato dalla sua famiglia: ha una sorella (o un fratello?) della stessa età con cui condivide i suoi interessi. In più la famiglia di lei, in particolar modo il padre (che non ha avuto un figlio maschio), possiede in comune la sua passione per i lavori manuali e tanti altri interessi con Marcello.

L'adolescenza di Marcello che descrive come "normale" scorre nel tentativo vano di conquistare una ragazza. È cresciuto in ristrettezze economiche e non ha neanche la macchina con cui uscire nel periodo in cui lo svincolo e l'autonomia dalla famiglia sono importanti, per cui rinuncia. Non può rendersi autonomo. Anche Giorgia lo "vincola", portandolo in casa.

Dai racconti della donna emerge fortemente una grossa fantasia distruttiva, persecutoria e punitiva rispetto alla gravidanza: la morte.

Il parto può essere causa di morte per la madre e la madre stessa con la sua grossezza può uccidere, soffocare il suo bambino.

Sembra che, sia fisicamente che psicologicamente (quindi a livello fantasmatico), non ci sia spazio per il piccolo se non "soffocato" tra gli spazi materni che inglobano, divorano e vengono unicamente vissuti come soddisfazione dei propri bisogni orali. Non esistono bisogni per il piccolo da essere soddisfatti poiché non può essere pensato se non in termini di distruzione. Tutta la famiglia allargata di Giorgia condivide questa fantasia poiché anche gli altri cugini sono figli unici e lei nasce, tra l'altro, per prima. Giorgia sembra inglobata in questa idea materna e paterna di "sacrificio eroico" rispetto ad una fantasia arcaica omicida. Anche lei ripropone la stessa corporatura materna: è in sovrappeso ma questo non sembra destare nessun dubbio sulle sue capacità riproduttive.

Allo stesso tempo non vi è distinzione tra Giorgia e Marcello, tra maschio e femmina: sembra che il confine tra i due non sia marcato. Sono fusi all'interno della *"membrana diadica"* costituita.

La consapevolezza della loro infertilità sembra non abbia comportato alcuna emozione (rabbia, ira, depressione), se non quella di "spostare" l'attenzione verso altro.

Giorgia esterna il suo desiderio di adozione, ma il lutto rispetto alla perdita (l'infertilità) non viene elaborato. Si trasforma invece, in un qualcosa di "eroico" e "gratificante": l'adozione. Questo progetto li tutela da fantasie distruttive più profonde legate all'idea di maternità e di gravidanza.

Questa legata ad aspetti fantasmatici di morte, mentre la maternità, esprime una "confusione di genere": Giorgia svolge un lavoro dirigenziale, ha un taglio di capelli molto corto, è in sovrappeso. Diventare madre per lei, comporterebbe entrare in competizione con la propria madre e questa sarebbe una sfida pericolosa.

La donna di Marcello è molto forte ma lei, senza di lui, non sa dove andare, chi essere e chi "trasportare".. Fanno tutto assieme e non hanno spazio per decidere autonomamente. All'interno di questa coppia, sembra mancare il desiderio di un figlio mentre è presente la necessità di completare un quadretto perfetto: la famiglia.

Infatti, nel momento in cui la coppia deve riunirsi ed intimamente confrontarsi sugli aspetti legati alla decisione di adottare, si distaccano. Comunicano attraverso un biglietto: in questa simbiosi funzionale, non vi è intimità. In realtà non c'è uno spazio tra loro che possa "accogliere" il bambino almeno inizialmente immaginato. Non c'è spazio per lui poiché loro sono ancora fusi in un "investimento narcisistico" reciproco, tipico dell'adolescenza e che non lascia posto ad un terzo.

Conclusioni

Attraverso questo lavoro è emersa una forte componente collusiva all'interno delle coppie che genera poi, nel sintomo dell'infertilità. Gli aspetti indotti dall'incapacità procreativa riguardano il senso di perdita, di disagio e d'inferiorità rispetto ai vissuti di femminilità e mascolinità.

Una forte componente "inibitoria" come conseguenza di queste dinamiche inconscie (relazioni genitoriali interiorizzate e relative identificazioni) influenza la possibilità di generare.

Quest'ultima sembra nascondere un disagio più profondo che trova le sue radici nell'adolescenza in particolare, nelle prime esperienze sessuali ed all'interiorizzazione del vissuto legato alla genitorialità.

Lo studio della problematica ha preso in considerazione l'identità di genere ed il ruolo sessuale così propriamente distinti nel relativo paragrafo.

Per quanto concerne l'aspetto legato all'esperienza adolescenziale, come prodromica al manifestarsi della sintomatologia presa in esame, è stata particolarmente significativa nel caso esaminato.

La coppia (soprattutto la *partner* femminile) è portatrice di una "confusione d'identità" determinata da una non ben chiara definizione di ruolo (è femmina ma è stata considerata al pari di un maschio o, per meglio dire, senza un sesso preciso: "per mio padre non c'era distinzione tra maschio e femmina quando si trattava di lavorare").

Inoltre, i coniugi sembrano protrarsi in una dimensione adolescenziale: l'idealizzazione della figura paterna, il mancato svicolo, il legame simbiotico (madre-figlia/coniugi) hanno contribuito a questa fissazione.

Nello specifico, è emerso che gli aspetti legati alla generatività (di cui sono deficitari) tendono ad essere compensati da un'identificazione con il ruolo genitoriale che esplicano attraverso la richiesta di adozione.

Ciò sta a significare che la collusione di coppia si esplica attraverso questo aspetto: evitare la completa espressione del proprio genere sessuale.

Nel contesto dei colloqui per la richiesta d'adozione, la reticenza a parlare di aspetti intimi, ha posto un po' di difficoltà all'approfondimento di alcuni specifici punti. La coppia tende, infatti, a mostrare un'immagine di sé forzatamente lineare e sana, quasi idilliaca. È presente una fantasia comune che la presenza di particolari "traumi" o eventi legati alla loro infanzia ed in particolare all'adolescenza, comporta dei problemi all'adozione.

In effetti, il loro obiettivo è quello di ottenere l'idoneità per coronare un progetto di vita, soddisfacendo così, il bisogno più profondo legato alla genitorialità. Il tale percorso, sarebbe opportuno lavorare su diversi aspetti, soprattutto nell'ambito dell'*infertilità primaria* aiutando la coppia a crescere anche sugli aspetti relazionali: l'elaborazione del lutto legato alla "perdita" della propria capacità procreativa, la ridefinizione degli aspetti conflittuali legati all'interiorizzazione delle relazioni con le figure significative e all'identificazione con le stesse e col proprio vissuto genitoriale e sessuale che emerge, per la prima volta nel periodo adolescenziale.

Tale intervento, inserito anche nel contesto dei colloqui di idoneità all'adozione, potrebbe agevolare i coniugi ad esprimere la propria esigenza di genitorialità, come manifestazione spontanea piuttosto che manifestarsi come compensazione di aspetti interiori di cui sono deficitari.

Bibliografia

Aiello, D., Martinelli, S., & Nicchia, M.G. (1986). *L'adolescente ed il I rapporto sessuale. Indagine su 210 studenti di Roma*. Roma: AIED.

- Ameruoso, E. (2006). *L'esperienza adolescenziale in coppie portatrici di infertilità psicogena: un'ipotesi di ricerca*. Il Scuola di Specializzazione dell'Università "La Sapienza". Roma: Tesi di Specializzazione.
- Ammanniti, M. (1993). Gravidanza e percezione del sé. In *Maternità e Tossicodipendenza* (Ed) Malagoli Togliatti M. & Mazzoni S.- Milano: Giuffrè.
- Ammaniti, M., Canderoli, C., Pola, M., & Tambelli, R. (1995): *Maternità e gravidanza*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bydlowski, M. (2003). Facteur psychologiques dans l'infertilité féminine. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 31: 246-251.
- Comune di Roma (2003). Disturbi e disagi nella genitorialità. Roma: *Atti del Convegno del 18 novembre 2003*.
- Dicks, H.V. (1967). *Marital tensions*, Routledge & Kegan Paul Ltd, (trad. it., *Tensioni coniugali. Studi clinici per una teoria psicologica dell'interazione*. Borla, Roma, 1992).
- D'Ottavio, G., & Simonelli, C. (1990). *Andrologia e psicopatologia del comportamento sessuale*, Roma: NIS.
- Di Prospero, F. (2003). *Epidemiologia dell'infertilità e della sterilità*. Retrieved from: <http://www.salutedonna.it>
- Freud, A. (1966). *Adolescenza*. In *Opere*, vol.2, Torino: Boringhieri.
- Erickson, H.E. (1964). Inner and outer space: reflection an womanhood. *Dedalus*, vol. 93: 582-608.
- Erickson, H E. (1974). *Gioventù e crisi d'identità*, Roma: Armando.
- Erickson, H.E. (1950). *Infanzia e società*, Roma: Armando.
- Freud, S. (1905). *Drei abhandlungen zur sexualtheorie* (trad. it. *Tre saggi sulla teoria sessuale*, in *Opere*, vol.4, Boringhieri, Torino, 1970).
- Goncalves, J.F. Jr., & Baruffi, R.L.R. Psychological Evaluation Test for Infertile Couples. *Journal of Asssted Reproduction and Genticis*, vol.19 (5): 269-273.
- Hjelmstedt, A., Andersson, L., Skoog-Svanberg, A., Bergh, T., Boivin, J. & Collins, A., (1999). Gender differences in psychological reactions to infertility among couples seeking IVF- and ICSI- treatment, *Acta Obstetrician et Gynecologica Scandinavica*, vol.78 (1): 42-48.
- Jhones, M. (1991). Identification et désidentification dans le development e l'identité sexuelle. *Journal de la psychanalyse de l'enfant. Sexe, sexuel, sexué*, 33: 163-187.
- Legnetti Langer, L. (1958). *La porta chiusa. L'identità sessuale tra corpo e affetti*, Roma: FrancoAngeli.
- Lutte, G. (1987). *Psicologia degli adolescenti e dei giovani*, Bologna: Il Mulino.
- Malagoli Togliatti, M., & Ardone, R. (1993). *Adolescenti e genitori. Una relazione affettiva tra potenzialità e rischi*, Roma: NIS.
- Morelli, G. (1996). Il ruolo dei fattori psicologici nell'etiopatogenesi dell'infertilità maschile, *Informazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria*, 28/29: 45-48.
- Scatoletti, B. (1996). Aspetti psicologici nella diagnosi e cura dell'infertilità di coppia: una rassegna della letteratura recente. *Informazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria*, 28/29: 37-44.
- Stoleru, S., Teglas, J.P., Fermanian, J., & Spira, A. (1993). Psychological factors in the aetiology of infertility: a prospective cohort study. *Human Reproduction*, vol. 8 (7): 1039 - 1046.

Tripodi, F., Simonelli, C., & Sbardellati, P. (2002). *Lo sviluppo sesso-affettivo nell'infanzia: le teorie psicoanalitiche*. In Simonelli C. (Ed), *Psicologia dello sviluppo sessuale ed affettivo*, Roma: Carocci.

Spector Person, E. (1996). Alcuni misteri dei disturbi transessuali, Seminario internazionale di studi "Le dinamiche dell'identità di genere nell'adolescenza e nell'età adulta". *Istituto Italiano per gli studi filosofici*, 9-10 dicembre, Napoli.

Wischmann, T., Stammer, H., Scherg, H., Gerhard, I., & Verres, R. (2001). Psychological characteristics of infertile couples: a study by the 'Heidelberg fertility consultation service. *European Society of Human Reproduction and Embryology*, vol. 16 (8): 1753-1761.

Zalusky, S. (2003). L'infertilità nell'era della tecnologia. *Richard e Piggle*, 11 (3).

Zavattini, G.C. (1986). *Figura paterna, scena primaria e mondo interno: da S. Freud a M. Klein*. In Del Lungo, A. & Pontati, C., (Eds), *Riscoprire il padre*. Roma: Borla.

Zavattini, G.C. (1988). L'altro di me, ovvero la mia metà: considerazioni sull'identificazione proiettiva. *Rivista di Psicoanalisi*, 34 (2): 349-375.

Zavattini, G.C., Di Iullo, M.G., Ortu F., et al. (1996). La famiglia "rappresentata": livelli d'interiorizzazione e narrazioni. *Adolescenza*, 7 (1): 56-76.

Zavattini, G.C., & Norsa, D. (1997). *Intimità e collusione*, Milano: Raffaello Cortina Editore.

Zavattini, G.C. (2003). La genitorialità adottiva: lo spazio di vita ed il modello di attaccamento della coppia. *Infanzia e adolescenza*, vol. 2: 125-136.

www.asrm.org

www.psychomedia.it

www.salutedonna.it

www.sciencedirect.com

L'uso della SWAP-200 in un counselling psicodinamico nel contesto universitario

di Marina Cosenza*, Carmela Guerriera*, Letizia Maria Drammis*

Introduzione

In uno scritto del 2002, Jonathan Shedler utilizza l'espressione *abisso incolmabile* per definire la distanza che ancora oggi separa psicoanalisti e ricercatori accademici. Se da un lato gli psicoanalisti contestano ai ricercatori la superficialità delle loro osservazioni empiriche, sul fronte opposto di una speculare incomprensione, i ricercatori accademici accusano gli psicoanalisti di procedere nel loro lavoro sulla base di formulazioni non falsificabili e non scientifiche. Lo scetticismo psicoanalitico nasce, secondo Shedler, da tre tipi di obiezioni nei confronti della ricerca empirica in ambito clinico, ovvero dal ritenere tale ricerca: a) irrilevante, dal momento che la psicoanalisi è un'impresa ermeneutica a cui non si possono applicare le regole della scienza; b) non necessaria, in quanto per verificare e modificare la teoria psicoanalitica sono sufficienti le prove fornite dal lavoro svolto dal clinico nella sua stanza; c) impossibile, dato che la quantificazione dei costrutti psicoanalitici comporta necessariamente una loro distorsione e banalizzazione. Per quel che concerne la non necessarietà della ricerca empirica, in un lavoro dall'emblematico titolo "Il cammino della psicoanalisi verso il metodo scientifico: tradimento o traguardo?", Maria Ponsi (2006) afferma che «nella comunità psicoanalitica ha prevalso a lungo la convinzione che la conoscenza dell'inconscio venisse acquisita soltanto col metodo psicoanalitico e che non fosse necessario verificarla o completarla con strumenti extraclinici». L'autrice ci ricorda che l'argomentazione più approfondita e articolata contro la ricerca empirica è stata avanzata da Green (2003), il quale sostiene che qualsiasi tipo di ricerca empirica non soltanto è inutile, ma è addirittura dannosa per la psicoanalisi.

Alle obiezioni psicoanalitiche ha fatto per molto tempo da contraltare quella che può essere considerata un'opposta "miopia" dei ricercatori accademici, i quali, nel tentativo di ottenere dati replicabili, hanno cercato di dipendere il meno possibile da giudizi e inferenze cliniche, scegliendo di misurare il funzionamento psichico dei soggetti unicamente sulla base di comportamenti manifesti, ignorando le dinamiche psichiche e l'organizzazione del carattere sottostanti. È convinzione di Shedler che questo atteggiamento rifletta una visione troppo ristretta del concetto di riproducibilità, basata sul falso assunto che per fare scienza sia necessario eliminare dal campo di studio le "interferenze umane". Se è vero invece, come peraltro suggerito nella definizione dei metodi della psicologia clinica data dal Collegio dei professori e dei ricercatori delle università italiane (Molinari & Labella, 2007), che il principale strumento di conoscenza del funzionamento psichico di un individuo è il sistema soggettivo dello psicologo clinico, allora, per poter fare una ricerca empirica che sia clinicamente rilevante, la soggettività del giudizio clinico deve poter essere valutata. La costruzione di strumenti capaci sia di valutare la ricchezza dell'esperienza umana che di presentare i dati in una forma sufficientemente standardizzata offre la possibilità di un confronto tra pratica clinica e ricerca empirica, nella speranza di ridurre il più possibile la distanza tra i due mondi (Ponsi, 2006; Shedler & Western, 2007).

Il lavoro presentato in queste pagine nasce dall'idea di integrare la lettura clinica di una consultazione di counselling psicodinamico con la formulazione del caso e di ipotesi diagnostiche ottenute dall'applicazione della SWAP-200, uno strumento standardizzato di valutazione del funzionamento psichico di un soggetto che consente di trasformare le osservazioni e le inferenze cliniche in descrizioni narrative e diagnosi di personalità empiricamente fondate.

* Dipartimento di Psicologia, Seconda Università di Napoli

Nel 2005 il Dipartimento di Psicologia della Seconda Università degli studi di Napoli ha attivato un Servizio di Aiuto Psicologico agli Studenti (SAPS), nell'intento di offrire a tutti gli iscritti dell'Ateneo consultazioni psicologiche gratuite condotte da psicologi clinici e psicoterapeuti. Il modello teorico-metodologico di intervento utilizzato dagli operatori del Servizio è la consultazione breve psicoanaliticamente orientata, una specifica prassi operativa messa a punto presso la *Tavistock Clinic* di Londra, che consente agli utenti dell'intervento di fare un'esperienza di ascolto e riflessione e di accedere a una forma di conoscenza di sé e del proprio mondo interno senza doversi impegnare in un lungo lavoro introspettivo, all'interno di un rapporto di necessaria dipendenza da un terapeuta (Guerriera, 2009). Come sostenuto da diversi autori, questa metodologia di intervento permette di ottenere, anche nel corso di pochi incontri, cambiamenti interni a volte anche profondi, come, ad esempio, il riconoscimento dell'esistenza di una parte distruttiva di sé o la consapevolezza che anche gli aspetti più temuti del proprio mondo interno possono essere tollerati (Adamo, 1990; Copley, 1976; Ferraro, 1990; Ferraro & Petrelli, 2000). L'applicazione del modello Tavistock alle consultazioni psicologiche in ambito universitario richiede all'operatore la capacità di individuare rapidamente il nucleo focale nella narrazione e di stabilire una buona alleanza di lavoro con le parti adulte della personalità degli studenti, facendo attenzione a non alimentare gli aspetti di dipendenza e a non far emergere problematiche che il tempo breve della consultazione non consentirebbe di elaborare (Salzberger-Wittenberg, 1977, 1990). A partire dall'ipotesi che ciò che accade durante i colloqui può essere considerato "un esempio in vivo" del modo in cui le persone sperimentano gli altri o si relazionano ad essi (Noonan, 1983), ma senza per questo dare per scontato che tutti i sentimenti e i pensieri che emergono nell'operatore durante un lavoro clinico siano sempre un riflesso lineare di ciò che sta accadendo nel mondo interno dell'altro (Eagle, 2000), questa metodologia di intervento breve utilizza quale principale strumento di lavoro l'analisi del controtransfert.

Questo lavoro prende in esame la consultazione psicologica con Michele¹, uno studente di 25 anni iscritto al primo anno di una facoltà scientifica del Secondo Ateneo di Napoli. Il ragazzo si era già iscritto all'università alcuni anni prima, ma aveva lasciato gli studi dopo appena un anno e si era messo a lavorare. Quando ha ripreso gli studi, si è trovato ad affrontare un ennesimo momento di difficoltà nel percorso universitario, bloccandosi su un esame che non è riuscito a superare. La paura che Michele porterà sulla scena dei colloqui è quella di non farcela, di non riuscire a portare avanti il suo progetto di studi e di abbandonare di nuovo l'università. Michele farà due cicli di colloqui, il secondo a circa sei mesi di distanza dal primo.

Lettura clinica della consultazione con Michele

Il materiale emerso nel primo ciclo di consultazione mette in luce aspetti evidenti di confusione e incongruità nella modalità di raccontarsi del ragazzo, e nell'assenza di continuità temporale tra gli elementi della narrazione. Fin da subito Michele dice di non sapere bene perché è venuto ai colloqui, ha già parlato più di una volta con gli psicologi e non è convinto che serva granché. Da bambino suo padre lo aveva portato da uno psicologo ed è poi stato nuovamente costretto a parlare con gli psicologi quando la polizia ha fermato lui e un suo amico per possesso di marijuana. Piuttosto che associarli nella loro significatività, Michele sembra collegare i due episodi come fossero in sequenza temporale, lasciando in chi lo ascolta l'impressione di un salto logico.

¹ Al fine di escludere qualsiasi riconoscibilità dello studente, i dati originali sono stati camuffati, modificando il nome e i personaggi del racconto, omettendo l'indicazione del Corso di Laurea che frequenta e della città in cui vive.

Anche quando racconta, in modo sognante e astratto, le cose che avrebbe voluto e gli piacerebbe fare, sottraendosi alle scelte che il padre sembra aver fatto in più occasioni al posto suo, Michele sembra buttare lì cose spezzate, scollegate, dando per scontato che l'altro possa seguire i suoi pensieri non detti, le parti omesse del racconto. Spiegazioni, peraltro improbabili, e connessioni tra gli eventi sembrano essere elementi accessori, che Michele aggiunge solo su richiesta di chiarimenti. Rendere confuso il racconto e indurre confusione in chi lo ascolta hanno la funzione di proteggere questo ragazzo dai rischi connessi alla possibilità di stabilire un legame psicologico con l'altro.

Michele appare inconsapevole del proprio funzionamento psichico così come delle ragioni del comportamento altrui. Come succede in soggetti caratterizzati da un *locus of control* esterno, il ragazzo sembra spiegare gli eventi attribuendoli a cause esterne, come il caso o la fortuna, e quasi mai a se stesso. Racconta, ad esempio, di essere andato bene ad un esame, di essere stato l'unico a bilanciare un'equazione difficile, ma quando gli viene fatto notare che è stato bravo, si affretta a dire che non sa come ha fatto, che l'esame è andato bene perché ha avuto fortuna, perché gli hanno chiesto le cose che sapeva. Michele ha una profonda difficoltà a riconoscere il proprio valore e la possibilità che i suoi successi siano merito del suo impegno. In modo simile, ha difficoltà ad accettare di poter essere scelto e che gli si voglia bene per ciò che è.

Questi come altri elementi evidenziano il peso che sulle difficoltà di Michele hanno i genitori, entrambi incapaci di assumersi le proprie funzioni genitoriali. Il padre è un padre svalutante che non ha mai appoggiato la sua scelta di frequentare l'Università e ridicolizza il suo progetto di studiare. Michele ne parla come di un uomo incapace da sempre di fare il padre, che si è sempre intromesso nella sua vita con la pretesa di voler fare l'amico. La madre è descritta come una donna inaffidabile e imprevedibile, con una probabile storia di episodi depressivi e problemi di alcol. Michele si sforza di essere un bravo figlio per entrambi: non vuole tradire la fiducia del padre, avendogli promesso di rigare dritto, ed è fiero di essere bravo nelle cose a cui l'uomo dà valore, come il lavoro e lo sport. Anche il blocco negli studi sembra essere un modo per aderire all'immagine che il padre sembra avere di lui: uno che non vale granché, che non può fare molta strada, che non può che rimanere dov'è. Per smettere di sentirsi impotente e svalutato, sostenuto da un Ideale dell'Io superegoico, Michele ha tentato in più occasioni di sostituirsi al padre nelle sue funzioni di genitore e di marito, senza riuscirci e sentendosi in colpa per questo. Non riesce a fare le cose da solo, bloccato in un rapporto di dipendenza dal padre che gli impedisce di fare investimenti affettivi maturi. Anche il modo di raccontare eventi belli e gratificanti di quando era ragazzino, carico di una nostalgia quasi bruciante, e con una commozione agli occhi che provoca un misto di tenerezza e dispiacere in chi lo ascolta, conferma l'immagine di un giovane adulto bloccato ad uno stadio di pre-adolescenza idealizzata, intrappolato in un conflitto irrisolto tra dipendenza e indipendenza.

Come si evince dalle molte "distrazioni" che egli stesso racconta, da un certo disfunzionamento cognitivo caratterizzato dalla perdita dei legami di senso tra le azioni e tra i pensieri, o dall'angoscia che prova quando non si controlla, Michele sembra avere un Io debole che tende a frammentarsi sotto la spinta eccitatoria pulsionale, libidica e aggressiva. Impulsi e desideri sono sentiti come pericolosi anche quando sono originariamente positivi. Emergerà, in più occasioni, la paura di perdere il controllo e di non saperne affrontare le conseguenze da solo.

Per quel che concerne il suo "mettere le mani avanti" al primo colloquio, dichiarando che andare dagli psicologi è inutile, anche questa comunicazione sembra essere un modo per difendersi preventivamente dal rischio di un possibile legame e dall'affidarsi a qualcuno di cui non può fidarsi. Se da un lato non fa che appoggiarsi agli altri, dall'altro, ogni volta che ottiene qualcosa per l'intervento di una forza esterna ciò che ottiene sembra destinato a perdere valore. Identificandosi proiettivamente con oggetti interni svalutati, perché temuti o invidiati, le sue relazioni non possono che essere primarie, ovvero inscritte in un registro diadico, in cui non c'è (ancora) un terzo e non è quindi possibile integrare la funzione materna e quella paterna. Il vuoto di una

adeguata funzione genitoriale sembra spingere Michele a mostrarsi ambivalente nei confronti dell'aiuto che gli viene offerto, portando sulla scena dei colloqui la costante tensione tra il desiderio di essere visto e la necessità di nascondersi. Quando poi si sente compreso, Michele sviluppa un transfert positivo che però deve desessualizzare, e finisce per compiere una serie di agiti: errori di distrazione, fallimenti agli esami, ritardi. Come quando, all'appuntamento per l'ultimo colloquio del primo ciclo di consultazione, arriverà in ritardo, reagendo all'imminente separazione con un misto di esaltazione di sé e di simmetrica svalutazione dell'altro, e tentando una sorta di fuga nel futuro.

L'analisi del controtransfert mette in luce la spinta ad accogliere e proteggere Michele con atteggiamenti cauti e delicati, a tratti teneri, fino a provare con lui, se non a volte al suo posto, la solitudine profonda di chi si sente lontano da tutto e da tutti, rendendo particolarmente difficile a chi lo ascolta esercitare una salutare funzione di rêverie senza agirlo. Nonostante si sia trattato di pochi incontri, nella relazione con Michele si è attivata, infatti, una dinamica controtransferale intensa, caratterizzata dal desiderio di proteggerlo e rassicurarlo, prendendosi cura di lui attraverso una serie di comportamenti, verbali e non, che sembravano richiamare le cure primarie nei confronti di un bambino molto piccolo, abbandonato a se stesso e profondamente spaventato. Michele ha suscitato in chi lo ascoltava sentimenti di profonda tenerezza, ma anche di intensa preoccupazione. Come una di quelle automobili a molla che dopo un po' si fermano e bisogna prenderle e ricaricarle, ogni volta che il racconto si esauriva e nella stanza restava il silenzio, Michele sembrava sprofondare in una angoscia senza tempo, rifugiandosi in una dimensione altra, lontana e inaccessibile, da cui lanciava sguardi che mentre supplicavano l'altro di raggiungerlo, afferrarlo e salvarlo, allo stesso tempo trasmettevano un senso di totale sfiducia nella possibilità di essere aiutato. È emerso un vissuto di dolorosa solitudine, di debolezza psichica e somatica, l'impotenza di chi sa che non c'è speranza di trovare una via di uscita, l'angoscia di vedersi sprofondare in una confusione estrema dove la fatica di mettere insieme i pensieri, dando loro senso e significatività, appare inutile in partenza, in una sorta di rassegnazione di chi sa di essere "destinato" a non essere capito, a scivolare via dalla mente dell'altro, confermando quel "non serve andare dagli psicologi" con cui Michele si difende dal legame psicologico. Va evidenziato tuttavia, che l'organizzazione psichica di questo ragazzo sembra consentirgli di stabilire e sostenere un'alleanza terapeutica che, alla maniera di un adolescente, non può essere riconosciuta ed esplicitata in quanto rimanda all'essere bisognoso e dipendente da un adulto inaffidabile.

La comprensione e la restituzione al ragazzo del significato delle sue identificazioni proiettive hanno consentito l'emergere di un Io osservante, e hanno dato a Michele la possibilità di operare parziali integrazioni, accettando possibili cambiamenti di prospettiva, funzionali a un migliore rapporto con se stesso e con gli altri. Nel periodo intercorso tra il primo e l'ultimo dei quattro colloqui del primo ciclo di consultazione Michele ha superato due prove scritte, tra cui quella relativa all'esame su cui si era bloccato. Racconterà di essere andato bene e di aspettare i risultati per poter programmare i prossimi esami. Come sottolineato da Guerriera (2009), il blocco negli studi spesso segnala la presenza di un conflitto non elaborato tra la spinta ad essere soggetti attivi delle scelte del proprio futuro e un'opposta tendenza a rinviarle, rifugiandosi in una sorta di impasse difensiva che tuteli dalle inevitabili incognite legate al processo di cambiamento. La possibilità di usufruire di uno spazio di ascolto e di riflessione sulla propria esperienza e sul significato delle proprie difficoltà ha consentito a Michele di affrontare con minore ansia gli esami, provando a investire sul proprio progetto universitario secondo una prospettiva diversa, di maggiore autonomia e responsabilizzazione.

A circa sei mesi di distanza, Michele è tornato al SAPS per un secondo ciclo di colloqui, caratterizzati dal riconoscimento di ciò che di buono aveva ricevuto, nella consultazione come altrove. Racconterà di aver fatto sette esami, oltre a superare la

prova orale di quello su cui si era bloccato, e darà prova di essere riuscito a organizzare il suo tempo con maggiore razionalità, traendo piacere dalla sua capacità di portare avanti le cose. Perfino il padre sembra aver riconosciuto nel figlio un cambiamento positivo. Tornare ai colloqui per mostrarsi “con il vestito buono”, come per registrare le sue capacità ritrovate davanti a qualcuno capace di testimoniare il valore, non è sembrata essere solo un’esigenza narcisistica, ma anche una sorta di desiderio di restituzione, quasi un voler ringraziare chi lo ha aiutato a guardare dentro se stesso senza terrorizzarsi troppo. La possibilità di provare gratitudine, senza sentirsi impoverito nel riconoscere il merito altrui nei suoi confronti, sembra aver consentito a Michele di sperimentare una pena depressiva tollerabile, spingendolo ad azioni riparatrici (Klein, 1957). Persisterà, invece, la preoccupazione che la nuova organizzazione mentale conquistata, a più alto funzionamento, possa crollare facendolo ripiombare nel caos e nella tentazione di riprendere a fare uso di alcol e marijuana, come era accaduto quando aveva lasciato gli studi la prima volta. Racconterà, ad esempio, di non aver superato un esame e di esserci restato talmente male da ritirarsi nel sonno, riprendendo a fumare e dimenticandosi, così dirà, l’appuntamento per il terzo colloquio di follow-up. Tuttavia - e non sembra essere un elemento di poco conto - è stato capace di riprendersi, di superare il momento di cedimento, facendo sua e assicurandosi con una interpretazione non colpevolizzante. In questo secondo ciclo di colloqui Michele non farà mai riferimento alla madre. Questo dato può essere collegato a un movimento di affrancamento del ragazzo da un contenitore buco e inaffidabile e al tentativo di agganciarsi a figure maschili che abbiano una funzione paterna protettiva. Tuttavia, la non comparsa della madre può anche essere il sintomo di un evitamento di ciò che la donna rappresenta, come ad esempio la debolezza o l’essere in balia dei propri impulsi autodistruttivi sempre in agguato.

Applicazione della SWAP-200 alla consultazione con Michele

Una volta concluso il primo ciclo di consultazione con Michele, al materiale clinico emerso dai colloqui è stata applicata la *Shedler-Westen Assessment Procedure-200* (SWAP-200; Shedler & Westen, 1998, 2004a, 2004b; Westen & Shedler, 1999a, 1999b). Una seconda somministrazione dello strumento è stata fatta alla fine degli incontri di follow-up.

La *Shedler-Westen Assessment Procedure-200* è uno strumento standardizzato per la valutazione della personalità, basato sul metodo Q-sort, la cui applicazione consente ai clinici di esprimere le loro osservazioni e inferenze in una forma sistematica e quantificabile. La SWAP-200 è composta da 200 item che descrivono aspetti differenti della personalità e del funzionamento psicologico. Ogni affermazione può descrivere una persona molto bene, in parte o per nulla. Compito del clinico è di valutare il grado di descrittività di tali affermazioni ordinandole in 8 categorie. Nella prima categoria (valore 0) vanno collocati gli item giudicati irrilevanti, in quanto non descrittivi della personalità del soggetto, o inapplicabili perché relativi ad aspetti rispetto ai quali non si hanno informazioni. Nell’ultima categoria (valore 7) vanno invece sistemate le affermazioni che descrivono le caratteristiche più pervasive della persona. In questo modo, la SWAP-200 consente di attribuire a ciascun item un punteggio numerico che va da 0 a 7. Il metodo Q-sort su cui si basa lo strumento richiede al clinico di esprimere le proprie valutazioni rispettando una gerarchia e una distribuzione fissa. Tale vincolo impone di assegnare un numero prefissato di item a ciascuna delle otto categorie a disposizione (vedi figura 1), in modo che, a somministrazione conclusa, il clinico dovrà aver collocato otto item nella categoria 7, dieci item nella categoria 6, dodici nella 5, quattordici nella 4, sedici nella 3, diciotto nella 2, ventidue nella 1 e, infine, cento item nella categoria 0.

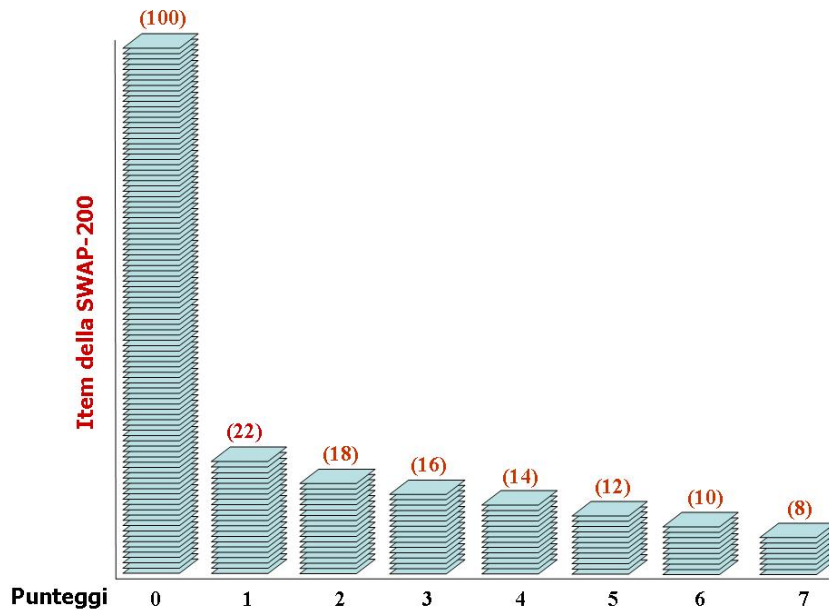


Figura 1. Distribuzione dei 200 item della SWAP-200 nelle 8 categorie di punteggi

Le affermazioni che compongono lo strumento, scritte utilizzando un vocabolario facilmente comprensibile a clinici di diversa formazione e orientamento teorico, si riferiscono ad un'ampia gamma di funzioni psicologiche e di aspetti dell'esperienza interna della persona, riconducibili alle principali aree oggetto di studio della psicologia dinamica: l'area della motivazione (psicoanalisi classica), l'area delle risorse cognitive, affettive e comportamentali (psicologia dell'io), e l'area che riguarda le rappresentazioni di sé e degli altri, le capacità di stabilire relazioni intime e la struttura del Sé (teorie delle relazioni oggettuali, relazionali e del Sé). In altre parole, i profili SWAP-200 offrono descrizioni al tempo stesso sintetiche e dettagliate di come una persona tende a funzionare - dal punto di vista cognitivo, affettivo, comportamentale e relazionale - in determinate circostanze della sua vita, evidenziando non solo le aree disfunzionali della personalità del soggetto in esame, ma anche le risorse che la persona ha a disposizione.

I dati emersi dalla somministrazione della SWAP-200 possono essere utilizzati sia come supporto narrativo per la stesura di una dettagliata descrizione narrativa delle principali caratteristiche personologiche del soggetto in esame (formulazione del caso clinico), sia come punto di partenza per la formulazione di ipotesi diagnostiche sulla struttura di personalità del soggetto in esame. Per comporre la descrizione narrativa alla base della formulazione del caso è sufficiente "cucire" gli item della SWAP-200 che sono stati collocati nelle categorie maggiormente descrittive, ovvero tutti gli item cui è stato assegnato un punteggio pari o superiore a 5. La formulazione di ipotesi diagnostiche si basa, invece, sul confronto tra il profilo SWAP-200 della persona che si sta valutando - ovvero l'insieme dei duecento item con i relativi punteggi di descrittività - e i profili SWAP-200 di ipotetici soggetti rappresentativi delle singole categorie di disturbo di personalità (PD) indicate dal DSM. I valori di tali correlazioni sono espressi in punteggi T. Se il punteggio relativo alla correlazione tra il profilo SWAP del soggetto e la descrizione prototipica relativa a una dimensione di personalità è uguale o superiore a $T = 60$, si può parlare di un vero e proprio "disturbo di personalità", quando il valore di T è compreso tra 55 e 60 viene diagnosticata la presenza di "forti tratti" e, infine, valori compresi tra 50 e 55 consentono di diagnosticare unicamente la presenza di "tratti". In questo modo, la diagnosi funzionale di tipo descrittiva viene tradotta in diagnosi quantitative, sia categoriali che dimensionali, che consentono di indicare non soltanto la presenza conclamata di un determinato disturbo, ma anche il grado in cui il

soggetto è in possesso delle caratteristiche di personalità indicative della specifica dimensione disfunzionale della personalità che lo sottende. Alla diagnosi di disturbo di personalità secondo i criteri diagnostici del DSM-IV, la SWAP-200 affianca, inoltre, un sistema di classificazione dei processi disfunzionali della personalità che prende in considerazione undici “fattori-Q”, ovvero undici “stili di personalità” empiricamente rilevati e solo in parte sovrapponibili alle categorie del DSM. Inoltre, per quanto riguarda i raggruppamenti di caratteristiche di personalità messi in luce dalla SWAP-200, gli autori dello strumento hanno costruito anche il profilo prototipico di un individuo con un funzionamento psicologico elevato, definito da item che fanno riferimento alle risorse e potenzialità della persona: il confronto tra il soggetto che si sta valutando e questa descrizione ipotetica della personalità “sana” consente, quindi, a chi utilizza la SWAP-200 di attribuire al soggetto anche un punteggio di “alto funzionamento”. Come affermano Lingiardi, Gazzillo e Porzio Giusto (2003), i dati ottenuti dalla somministrazione della SWAP-200 sostengono un sistema diagnostico dimensionale empiricamente fondato e dotato di rilevanza psicoanalitica, capace di affiancare i criteri categoriali del DSM. Per ciò che concerne il significato più generale della tassonomia per la valutazione della personalità messa a punto da Westen e Shedler, gli autori ribadiscono in più occasioni che le diagnosi ottenute applicando la SWAP-200 hanno soprattutto una valenza euristica, e non necessariamente una connotazione patologizzante, dal momento che un determinato stile di personalità si configura come disturbo soltanto se non coesiste con uno stile di personalità ad alto funzionamento di almeno una deviazione standard superiore alla media (cioè ≥ 60 in punti T). A questo proposito Shedler auspica un “viraggio concettuale”, invitando tutti coloro che lavorano in questo ambito di ricerca clinica ed empirica a «passare da una concezione diagnostica incentrata sul concetto di *disturbi* di personalità ad un sistema di valutazione che consideri i fattori-Q della SWAP come *stili* di personalità» (Westen, Shedler & Lingiardi, 2003, p. 235).

Formulazione del caso di Michele con la SWAP-200

L'applicazione della SWAP-200 al materiale emerso dai quattro colloqui del primo ciclo di consultazione ha consentito la stesura di un quadro descrittivo delle principali caratteristiche personologiche di Michele, ottenuto legando tra loro le affermazioni con un punteggio di descrittività pari o superiore a 5. In parentesi è indicato il numero di ciascuno degli item della SWAP-200 che concorrono alla formulazione del caso.

Michele è un ragazzo ansioso (35), facilmente suggestionabile e influenzabile (46). È percepito come una persona bisognosa e dipendente, che richiede eccessive rassicurazioni e approvazioni (77). Il suo aspetto e i suoi modi di fare sembrano strani o particolari; il modo di vestire, il contatto visivo, l'andamento dell'eloquio sembrano in qualche modo strani o “fuori contatto” (125). Le sue credenze e aspettative sembrano *clichè* o stereotipi, come fossero uscite da un libro di fiabe o da un film (83). Fa esperienza del passato come di una serie di eventi privi di rapporti e connessioni reciproche, rivelando una chiara difficoltà a fornire un racconto coerente della storia della propria vita (151). Tende a essere passivo e poco assertivo (199).

Michele tende a ingraziarsi le persone o a farsi sottomettere, magari acconsentendo a fare cose che non condivide o non vuole, perché spera in questo modo di guadagnare il sostegno o l'approvazione altrui (17). Si sente spesso inadeguato, inferiore o fallito (54), e tende a provare vergogna o a sentirsi imbarazzato (86). Ha una grande difficoltà a concedersi la possibilità di provare forti emozioni piacevoli (131) e ha paura di coinvolgersi in relazioni d'amore a lungo termine (158). Tende a sentirsi in colpa (57), a incolparsi e a sentirsi responsabile delle cose negative che accadono (1). Si comporta in modo da suscitare negli altri sentimenti simili a quelli che lui stesso sta provando; quando è triste o angosciato, ad esempio, si comporta in un modo che induce tristezza o angoscia negli altri (76). Tende a essere arrabbiato e ostile soprattutto inconsciamente (16), mostrando un'evidente difficoltà a riconoscere la propria rabbia (25), e tende ad esprimere la propria aggressività in modi passivi e indiretti, ad esempio facendo errori o dimenticando gli appuntamenti (78).

Ha paura di diventare come suo padre, per il quale nutre sentimenti negativi (169); ha paura di essere rifiutato o abbandonato dalle persone che per lui sono emotivamente significative (98). Tende ad essere timido e riservato in situazioni sociali (60), e sembra avere difficoltà nel comprendere il senso del comportamento altrui; spesso lo fraintende, lo interpreta in modo scorretto o è confuso dalle azioni e dalle reazioni degli altri (29). Non sembra avere un'immagine stabile di chi è o di chi vorrebbe diventare (15); ha poco insight psicologico riguardo alle proprie motivazioni e ai propri comportamenti, e ha difficoltà a prendere in considerazione interpretazioni alternative della propria esperienza (148). Tende a sentirsi incompreso, maltrattato o vittimizzato (127), e si sente spesso impotente, debole o alla mercé di forze che sono al di fuori del suo controllo (36). Oscilla tra un controllo troppo scarso e un controllo eccessivo dei propri bisogni e dei propri impulsi, nel senso che in alcune circostanze nega completamente i suoi bisogni e i suoi desideri, senza permettere loro alcun tipo di espressione, mentre in altre occasioni li esprime in modo impulsivo, con una scarsa considerazione delle loro conseguenze (166). Le sue emozioni possono crescere vertiginosamente sino a sfuggire dal suo controllo, sfociando così in sentimenti estremi di eccitazione, rabbia, tristezza e angoscia (12). Le sue percezioni si rivelano spesso superficiali, generiche e impressionistiche; fatica a mettere a fuoco dettagli specifici (72). Sembra, infine, che di come vanno le cose nel mondo Michele ne sappia meno di quanto ci si aspetterebbe, apparendo spesso naïf o "innocente" (93).

Questa descrizione ci sembra consenta di farsi un'idea piuttosto articolata del funzionamento psichico di Michele. Emergono con chiarezza le evidenti difficoltà interpersonali del ragazzo esaminate nella lettura clinica dei colloqui, come ad esempio la dinamica relazionale consistente nel proporsi agli altri come una persona spaventata e insicura, costantemente alla ricerca di qualcuno che si prenda cura di lui e gli dica cosa fare. La descrizione rivela anche il fatto che le scarse capacità sociali portano questo soggetto a comportarsi in modo goffo e inappropriato nelle situazioni in cui è *costretto* a entrare in contatto con gli altri, dando di sé l'immagine di una persona "strana". La difficoltà a riconoscere la propria rabbia, la tendenza a comunicare la propria aggressività attraverso modalità indirette e atteggiamenti passivi, il ricorso ai meccanismi difensivi della scissione e dell'idealizzazione, la paura di investire emotivamente nei rapporti interpersonali, sono tutti elementi che evidenziano la consistente incapacità di Michele di stabilire relazioni intime e mature con gli altri. Per quel che concerne l'area delle risorse cognitive, la descrizione ottenuta dalla somministrazione della SWAP-200 porta in primo piano i problemi di mentalizzazione di Michele analizzati precedentemente, tra cui l'abitudine a pensare in termini troppo concreti e a ricordare le esperienze spogliandole della loro qualità affettiva, che privano il racconto di una trama narrativa coerente. Inoltre, l'incapacità di attribuire il giusto significato ai comportamenti degli altri, fraintendendone le intenzioni e interpretando in modo scorretto le loro reazioni, così come la scarsa consapevolezza delle motivazioni che danno forma alle sue scelte, spiegano la difficoltà di avviare un lavoro condiviso di riflessione psicologica.

Formulazione di ipotesi diagnostiche sulla struttura di personalità di Michele con la SWAP-200.

Oltre alla stesura di una descrizione narrativa delle principali caratteristiche personologiche di un soggetto, abbiamo visto che l'applicazione della SWAP-200 consente anche la costruzione di un preciso quadro diagnostico della sua personalità. Il confronto tra il profilo SWAP-200 di Michele (i duecento item con i relativi punteggi di descrittività) e le descrizioni prototipiche di ciascun disturbo di personalità consente la formulazione di ipotesi diagnostiche - sia categoriali che dimensionali - sulla struttura di personalità di questo ragazzo.

Con riferimento ai prototipi SWAP-200 dei disturbi di personalità descritti dal DSM-IV (tabella 1), Michele presenta un disturbo schizotipico della personalità (T = 60.23) con forti tratti schizoidi (T = 59.22), di dipendenza (T = 59.8) e di evitamento (T = 56,79).

Disturbi di personalità	Punti T
Paranoide	45.87
Schizoide	59.22
Schizotipico	60.23
Antisociale	45.82
Borderline	48.42
Istrionico	53.40
Narcisistico	44.05
Evitante	56.79
Dipendente	59.80
Ossessivo	51.16
Alto funzionamento	47.49

Tabella 1. *SWAP-200 di Michele, disturbi di personalità (PD).*

Se invece consideriamo i fattori-Q (tabella 2), la diagnosi è quella di “uno stile di personalità” schizoide (T = 61.1) e dipendente (T = 60,01) con forti tratti di evitamento (T = 58,48) e istrionici (T = 57.36).

Fattori-Q di personalità	Punti T
Q1: Disforico	54.59
Q2: Antisociale	47.97
Q3: Schizoide	61.10
Q4: Paranoide	42.90
Q5: Ossessivo	48.76
Q6: Istrionico	57.36
Q7: Narcisistico	40.84
Q1a: Evitante	58.48
Q1b: Depressivo di alto funzionamento	45.98
Q1c: Con disregolazione emotiva	46.60
Q1d: Dipendente	61.01
Q1d: Con esternalizzazione dell'ostilità	51.47
Alto funzionamento	47.49

Tabella 2. *SWAP-200 di Michele, fattori-Q di personalità.*

Le figure 2 e 3 mostrano, rispettivamente, il profilo del disturbo di personalità di Michele secondo i punteggi PD del DSM-IV, e il profilo dei fattori-Q di personalità individuati dalla tassonomia di Westen e Shedler.

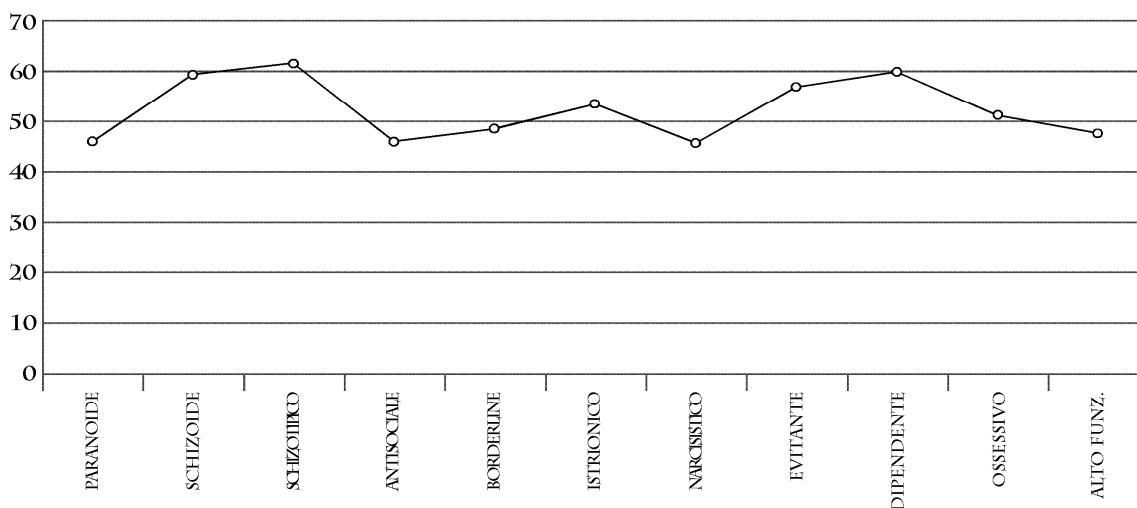


Figura 2. Il profilo di Michele nei termini dei fattori PD

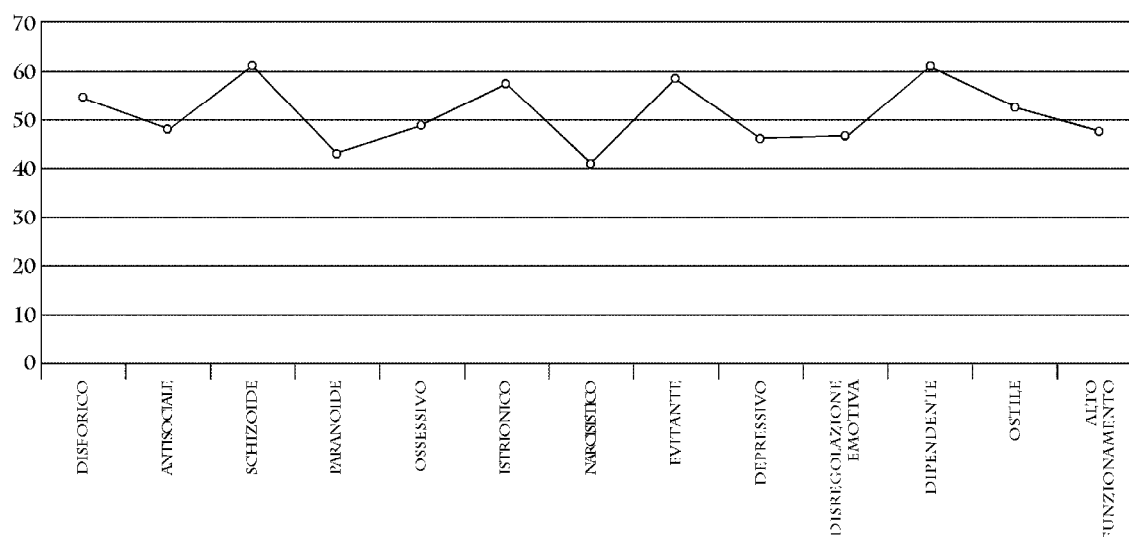


Figura 3. Il profilo di Michele nei termini dei fattori-Q di personalità

Se i punteggi relativi alle categorie schizoide ($T = 59.22$) e dipendente ($T = 59.80$) indicate dal DSM non raggiungono il *cut-off* per la diagnosi di disturbo di personalità, entrambe le dimensioni “si accendono” sui fattori-Q. Inoltre, diversamente dai dati relativi alle categorie del DSM, la classificazione messa a punto da Westen e Shedler evidenzia un punteggio elevato sul fattore-Q istrionico. Infine, il punteggio di “alto funzionamento” lievemente inferiore alla media ($T = 47,49$) mette in luce la difficoltà di Michele a rendere operative ed efficaci le sue risorse psicologiche.

Analizzando nel dettaglio il quadro diagnostico della personalità di Michele in riferimento alle categorie del DSM, è possibile affermare che la struttura di personalità di questo ragazzo è definita da un lato da caratteristiche di cluster A (disturbo

schizotipico con forti tratti schizoidi), e dall'altro da dimensioni del cluster C (forti tratti di dipendenza con presenza di caratteristiche evitanti). Se le componenti schizotipica e schizoide evidenziano soprattutto l'eccessivo distacco e ritiro di Michele dalle relazioni interpersonali, le caratteristiche di dipendenza e di evitamento mettono in luce la presenza di forti livelli di ansia.

A prima vista ci troveremmo di fronte ad un quadro diagnostico di una certa gravità. Tuttavia, le riflessioni emerse dalla lettura clinica dei colloqui relative alla capacità di Michele di entrare in relazione e alla intensità delle dinamiche controtransferali attivate nella relazione con lui, sembrano legittimare l'ipotesi che i tratti del cluster A siano secondari rispetto alle dimensioni del cluster C, ovvero che il distacco dalle relazioni si sia innestato su un nucleo ansioso e su problematiche di tipo nevrotico. La componente nevrotica della struttura di personalità di Michele, evidenziata anche dalla sua capacità di riconoscere alcuni aspetti disfunzionali del proprio comportamento, renderebbe ragione, inoltre, della sua disponibilità a stabilire una buona alleanza di lavoro.

Per quel che concerne i fattori Q della SWAP-200, ricordiamo che lo stile di personalità schizoide messo in luce dalla SWAP-200 include individui che il secondo asse del DSM-IV diagnostica non solo schizoidi, ma anche schizotipici ed evitanti. La principale caratteristica schizoide nella tassonomia di Westen e Shedler - assente nel DSM-IV - è un deficit della capacità di mentalizzare (Fonagy & Target, 2001). Come sinteticamente indicato nella descrizione narrativa alla base della formulazione del caso, la presenza di forti tratti schizoidi nella struttura personologica di Michele mette in luce le sue difficoltà a comprendere il comportamento altrui, fraintendendolo spesso o interpretandolo in modo scorretto, il suo scarso insight psicologico rispetto alle proprie motivazioni e ai propri comportamenti, e la tendenza a pensare in termini concreti e a interpretare le cose in modo troppo letterale. Inoltre, come altri individui con una personalità definita da tratti schizoidi, Michele mostra una notevole difficoltà a esprimere la propria rabbia, così come la tendenza a essere passivo e a non concedersi facilmente la possibilità di provare forti emozioni piacevoli.

La presenza di forti tratti istrionici sui fattori-Q consente di riconoscere in Michele, oltre ad alcune caratteristiche tipiche del disturbo istrionico di personalità identificato dal DSM-IV (come, ad esempio, il fatto di essere suggestionabile e facilmente influenzabile), caratteristiche personologiche legate ad un'intensità affettiva di natura ego-distonica, quali la disregolazione emotiva, la paura di essere rifiutato o abbandonato dalle persone per lui emotivamente significative, il mostrarsi eccessivamente bisognoso e dipendente, ma anche la tendenza a perdere il controllo delle sue emozioni, che lo porta a sperimentare sentimenti estremi di angoscia, tristezza, rabbia ed eccitazione, una superficialità e genericità delle sue percezioni e, infine, la difficoltà a mettere a fuoco dettagli specifici delle situazioni.

Per quanto riguarda le diagnosi di personalità dipendente, sui fattori-Q, e di forti tratti dipendenti, sui fattori PD, in entrambi i sistemi di valutazione le caratteristiche centrali sono: il bisogno del soggetto di essere rassicurato, accudito e aiutato anche nelle situazioni quotidiane più comuni, la paura di essere rifiutato o abbandonato, la paura della solitudine. Michele non è in grado di funzionare bene senza che qualcun altro si prenda cura di lui, non è in grado di prendere decisioni da solo, ha un timore eccessivo della separazione, tende a essere insolitamente sottomesso e adesivo, pur di mantenere i legami, facendo anche in modo che gli si dica cosa deve fare, pur di non doversi assumere la responsabilità di affermare i propri desideri in prima persona, per una ragione che forse assomiglia allo sgomento di sentire tutta la sua solitudine.

La diagnosi a livello Q di uno stile di personalità dipendente-masochista si riferisce a soggetti molto più disturbati di quelli diagnosticati dipendenti dal DSM. Come emerso dalla formulazione del caso costruita a partire dalle affermazioni più descrittive della SWAP-200, la diagnosi di dipendenza evidenzia la presenza della profonda difficoltà

che Michele ha nella gestione delle sue relazioni, ma anche l'assenza di un'immagine stabile di chi è e di chi vorrebbe diventare (diffusione di identità), il ricorso a meccanismi difensivi di scissione e idealizzazione, la difficoltà a regolare le proprie emozioni, la difficoltà a riconoscere la propria rabbia e la tendenza a gestire questo affetto in modo passivo e indiretto.

I tratti evitanti che concorrono al quadro diagnostico della personalità di Michele evidenziano la presenza nel ragazzo di forti sentimenti di inadeguatezza, ma anche il timore di essere criticato, se non addirittura umiliato e ridicolizzato, con la conseguente assunzione di comportamenti di evitamento delle situazioni sociali e, soprattutto, delle relazioni intime. In aggiunta a queste caratteristiche, la categorizzazione SWAP-200 ci aiuta a riconoscere in Michele la presenza di ulteriori tratti evitanti, non presenti nei criteri del DSM, tra cui, una coscienza morale rigida che lo porta a sperimentare livelli di ansia estremamente alti, a incolparsi delle cose negative che accadono, a essere autocritico e poco tollerante verso i propri umani difetti, ma soprattutto a concedersi molto difficilmente la possibilità di provare forti emozioni piacevoli, e una gamma di emozioni limitata. Anche la presenza di una marcata ingenuità potrebbe essere riconducibile alla componente evitante della sua personalità.

Come evidenziato dalla descrizione del fattore-Q disforico, i soggetti dipendenti ed evitanti condividono una stessa struttura caratteriale disforica, fortemente autocritica. Le due dimensioni di personalità differiscono per le condizioni che elicitano la disforia e per i comportamenti attraverso cui cercano di regolarla. I soggetti dipendenti si angosciano quando si sentono soli, e si difendono aggrappandosi disperatamente agli altri; gli evitanti si angosciano quando sono costretti a interagire con gli altri, e si difendono da questa angoscia evitando sia le situazioni sociali che le relazioni interpersonali. La struttura di personalità di Michele sembra essere caratterizzata proprio dalla compresenza di queste due opposte modalità di sperimentare l'umore disforico e di difendersi da esso. Questa particolare configurazione potrebbe essere spiegata analizzando in modo più approfondito il significato della diagnosi di uno "stile schizoide di personalità". Una delle principali evidenze cliniche che caratterizzano gli individui con una personalità schizoide è proprio la presenza di evidenti contraddizioni², espressione di una frammentazione del Sé in rappresentazioni non integrate (Akhtar, 1987; Gabbard, 2000).

Di fatto, pur essendo manifestamente distaccati, autosufficienti e disinteressati, questi individui sono segretamente molto sensibili ed emotivamente bisognosi. Da una prospettiva più specificamente psicodinamica, la designazione 'schizoide' riflette proprio questa fondamentale scissione del Sé, aiutandoci a capire il fatto che Michele desidera essere conosciuto ma allo stesso tempo abbia paura di risultare incomprensibile all'altro e di essere giudicato "anormale" nel momento in cui svela completamente la propria vita interiore. Abituato forse a veder considerate le sue comunicazioni «prive di senso, banali o troppo enigmatiche da meritare la fatica di decodificarle» (McWilliams, 1994, p. 221), quando si trova coinvolto in una relazione con un altro significativo Michele sembra mettere alla prova l'interlocutore per vedere se è abbastanza interessato da tollerare i suoi messaggi confusi rimanendo disponibile

2 I soggetti schizoidi sono profondamente insicuri di chi essi sono, e vivono tormentati da pensieri, sentimenti e desideri fortemente conflittuali. Nancy McWilliams (1994) descrive questo conflitto relazionale primario della personalità schizoide nei termini di una tensione tra vicinanza e amore, da un lato, distanza e paura, dall'altro. Sospesi tra il desiderio di relazione con l'altro e la paura di sentirsi invasi, gli individui con personalità schizoide ripropongono al clinico la dinamica ambivalente consistente nel chiedere all'altro di avvicinarsi a lui e, allo stesso tempo, di stargli lontano (Robbins, 1988). Dal momento che la decisione di non relazionarsi agli altri, riconducibile a precoci fallimenti nelle cure genitoriali, lascia l'individuo solo e vuoto, queste persone vivono quello che Guntrip (1968) definiva un "compromesso schizoide" che li porta simultaneamente ad aggrapparsi agli altri e a respingerli.

a comprenderlo. Aver messo a disposizione di Michele uno spazio in cui sentirsi trattato come se il proprio mondo interno avesse un significato potenzialmente comprensibile sembra avergli consentito di interiorizzare l'esperienza di una relazione con qualcuno che prendeva sul serio la sua soggettività, senza reagire con derisione alle sue stranezze. Inoltre, aver accolto il suo racconto senza intervenire né interpretare troppo sembra aver rassicurato Michele, consentendogli di far emergere le parti più vere del suo Sé³.

Considerazioni a margine di una seconda somministrazione della SWAP-200

Al termine del secondo ciclo di colloqui è stata fatta una seconda somministrazione della SWAP-200. Come ci si può aspettare da un lavoro breve di consultazione psicologica, per definizione non finalizzato al cambiamento della struttura di personalità, non vi sono differenze significative tra le descrizioni narrative della personalità di Michele ottenute dalla prima e dalla seconda somministrazione della SWAP-200. Tuttavia, esaminando le diagnosi quantitative, nei due tempi della consultazione, è possibile mettere in luce alcuni elementi interessanti.

Il quadro diagnostico emerso in riferimento ai disturbi di personalità classificati dal DSM-IV (tabella 3) indica la presenza di un disturbo dipendente della personalità (T = 61.73) con tratti schizotipici (T = 58.98), schizoidi (T = 58.10) ed evitanti (T = 58.11).

Disturbi di personalità	Punti relativi al primo ciclo di colloqui	Punteggi relativi al follow-up
Paranoide	45.87	46.43
Schizoide	59.22	58.10
Schizotipico	60.23	58.98
Antisociale	45.82	43.48
Borderline	48.42	50.76
Istrionico	53.40	52.61
Narcisistico	44.05	43.72
Evitante	56.79	58.11
Dipendente	59.80	61.73
Ossessivo	51.16	50.96
Alto funzionamento	47.49	49.76

³ Nella relazione con l'individuo schizoide è di grande importanza rendersi disponibili a utilizzare quella che McWilliams definisce "la propria personalità reale". Inoltre, in linea con ciò che sostiene Susan Deri (1968) in merito alla relazione con persone diagnosticate schizoidi, aver formulato le osservazioni cliniche riutilizzando le stesse parole di Michele, proponendogli in alcune occasioni immagini simili a quelle da lui portate sulla scena dei colloqui, sembra aver aiutato questo ragazzo a dare valore e solidità ai contenuti del proprio mondo interiore. Il terrore di poter essere trattati in modo intrusivo che caratterizza questi soggetti suggerisce, da un lato, di entrare in empatia con il loro bisogno di spazio emotivo attraverso gesti concreti come allontanare la propria sedia dalla loro, e dall'altro di non fare interpretazioni nelle prime fasi della terapia, limitandosi a proporre commenti il più possibile vicini al livello di consapevolezza della persona, dal momento che qualsiasi intervento che spinga il soggetto al di là di ciò che sta esprimendo in quel momento lo disorienta e provoca la sua ostilità, obbligandolo ad un ennesimo ritiro (McWilliams (1994). Come suggerisce lo stesso Gabbard (2000), la decisione di non interpretare rispettando il Sé silenzioso di questi soggetti sembra essere l'unico approccio tecnico praticabile per costruire con loro un'alleanza terapeutica.

Tabella 3. SWAP-200, Fattori PD: disturbi di personalità

Se consideriamo invece i fattori-Q (tabella 4), la seconda somministrazione della SWAP-200 consente di diagnosticare uno “stile di personalità” dipendente (T = 63,91) con forti tratti evitanti (59.62) e schizoidi (T = 59.61).

Fattori-Q di personalità	Punteggi relativi al primo ciclo di colloqui	Punteggi relativi al follow-up
Q1: Disforico	54.59	55.33
Q2: Antisociale	47.97	44.83
Q3: Schizoide	61.10	59.61
Q4: Paranoide	42.90	44.09
Q5: Ossessivo	48.76	50.31
Q6: Istrionico	57.36	58.11
Q7: Narcisistico	40.84	43.01
Q1a: Evitante	58.48	59.62
Q1b: Depressivo di alto funzionamento	45.98	47.48
Q1c: Con disregolazione emotiva	46.60	44.70
Q1d: Dipendente	61.01	63.91
Q1d: Con esternalizzazione dell'ostilità	51.47	46.92
Alto funzionamento	47.49	49.76

Tabella 4. SWAP-200, fattori-Q di personalità.

Nelle figure 4 e 5 sono stati evidenziati, rispettivamente, i cambiamenti nei punteggi relativi ai dieci disturbi di personalità indicati dal DSM-IV, e agli undici stili di personalità (fattori-Q) empiricamente rilevati dalla SWAP-200.

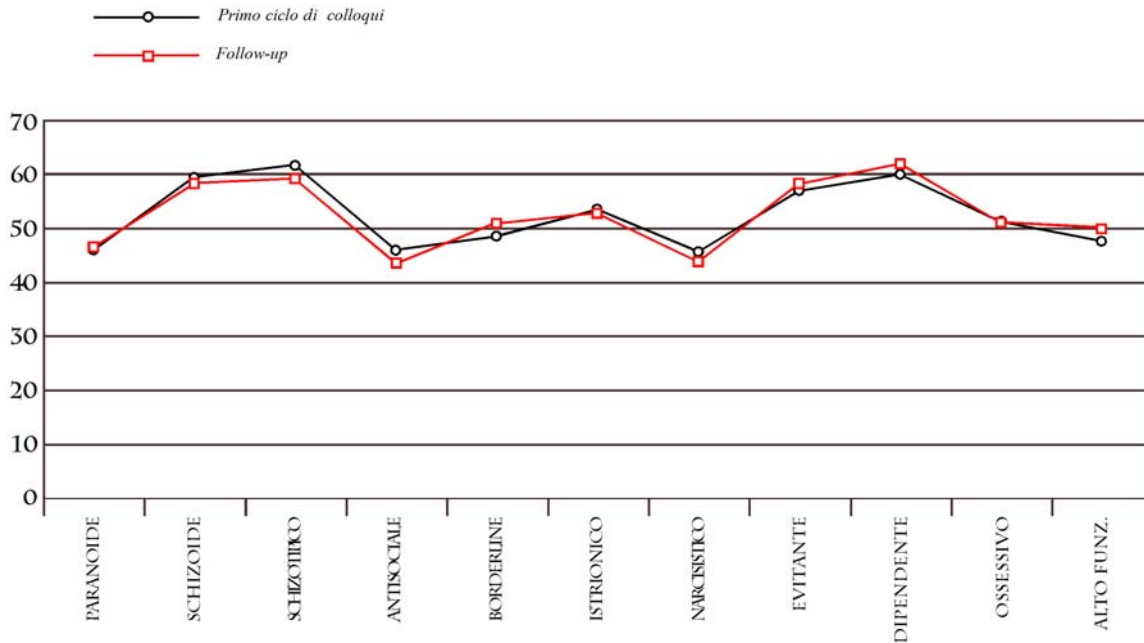


Figura 4. SWAP-200, confronto tra i disturbi di personalità di Michele (PD) nelle due fasi dell'intervento.



Figura 5. SWAP-200, confronto tra i fattori-Q di personalità di Michele nelle due fasi dell'intervento.

Premesso, come si è detto, che le specifiche caratteristiche dell'intervento non legittimano l'attesa di modifiche strutturali nell'assetto di personalità di Michele, e che il ridotto numero di colloqui non consentirebbe in ogni caso l'utilizzazione della SWAP-200 come strumento di valutazione dell'efficacia dell'intervento, è possibile comunque fare alcune riflessioni relativamente alle variazioni emerse dal confronto dei risultati dell'applicazione della SWAP-200 al primo ciclo di consultazioni e al follow-up. Come si può osservare nelle figure 5 e 6, le oscillazioni nei punteggi sono minime e consentono considerazioni in termini puramente descrittivi. Per ciò che attiene i fattori PD, l'aspetto più interessante da un punto di vista clinico è la riduzione degli aspetti di cluster A (schizotipico e schizoide) e l'aumento della componente dipendente e di quella evitante del cluster C. Questi microandamenti sembrano confermare ulteriormente

l'interpretazione del quadro diagnostico della personalità di Michele, emerso sia dall'applicazione della SWAP-200 sia dalla lettura clinica dei colloqui relativi al primo ciclo di consultazione, a proposito della presenza nella struttura personologica di Michele di una componente nevrotica "primaria" che vede le dimensioni ansiose del cluster C (dipendente ed evitante) come prevalenti, e le caratteristiche "psicotiche" sul cluster A come secondarie. A livello dei fattori Q, il quadro diagnostico messo in luce dall'applicazione della SWAP-200 ai colloqui di follow-up sembra essere sostanzialmente sovrapponibile a quello emerso dalla prima somministrazione. Le uniche oscillazioni di qualche rilievo clinico sembrano essere la diminuzione sul fattore di personalità disforico con esternalizzazione dell'ostilità e, anche in questo caso, l'aumento dei punteggi sul fattore di personalità dipendente, elementi questi che possono essere considerati indicatori di un movimento in senso adattivo. La diminuzione dei punteggi di ostilità mette in luce la riduzione delle quote di aggressività che caratterizzano il modo in cui Michele si rapporta agli altri e alle situazioni, e che questo ragazzo esprime soprattutto in forme indirette e passive. L'attenuazione della tendenza a sentirsi incompreso, maltrattato o vittimizzato, così come ad avere un atteggiamento critico nei confronti degli altri, sembra essere associata ad un aumento della capacità di riflettere sul significato emozionale della propria esperienza messo in atto dal processo di cambiamento insito nell'intervento. Per quanto riguarda, infine, l'aumento dei punteggi di dipendenza, questo dato potrebbe essere legato ad un'attivazione terapeutica efficace, alla possibilità che aver fatto un'esperienza positiva del legame psicologico potrebbe spingere questo ragazzo a farsi portatore di una domanda di aiuto psicologico in prima persona, e forse ad avviare un processo di cambiamento all'interno di un intervento psicoterapeutico più strutturato.

Come si evince da tali dati, la somministrazione della SWAP-200 al materiale emerso nelle due fasi di un intervento di counselling permette di analizzare i possibili cambiamenti che possono manifestarsi anche nel corso di un lavoro breve di consultazione, mantenendo ancorate le riflessioni cliniche a precisi indicatori empirici.

Si è giunti alle note conclusive per una necessità estrinseca, poiché in realtà si sarebbe tentati di chiudere queste pagine aprendo una discussione su quell'*abisso incolmabile* tra ricerca empirica e psicoanalisi da cui si è partiti introducendo questo lavoro, e che gli stessi Shedler e Westen ri-definiscono nel 2007 nei termini di un vero e proprio "scisma", le cui dimensioni sembrano essere particolarmente rilevanti proprio nella concettualizzazione e nella valutazione della personalità. In qualità di clinici, accademici o no, si è consapevoli che la soggettività viene colta nei suoi aspetti processuali e dinamici e in quanto tale sfugge a rigidi inquadramenti; tuttavia, non ci si abbandona certo ad un rassicurante quanto cieco relativismo. Fatta questa necessaria premessa, si vuole richiamare l'attenzione sul caso clinico descritto in queste pagine, per riprendere le fila del discorso e rendere conto dell'intento preannunciato nell'introduzione, ovvero integrare la lettura clinica di una consultazione di counselling psicodinamico con la formulazione del caso e di ipotesi diagnostiche attraverso l'uso di uno strumento standardizzato di valutazione della personalità. Al termine della seconda consultazione è stato registrato un movimento in Michele, che si potrebbe sinteticamente definire come l'inizio di un processo d'integrazione. Si ritiene interessante che entrambi i metodi utilizzati, la lettura clinica del materiale emerso e l'applicazione di uno strumento standardizzato di valutazione della personalità abbiano consentito di rilevare questo dato, così come di disegnare un quadro unitario e coerente della personalità e del funzionamento psichico del soggetto che si stava valutando. Si ricorderà, infatti, che nella riflessione fatta in concomitanza con il primo ciclo di consultazione, i risultati inducevano a formulare l'ipotesi diagnostica di un disturbo di cluster A della personalità (disturbo schizotipico della personalità sui fattori PD e stile di personalità schizoide sui fattori-Q), mentre la valutazione del materiale emerso nel corso del secondo ciclo di consultazione ha messo in luce la predominanza di un funzionamento primario di tipo nevrotico (cluster C). Non soltanto le due

procedure d'indagine utilizzate hanno entrambe evidenziato questa configurazione, ma, cosa che è sembrata di grande interesse, è stato possibile integrare proficuamente le informazioni emerse dall'applicazione dei due diversi metodi di valutazione, dal momento che i dati emersi dalla lettura clinica della consultazione hanno consentito di interpretare con maggiore ricchezza i risultati della somministrazione della Swap-200. Come recentemente sottolineato da Dazzi, Lingiardi e Gazzillo (2009), se è vero che la diagnosi psicologica, in quanto entità complessa, è multidimensionale e multistrumentale, lo strumento di elezione che fonda la scelta e l'impiego degli altri, e che dà senso al processo di valutazione, resta sempre il colloquio clinico.

Bibliografia

- Adamo, S.M.G. (Ed.) (1990). *Un breve viaggio nella propria mente*. Napoli: Liguori.
- Akhtar, S. (1987). Schizoid personality disorder: a synthesis of developmental, dynamic, and descriptive features. *American Journal of Psychotherapy*, 61, 499-518.
- Copley, B. (1976). Brief work with adolescents and young adults in a counselling service. *Journal of Child Psychotherapy*, 4 (2), 93-106 (trad. it. in S.M.G. Adamo (Ed), *Un breve viaggio nella propria mente*, pp. 27-48. Liguori, Napoli, 1990).
- Dazzi, N., Lingiardi, V. & Gazzillo, F. (Eds.) (2009). *La diagnosi in psicologia clinica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Deri, S. (1968). *Interpretation and language*. In E. Hammer (Eds.), *The use of interpretation in treatment*. New York: Grune & Stratton.
- Eagle, M.N. (2000). Una valutazione critica delle attuali concettualizzazioni su transfert e controtransfert. *Psicoterapia e scienze umane*, 2, 25-42.
- Ferraro, F. (1990). Scenari del limite: considerazioni sulla tecnica. In S.M.G. Adamo (Ed.), *Un breve viaggio nella propria mente* (pp. 51-76). Napoli: Liguori.
- Ferraro, F. & Petrelli, D. (Eds.) (2000). *Tra desiderio e progetto. Counseling all'università in una prospettiva psicoanalitica*. Milano: FrancoAngeli.
- Fonagy, P. & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700 (trad. it. in V. Lingiardi & M. Ammaniti (Eds), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano, 2001).
- Gabbard, G.O. (2000). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. American Psychiatric Press (trad. it. *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina, Milano, 2002).
- Green, A. (2003). The pluralism of sciences and psychoanalytic thinking. In M. Leuzinger-Bohleber, A.U. Dreher & J. Canestri (Eds.), *Pluralism and Unity? Methods of Research in Psychoanalysis* (pp. 26-44). London: International Psychoanalytical Association.
- Guerriera, C. (2009). Domanda di formazione e domanda di ascolto. La consultazione con gli studenti della Facoltà di Psicologia: l'inizio di una esperienza. In S.M.G. Adamo, A. Chiodi, I. Sarno & G. Siani (Eds.), *Servizi di counselling psicologico con studenti universitari: modelli, metodologie e prospettive* (pp. 19-24). Atti del V Convegno AURAC, 17-18 Febbraio 2006, Napoli: A.Di.S.U. Ateneo Federico II.
- Guntrip, H.J.S. (1968). *Schizoid Phenomena, Object-Relations, and the Self*. London: Hogarth Press (trad. it. *Teoria psicoanalitica della relazione d'oggetto*, Etas Libri, Milano, 1975).

Klein, M. (1957). *Envy and Gratitude: A Study of Unconscious Forces*. New York: Basic Books (trad. it. *Invidia e gratitudine*, Martinelli, Firenze, 1969).

Lingiardi, V., Gazzillo, F. & Porzio Giusto, L. (2003). Il caso di Melania: un esempio di applicazione della SWAP-200. In D. Westen, J. Shedler & V. Lingiardi, *La valutazione della personalità con la SWAP-200* (pp. 235-247). Milano: Raffaello Cortina.

McWilliams, N. (1994). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. New York: Guilford Press (trad. it. *La diagnosi psicoanalitica*, Astrolabio, Roma, 1999).

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

Noonan, E. (1983). *Counselling young people*. London: Methuen & Co. Ltd (trad. it. *Counselling psicodinamico per adolescenti e giovani adulti*, Idelson, Napoli, 1997).

Ponsi, M. (2006). Il cammino della psicoanalisi verso il metodo scientifico: tradimento o traguardo? In N. Dazzi, V. Lingiardi & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia* (pp. 715-739). Milano: Raffaello Cortina.

Robbins, A. (1988). The interface of the real and transference relationships in the treatment of schizoid phenomena. *Psychoanalytic Review*, 75, 393-417.

Salzberger-Wittenberg, I. (1981). Servizi di consulenza per i giovani. In D. Daws & M. Boston (Eds.), *Il lavoro psicoterapeutico con bambini e adolescenti* (pp.162-188). Napoli: Liguori.

Salzberger-Wittenberg, I. (1990). Transfert e controtransfert nel lavoro breve con i giovani. In S.M.G. Adamo (Ed.), *Un breve viaggio nella propria mente* (pp. 49-67). Napoli: Liguori.

Shedler, J. (2002). A new language for psychoanalytic diagnosis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50 (2), 429-456 (trad. it. Un nuovo linguaggio per la diagnosi psicoanalitica. In D. Westen, J. Shedler & V. Lingiardi, *La valutazione della personalità con la SWAP-200*, pp. 177-201, Raffaello Cortina, Milano, 2003).

Shedler, J. & Westen, D. (1998). Refining the measurement of Axis II: A Q-sort procedure for assessing personality pathology. *Assessment*, 5, 333-353.

Shedler, J. & Westen, D. (2004a). Dimensions of personality pathology: An alternative to the five factor model. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1743-1754.

Shedler, J. & Westen, D. (2004b). Refining DSM-IV personality disorder diagnosis: Integrating science and practice. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1350-1365.

Shedler, J. & Westen, D. (2007). The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Making Personality Diagnosis Clinically Meaningful. *Journal of Personality Assessment*, 89 (1), 41-45.

Westen, D. & Shedler, J. (1999a). Revising and assessing Axis II: I. Developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry*, 156 (2), 258-272. (trad. it. Revisione e valutazione dell'Asse II. Parte I: lo sviluppo di un metodo clinicamente ed empiricamente valido. In D. Westen, J. Shedler & V. Lingiardi, *La valutazione della personalità con la SWAP-200*, pp. 61-94, Raffaello Cortina, Milano, 2003).

Westen, D. & Shedler, J. (1999b). Revising and assessing Axis II: II. Developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry*, 156 (2), 273-285. (trad. it. Revisione e valutazione dell'Asse II. Parte II: verso una classificazione dei disturbi della personalità empiricamente fondata e clinicamente utile. In D. Westen, J. Shedler & V. Lingiardi, *La valutazione della personalità con la SWAP-200*, pp. 95-123, Raffaello Cortina, Milano, 2003).
Westen, D., Shedler, J. & Lingiardi, V. (2003). *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Raffaello Cortina.

La 'Ndrangheta tra la realtà detentiva e l'idealità organizzativa: una ricerca psicologico-clinica¹

di Emanuela Coppola*, Serena Giunta**, Girolamo Lo Verso***

*Fino al momento precedente a quello in cui cominciamo a scrivere,
abbiamo a nostra disposizione il mondo [...]
il mondo dato in blocco, senza né un prima né un poi,
il mondo come memoria individuale e come potenzialità implicita [...].
Ogni volta l'inizio è quel momento di distacco dalla molteplicità dei possibili:
per il narratore è l'allontanare da sé la molteplicità delle storie possibili,
in modo da isolare e rendere raccontabile la singola storia che ha deciso di raccontare.*
Italo Calvino

Introduzione

La mafia è un fenomeno complesso, pervasivo, agghiacciante che ha scomodato intelligenze, competenze, professionalità le più disparate. La scienza, in particolare quella clinico-psicologica, non può sottrarsi dall'apportare il suo contributo conoscitivo, coadiuvando il lavoro di contrasto attraverso strumenti culturali e d'intervento clinico-sociale. È necessario compiere un'analisi contingente e rigorosa, composita e approfondita, contestuale e storicizzata delle manifestazioni psichiche connesse al fenomeno mafioso. Il primo compito della psicologia clinica, in questo senso, è valutare lo spessore psicologico del fenomeno, le proporzioni del disagio sociale che esso ha generato, favorendo chiarezza cognitiva, emotiva e culturale, anche quando ciò conduce a scomodare le coscienze e perturbare l'auto-valutazione della società civile: nella ricerca e nella pratica clinica, l'onestà dello sguardo rappresenta la precondizione indispensabile per il cambiamento. Si assiste spesso a telegiornali bidimensionali che propongono elenchi di nomi dimenticabili, scene di bossoli cerchiati col gesso e lenzuola sull'asfalto, corpi in qualche modo tutti uguali. Ma che uguali non sono. Le vittime hanno nomi e volti, le mafie hanno luoghi e città. I sistemi criminali del Sud presentano precise radici antropologiche che sono corpus identitari su cui si organizzano le strutture interne, le regole, le attività criminali, la psiche stessa degli uomini mafiosi. Tenere saldo questo principio di non sovrapposibilità e di specificità, dal punto di vista degli scriventi, è centrale per comprendere il fenomeno poiché spesso l'ostacolo più subdolo alla comprensione è l'omogeneizzazione degli oggetti d'indagine, delle loro scaturigini, delle loro trasformazioni sociali (Carli & Paniccchia, 2003). Nello studio dei sistemi criminali, senza una precisa collocazione e definizione di confini, si rischia di azzerare l'intelligibilità del fenomeno e venire psicologicamente schiacciati dalle abnormi proporzioni che esso sembra assumere. Appare evidente come la scelta metodologica di localizzare il nostro oggetto di studio risponde a due esigenze imprescindibili: una di matrice epistemologica che riguarda la delimitazione del fenomeno indagato per individuare la composizione del campo in cui esso si colloca (Ceruti & Lo Verso, 1998); l'altra di natura squisitamente psicologica che consente di smascherare le strategie di manipolazione emotiva adoperate dalle mafie. Compito del lavoro psicologico-clinico è cioè quello di

* Dottoranda di Ricerca, Università degli Studi di Messina

** Professore a contratto, Dottore e Assegnista di Ricerca, Università degli Studi di Palermo

*** Professore Ordinario di Psicoterapia, Università degli Studi di Palermo

¹ Ricerca effettuata con il contributo del MIUR (PRIN 2006/2008). Si ringraziano la dott.ssa Longo M.C., direttrice della Casa Circondariale di Reggio Calabria, il dott. Campolo E., responsabile delle attività educative, gli agenti e tutti gli operatori che hanno collaborato alla ricerca. Un particolare ringraziamento va anche al collega Paolo Patricò, il cui contributo organizzativo e contenutistico si è rivelato prezioso per l'implementazione dell'intervento.

distinguere, ridisegnare, ridimensionare, spezzare le suggestioni di onnipotenza delle mafie che alimentano nella popolazione paure e disfattismi. Per tale ragione, il nostro gruppo di ricerca ha scelto, negli ultimi anni, di muoversi sul registro della localizzazione psicoantropologica di Cosa Nostra, 'Ndrangheta e Camorra, al fine di mettere a fuoco uno sguardo realistico nell'individuazione delle possibilità di fronteggiamento al crimine organizzato e di sviluppo del Meridione. Ciò, chiaramente, senza adombrare la maglia di connessioni simboliche e fattuali che lega le tre grandi mafie ma evitando inquietanti e affascinose gigantografie che colludono con il potere desiderante dei sistemi criminali. Nel corso dei nostri studi, il traghettamento da un paradigma macroscopico a uno microscopico ha riguardato in prima istanza Cosa Nostra, la cui complessità organizzativa conduce ad intessere un peculiare rapporto con ogni contesto territoriale in cui essa è radicata (Giorni, Giunta, Coppola & Lo Verso, 2009). Tale prospettiva di studio non poteva escludere un'attenzione psicologicamente, geograficamente e culturalmente mirata anche delle altre mafie. Nella consapevolezza della minore accuratezza delle osservazioni che guardano non ancora a realtà comunali (come è stato per le ricerche in Sicilia) ma conformazioni regionali, si sta tentando oggi di mettere a punto un primo inquadramento psicologico delle connotazioni di senso che i sistemi criminali assumono nelle altre regioni del Sud.

Il seguente lavoro si inserisce in questo, faticoso e complesso, progetto conoscitivo e aggiunge un segmento di sapere su una delle grandi organizzazioni criminali del nostro paese: la 'Ndrangheta. Proponiamo, qui, una lettura della mafia calabrese attraverso le informazioni emerse nel corso di una ricerca-intervento che ha avuto come campo d'indagine la struttura circondariale S. Pietro di Reggio Calabria, in cui sono detenuti soggetti con condanna pendente per associazione di stampo mafioso. Dopo una breve descrizione della struttura 'ndranghetista, il contributo di ricerca propone una lettura dell'istituzione contenitiva, attraverso un apposito strumento di osservazione del setting che permette di contestualizzare le osservazioni dentro lo specifico campo d'azione. Asse portante del lavoro presentato, dal punto di vista teorico e metodologico, è l'analisi qualitativa dei gruppi di elaborazione clinico-sociali svolti con i detenuti che hanno rappresentato la principale fonte per ottenere nuovi dati di ricerca. Segnaliamo, infine, il carattere esplorativo di questo studio per l'assenza di una letteratura cui riferirsi.

'Ndrangheta: l'organizzazione, la struttura, le peculiarità

Il potere non si prende, si raccatta.
Charles de Gaulle

Cresciuta nel silenzio, oggi la 'Ndrangheta è una delle organizzazioni criminali più temute, capace di camaleontiche metamorfosi che, in modo felpato e quasi impercettibile, giganteggia ovunque riuscendo bene ad adeguarsi alle nuove esigenze del mercato, senza mai venire meno alle proprie caratteristiche, alle proprie regole e ai propri valori, come il silenzio e il vincolo di sangue (Gratteri, Nicaso & Borelli, 2008). Essa non ostenta un sistema rigido e ideologico come Cosa Nostra, o ferocemente capitalistico come la Camorra, si mostra piuttosto come un mondo stregonesco, segreto, buio, appassionato sostenitore delle definizioni che la vogliono un'entità trascendente fin quasi al modello fantastico-leggendario. Ed è proprio in virtù di tale copertura mitico-antropologica, che la mafia calabrese si è potuta muovere indisturbata nel panorama internazionale dell'illegalità, cumulando oggi nel suo forziere un volume di denaro che si aggira sui 44 miliardi di dollari.

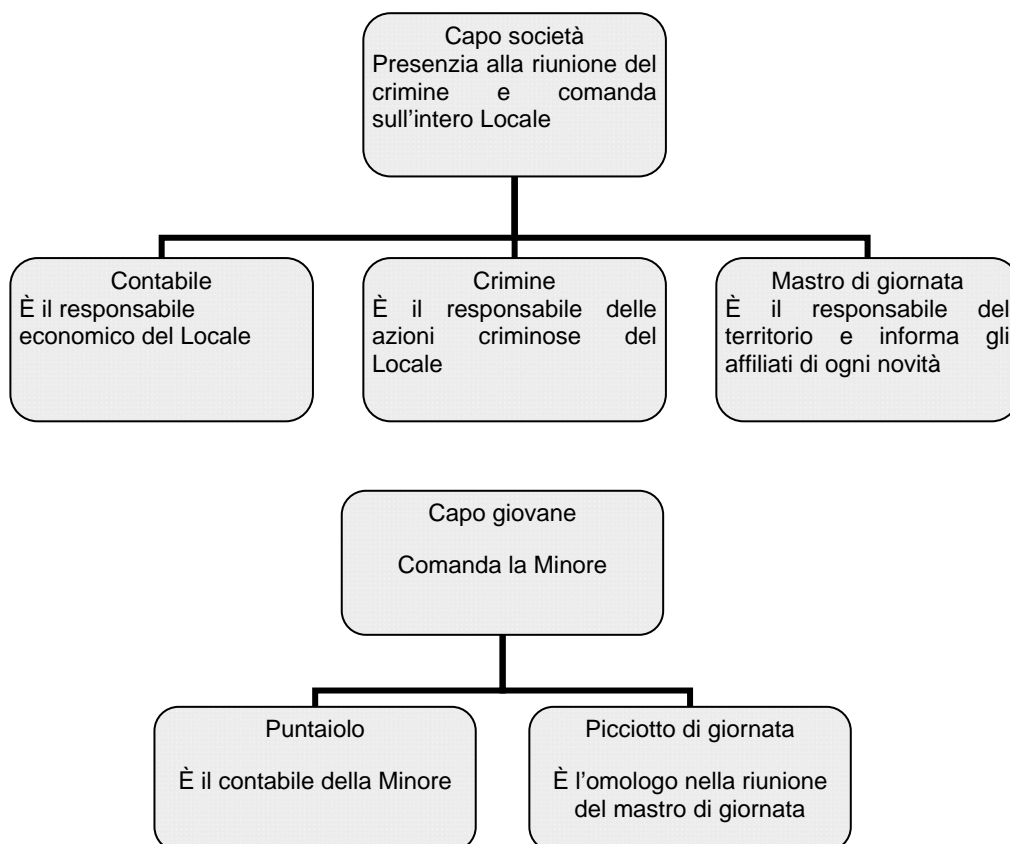
La 'Ndrangheta è cioè tra le aziende più ricche, aggressive e invasive. Munita di elevato potere d'infiltrazione nell'economia e nelle istituzioni, con filiali in quasi tutte le regioni d'Italia e ramificazioni in Europa, Africa, Asia, America e Oceania, la 'Ndrangheta è la preferita dai produttori di droga (Arlacchi, 2007). Essa è, infatti, la più affidabile delle mafie: non parla, né si pente. L'asfissia familistica che strangola le collaborazioni la rende invulnerabile alla permeabilità delle indagini giudiziarie (Badolati, 2005). Ciò ha permesso all'associazione

mafiosa calabrese di crescere e diventare sempre più potente, imbastendo, soprattutto in virtù del preziosissimo riserbo, un estremo accordo tra i suoi interessi e quelli della classe politica locale e nazionale in modo da assottigliare e rendere sempre più irrintracciabile il confine tra reati di corruzione e di associazione mafiosa. Contributo sostanziale a questo quadro è, senza dubbio, il recente salto di qualità effettuato dalle consorterie mafiose che, conservando la ferocia di sempre, professano il materialismo come credo, bramano il potere come linfa e mostrano l'imprenditoria come volto. Sistemi che consumano le proprie terre con un ritmo spietato e amorale, solo per conservare se stessi: si muovono con agile spregiudicatezza fra il legale e l'illegale, gestendo ciò che gli altri non possono o non vogliono, fabbricando imperi criminali ai bordi dello Stato ma senza mai contrapporsi veramente ad esso.

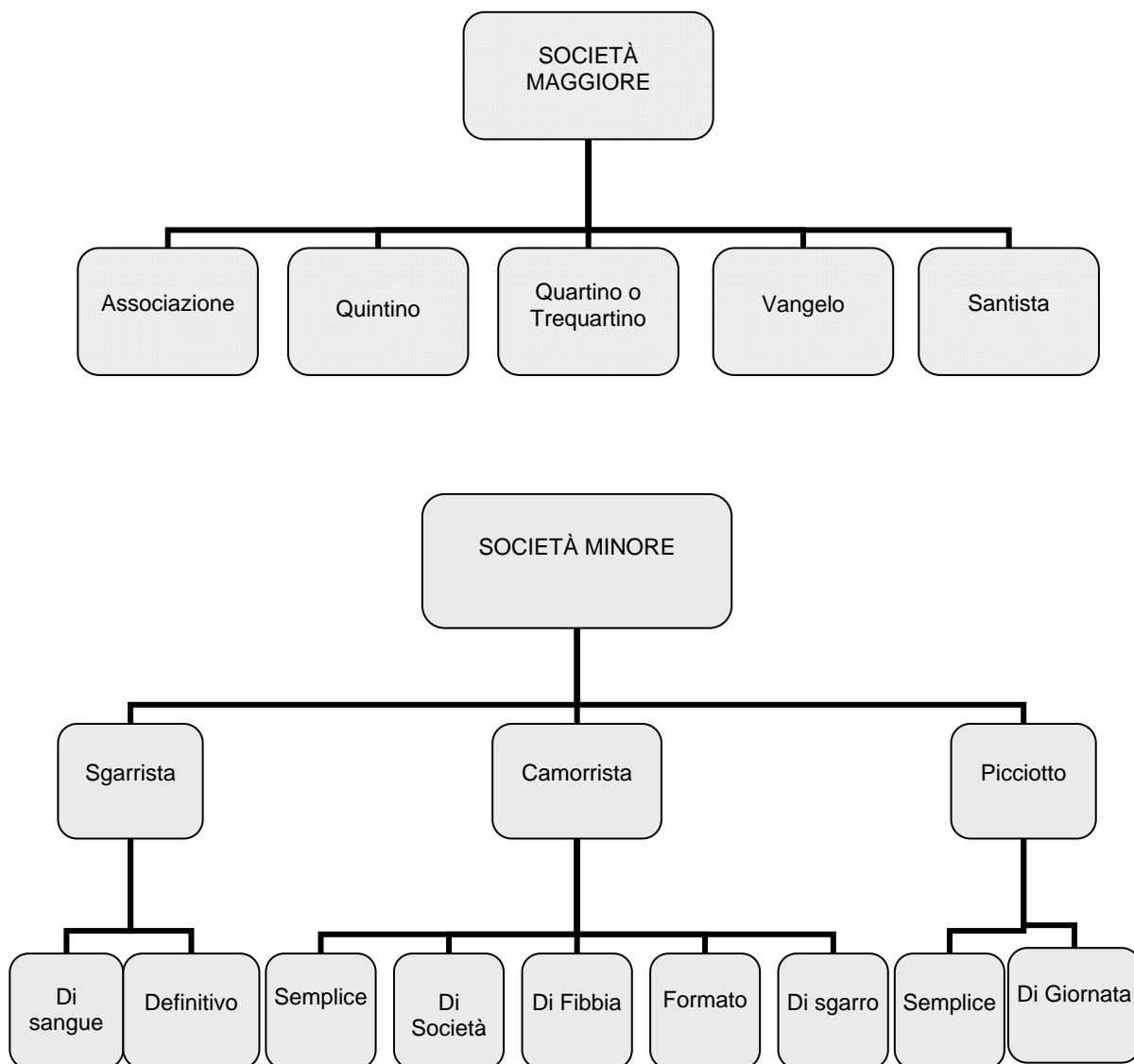
La mafia calabrese mostra una fenomenologia organizzativa ed un'architettura criminale diversa dalle altre mafie. Il suo profilo, delineato solo di recente, si muove sinuoso da "San Luca a Duisburg: molecole criminali che schizzano, si diffondono e si riproducono nel mondo. Una mafia liquida, che si infiltra dappertutto, riproducendo, in luoghi lontanissimi da quelli in cui è nata, il medesimo antico, elementare ed efficace modello organizzativo... Alla maniera di Al Qaeda, con un'analogia struttura tentacolare priva di una direzione strategica ma caratterizzata da una sorta di intelligenza organica, è munita di una ragione sociale di enorme, temibile affidabilità. Il segreto per la 'Ndrangheta è questo. Tutto nella tensione fra un qui remoto, rurale e arcaico, e un altrove globalizzato, postmoderno e tecnologico" (Forgione, 2008, p.94).

La struttura della 'Ndrangheta può essere così rappresentata:

Locale – entità territoriale di almeno 49 affiliati



Gerarchia della 'Ndrangheta



La differenza con Cosa Nostra, dal punto di vista strutturale, è rappresentata dal fatto che la mafia calabrese ha una architettura orizzontale che si espande seguendo un andamento circolare e sotterraneo. Essa non ha mai avuto, a parte la Santa², costituita nell'ultimo periodo, un organo supremo e centralizzato con poteri di controllo e gestione. La 'Ndrangheta si articola su piccole unità locali, rappresentate dalle famiglie di sangue, che svolgono il ruolo di sentinelle ed esecutrici delle attività territoriali. Emerge qui un'altra sostanziale differenza con l'organizzazione siciliana, in cui la famiglia mafiosa non coincide con quella di sangue, laddove invece nella 'Ndrangheta vi è l'assoluta sovrapposizione tra le due cellule. Si tratta di un elemento strutturale di cui la mafia calabrese ha largamente beneficiato per proteggersi dagli attacchi della Stato, poiché tale assetto scoraggia le collaborazioni con la giustizia che devono inevitabilmente passare attraverso il tradimento dei familiari. È possibile ipotizzare che questo sia il motivo principale per il numero così esiguo di collaboratori di giustizia 'ndranghetisti. Inoltre, l'appiattimento familiare può giustificare l'assenza di personaggi di spicco dentro l'organizzazione. A differenza del personalismo criminale che si registra in Sicilia, in cui comunque l'appartenenza e

² Forse ispirandosi alla Cupola di Cosa Nostra.

l'obbedienza ad un capo carismatico saldano i legami e omologano il pensiero, in Calabria sembra regnare una sorta di socialismo del potere che invero, da un punto di vista psicologico, potrebbe dipendere da un minore investimento onnipotente sul Sé e ad un più contenuto impiego del potere come organizzatore identitario.

Similmente alla mafia siciliana, la 'Ndrangheta è fortemente radicata nel territorio, ma, al contrario di questa, nonostante la chiusura e la radicazione territoriale, vive il contesto come sfondo chiaroscurato: un luogo di transito in cui i flussi economici e gli affari attraversano la regione parassitandola ma non si fermano nel luogo di origine. La radicazione non implica la presenza operativa. Questo *modus* di abitare il territorio potrebbe indicare una delle ragioni per cui la mafia calabrese è stata avvolta da una fitta coltre di mistero che l'ha resa invisibile agli occhi dell'opinione pubblica.

Gli 'ndranghetisti sfruttano la Calabria ma non investono in questa regione i propri soldi. I capitali illeciti, una volta ripuliti, vengono investiti nel resto dell'Italia e all'estero. Si potrebbe ipotizzare che una tale strategia segua un ideale espansionistico, in virtù del quale i mafiosi calabresi tentano di creare solide basi per la costruzione di *network* economico-criminali in Europa e nel mondo. Congiuntamente sembra scarseggiare un vero interesse per l'investimento nella propria regione. Ciò potrebbe dipendere dalla scarsa fiducia nel territorio come contesto in grado di favorire la crescita di ricchezze o, di converso, potrebbe essere esito di un ideale protezionistico, a carattere psicoantropologico, che prescrive la purezza e la genuinità della produttività calabrese. Oppure ancora, e questa sembra la tesi più accreditabile, i due vettori contrapposti, avendo una forza uguale e contraria, si sostengono vicendevolmente. Da un lato la vocazione colonialista, spinge a guardare oltre i confini del proprio villaggio e a ricercare paradisi lontani, dall'altro il proprio contesto, letteralmente familistico, non viene intaccato e resta ancorato ad un modello bucolico che autoavvera l'impossibilità di speculazioni capitalistico-imprenditoriali. La Calabria, non a caso, presenta un'economia incentrata per lo più sull'agricoltura e sulla pesca, con un ristrettissimo margine di attività immobiliari e imprenditoriali, ovverosia quelle a cui mafia calabrese sembra essere maggiormente interessata, preferendo i mercati italiani e esteri e investendo su questi. Così facendo, la 'Ndrangheta si attesta come una delle organizzazioni più presenti fuori dall'Italia, con affari che riguardano tutto il mondo. Il triste rovescio della medaglia per la sua internazionalizzazione criminale sembra essere il disfacimento economico in cui versa la Calabria: una delle regioni più povere del nostro Paese.

La 'Ndrangheta in carcere: introduzione alla ricerca

Tentare di penetrare una maglia così intricata come quella del fenomeno 'ndranghetista non è compito semplice, nemmeno per chi si muove oltre il paradigma dell'indagine giudiziaria e non è interessato a scoprire particolari inediti ma ad avviare una riflessione sistematica su fatti noti all'opinione pubblica. Spesso nelle ricerche scientifiche che guardano a fenomeni così impenetrabili bisogna ingegnarsi per trovare varchi di comprensione, scavare canali lì dove non ci sono e soprattutto curare una interlocuzione costante con le istituzioni e professionalità giuridiche. È il caso del lavoro di rete che ha preceduto l'avvio della ricerca nella Casa Circondariale S. Pietro di Reggio Calabria.

L'istituzione detentiva si è mostrata un prolifico campo di studio poiché ha permesso non solo la raccolta di dati di prima mano nell'incontro con i mafiosi ma ha consentito altresì di osservare il comportamento di questi ultimi dentro il contesto carcerario, dando corpo ad inferenze sul modo in cui la psiche 'ndranghetista reagisce alla reclusione, alla condanna per associazione mafiosa, all'atteggiamento nei confronti della giustizia.

Il programma di ricerca ha previsto tre incontri di gruppo con in media 15 detenuti, quasi costantemente presenti ad ogni incontro, reclusi nella sezione "alta sicurezza"³. Il progetto è

³ In questa sezione penitenziaria sono presenti soprattutto condannati con il 416/bis per associazione di stampo mafioso.

stato introdotto attraverso dei colloqui preliminari con la Direttrice della Casa Circondariale. Durante una sessione plenaria con i detenuti, l'equipe di ricerca dell'Università degli studi di Palermo ha sottolineato l'importanza del vertice psicologico e della possibilità di comprendere e conoscere il fenomeno criminale in Calabria. La costruzione dei gruppi ha seguito una modalità non strutturata, centrata sulla volontaria adesione dei detenuti, che hanno preso parte a tre sessioni gruppali, ciascuno condotto da un esperto gruppoanalista e da due osservatori partecipanti.

Metodi di ricerca empirica

Il lavoro di ricerca è stato realizzato a partire dall'analisi delle trascrizioni dei gruppi svolti con i detenuti di alta sicurezza. La complessità formale e contenutistica del materiale, nonché le dimensioni soggettive che lo compongono, ha richiesto il ricorso a un modello di ricerca qualitativo che ha fatto riferimento al paradigma epistemologico della complessità (Morin, 1986). Attualmente, la letteratura scientifica orienta maggiormente i ricercatori di questo settore verso l'uso di strumenti qualitativi in grado di trattare variabili così ampie. Tra di essi vi è la *Grounded Theory* (Glaser & Strauss, 1967), che prevede un'estesa e accurata raccolta di dati, attraverso diari, interviste, focus group ecc., e la loro codifica in categorie (Mantovani, 1997).

Il modello della *Grounded Theory* nasce nell'ambito della sociologia, dalla collaborazione di Glaser e Strauss (1967). Essi per primi sono riusciti a dimostrare con successo come teorie sociologiche e psicologiche possano fondarsi su dati di natura qualitativa e come tali dati abbiano un valore intrinseco e non debbano venire intesi unicamente come sostegno a dati quantitativi (Giorgi, Giunta, Coppola & Lo Verso, 2009). L'analisi dei dati avviene attraverso un processo definito come codifica che consiste nell'individuare un significato o categoria concettuale nel complesso dei dati che sia il più vicino possibile alle parole dei partecipanti. Confrontando sistematicamente le diverse categorie concettuali si è in grado di astrarre un significato più generale, che renda conto delle categorie evidenziate. In questo modo la codifica iniziale dei dati iniziali conduce alla formulazione di nuove ipotesi rispetto a quelle iniziali. Esse andranno a costituire la base di nuovi protocolli di intervista in modo tale che le fasi di formulazione delle ipotesi, raccolta e analisi dei dati coincidano. È chiaro come in questo processo diventi esplicito l'atto interpretativo del ricercatore.

Tale procedura è applicabile attraverso l'utilizzo di formati gruppali quali il focus group e il gruppo di elaborazione clinico-sociale. Quest'ultimo strumento è stato da noi messo a punto a partire da quindici anni di ricerche sulla psicologia del fenomeno mafioso.

Gruppi di elaborazione clinico-sociale

Si tratta di gruppi a conduzione psicodinamica che consentono l'emersione di memorie, vissuti, emozioni, associazioni su un tema particolare; quest'ultimo non è semplicemente un argomento di discussione consapevole come avviene nei focus group, ma comprende un insieme di significati infinitamente estensibile, poiché i nessi e il senso sono ricercati più su un registro emozionale che su quello informativo (Carli & Paniccchia 2002; Giorgi, Giunta, Coppola & Lo Verso, 2009). Il tema, a differenza di quanto accade nel focus group, non è rigidamente precostituito, ma soltanto abbozzato, il che permette di andare oltre le razionalizzazioni e le altre strategie difensive che emergono quando si affrontano tematiche emotivamente difficili. Ciò non significa che all'interno del gruppo non è possibile parlare di temi estranei a quello ufficiale, ma che sono possibili oscillazioni fra diverse modalità di conoscenza della realtà e di espressione affettiva.

Gli interventi del conduttore sono per lo più di tipo connettivo e veicolano una funzione di raccordo atta a favorire la connessione tra i partecipanti (Di Nuovo & Lo Verso, 2005). Egli fa da collante stimolando l'attività associativa del gruppo perché custodisce quella coerenza

tematica funzionale a contenere e a dare senso alle dislocazioni narrative e semantiche (Giorgi, Giunta, Coppola & Lo Verso, 2009). Il conduttore, che deve essere formato nella gestione di questa complessità relazionale, favorisce il manifestarsi molteplice delle dinamiche e dei contenuti emersi nel gruppo, centrando il suo focus attentivo sull'asse circolare individuo-interazione-gruppo (ibidem). Un ulteriore elemento importante di questo dispositivo gruppale riguarda un parametro che ha un'inevitabile ricaduta sulle determinanti strutturali e processuali: nel gruppo di elaborazione non è prevista una scrematura dei potenziali partecipanti, ma essi aderiscono volontariamente all'esperienza. Questo è un aspetto di fondamentale importanza, in quanto è indispensabile una quota personale di motivazione, che permetterà al singolo di investire se stesso all'interno del gruppo, avviando una vera e propria riconfigurazione emotiva di temi profondi, alcuni, come la mafia, radicati nelle pieghe del transpersonale etnico-antropologico. Nei gruppi le narrazioni che emergono processualmente sono portatrici delle emozioni, della personalità, degli atteggiamenti e dei vissuti dei partecipanti che, nell'incontro con le storie degli altri riattraversano le proprie, rendendole sempre più esplicite, più parlabili.

La Casa Circondariale S. Pietro di Reggio Calabria

Di seguito è presentata la Griglia di analisi del set(ting) (Giannone & Lo Verso, 1998) applicata alla ricerca effettuata presso la Casa Circondariale S. Pietro di Reggio Calabria. La griglia di analisi del sett(ing) è uno strumento essenzialmente qualitativo che, nella sua complessità, può aiutare, nell'osservazione, a inquadrare un po' più ampiamente le variabili in gioco nella situazione terapeutica e a centrare o a ritagliare più consapevolmente le parti all'interno di un tutto molto più complesso, a ricercarne le connessioni (Ceruti & Lo Verso, 1998).

Con il termine *set* si indicano le caratteristiche, l'organizzazione strutturale, tutto ciò che è visibile, esplicitamente definito, il contesto organizzativo della situazione terapeutica.

Con il termine *setting*, invece, si intende l'impianto teorico-tecnico-personale del terapeuta, che sottostà alla creazione della situazione terapeutica. Ci si riferisce, con questo, all'impianto strutturante, invisibile, all'insieme dei presupposti, degli organizzatori sulla base dei quali tale campo di esperienza viene creato e che costituiscono la precondizione perché questo possa essere concepito, pensato, fondato.

Griglia di analisi del set(ting)

Area del set	Contesto: pubblico
	Assetto di lavoro: gruppo mediano
	Numero degli utenti: 15
	Età media dei partecipanti: 35 anni
	Disposizione: a cerchio
	Area dell'intervento: ricerca in ambito mafioso
	Spazio: non sembra detentivo. Dotato di luci, climatizzatori, comode poltrone
	Osservatori: 2 osservatori partecipanti
Caratteristiche del conduttore: gruppoanalista esperto in vari formati di gruppi	

	<p>Impianto teorico: epistemologia della complessità e gruppoanalisi soggettuale</p>
Area del setting	<p>Taglio osservativo: centrato su interazioni, comunicazioni inconscie, corpo, comportamento non verbale, relazione individuo-gruppo</p>
	<p>Stile di conduzione: semidirettivo</p>
	<p>Obiettivo: maggiore comprensione della 'Ndrangheta degli aspetti antropo-psichici</p>
	<p>Caratteristiche degli utenti: uomini, età media 30 anni, basso livello culturale, in qualche caso medio</p>
Area dell'utenza/committenza	<p>Appartenenze: appartengono ad associazioni criminali di stampo mafioso</p>
	<p>Valori: onore, forza, rispetto, controllo</p>
	<p>Motivazioni: controllo della situazione, buona condotta per ottenere premi</p>
	<p>Obiettivi: far comprendere che la 'Ndrangheta non esiste</p>
Area del sociale	<p>Posizioni culturali e politiche: forte presenza del fenomeno mafioso Mete sociali pressanti: avere potere e denaro, essere qualcuno, essere rispettato</p>
Area del processo/matrice dinamica del set(ting)	<p>Temi affrontati: detenzione, incertezza del futuro, inesistenza della 'Ndrangheta, reati commessi, ingiustizie subite dalla magistratura</p>
	<p>Stile del terapeuta: semi-direttivo</p>
	<p>Interventi del terapeuta: connettivi</p>
	<p>Comunicazione: fluida, non sono presenti molti silenzi, sguardo come veicolo comunicativo</p>
	<p>Linguaggio: buon livello</p>
	<p>Emozioni espresse: rabbia, rassegnazione, sfiducia</p>

Obiettivi della ricerca

Come dicevamo, l'obiettivo generale della ricerca è quello di favorire la comprensione degli aspetti psicodinamici legati al fenomeno mafioso calabrese e, in particolare, approfondire l'analisi del funzionamento mentale dei soggetti in relazione alle specifiche sedimentazioni psico-antropologiche della cultura calabrese. La 'Ndrangheta, a differenza di Cosa Nostra, non è stata ampiamente studiata ed essendo il fenomeno mafioso, fatta salva la sua significatività criminale, un fatto antropologico è imprescindibile una riflessione sulle proiezioni e radici culturali. L'interrogativo principale che il gruppo di ricerca si è posto riguarda proprio in cosa differiscano queste due potenti organizzazioni criminali dal punto di vista strutturale e psico-antropologico.

Nello specifico, si è cercato di comprendere se i meccanismi alla base dello psichismo mafioso, tipico dei boss siciliani, come dimostrato da precedenti ricerche (Lo Verso, 1998; 1999; 2003), sia presente anche negli *uomini d'onore 'ndranghetisti*. Lo sforzo euristico ha riguardato, inoltre, la rilevazione dei codici psicotropologici utilizzati e la loro influenza sul territorio in termini di potere e assoggettamento psicologico.

Analisi dei dati: mappe tematico-concettuali

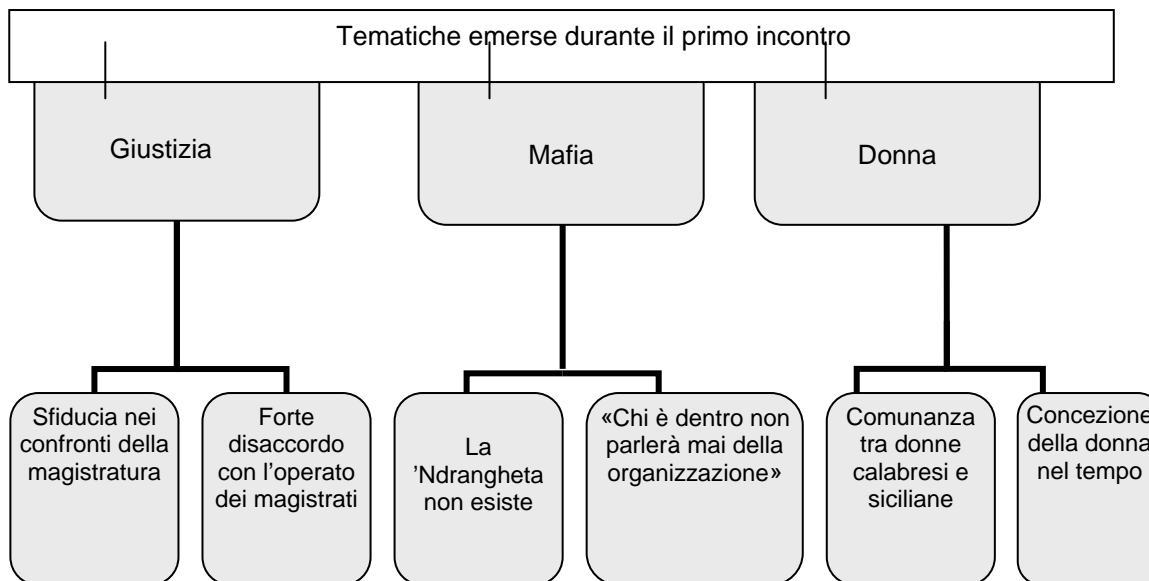
L'analisi del processo gruppale è stata finalizzata alla definizione delle unità più adatte a inquadrarlo e interpretarlo, ovvero delle categorie tematiche. Vista la complessità delle narrazioni e dei temi estrapolati si è fatto ricorso alla visualizzazione dalle aree tematiche affrontate in gruppo attraverso delle mappe tematico-concettuali.

La scelta delle categorie di analisi più adatte a dividere in segmenti il materiale è avvenuta tramite un confronto tra tre osservatori indipendenti che hanno analizzato gli interventi dei soggetti nel gruppo; confrontati i risultati ottenuti, sono state selezionate le categorie di analisi. Da questo procedimento metodologico sono stati estratti i temi centrali su cui successivamente sono state costruite tre mappe tematico-concettuali che fanno riferimento ai tre incontri di gruppo che sono stati effettuati con i detenuti della Casa Circondariale S. Pietro di Reggio Calabria.

La funzione delle mappe è quella di esplicitazione, chiarificazione e visualizzazione forte degli elementi significativi ottenuti tramite i gruppi di elaborazione.

Di seguito verranno presentate le mappe di analisi tematica dei gruppi svolti in carcere.

Fig. 1 – Mappa – Primo incontro di gruppo in carcere

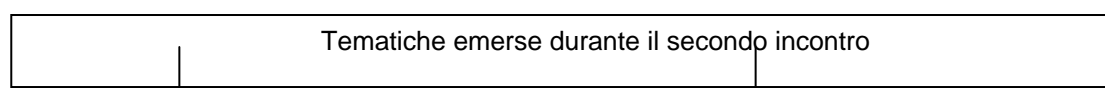


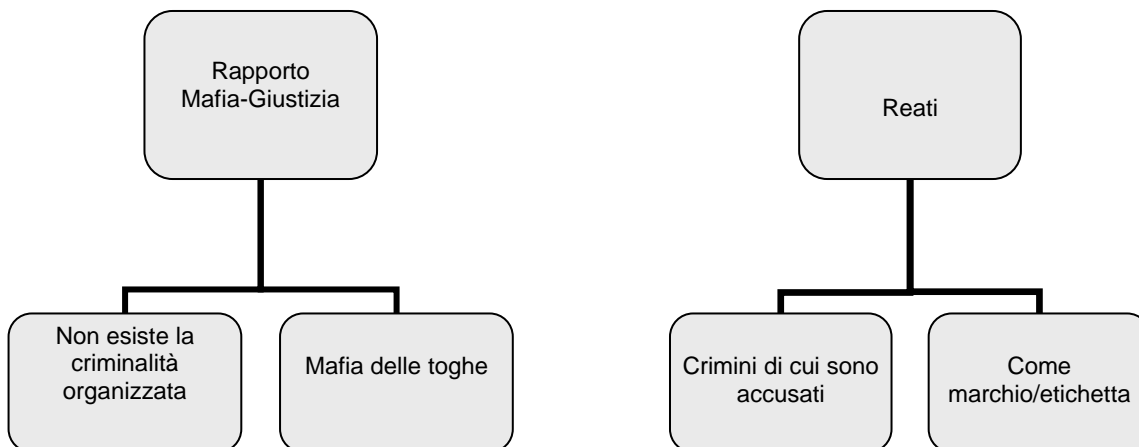
Un primo aspetto da rilevare è l'entusiastica adesione e la partecipazione dei detenuti al gruppo: vari e numerosi sono gli interrogativi, le richieste, gli approfondimenti rivolti allo staff che fatica a moderare l'accavallarsi degli interventi e a far rispettare i tempi strutturali del setting (pause, restituzione, chiusura della sessione). La fervida curiosità espressa dai detenuti nei confronti della ricerca è inusuale rispetto a quanto rivelato nel mondo di Cosa Nostra. Le attese dei ricercatori infatti andavano nella direzione dell'indifferenza reticente e della chiusura comunicativa. In realtà, seguendo gli interventi dei partecipanti, l'esigenza di uno spazio dialogico sembra avere una funzione ben precisa: dimostrare che la mafia calabrese è un'utopia e aggredire la magistratura. La verbosità delle comunicazioni risulta

contrappuntata dall'ostinato evitamento del tema "Ndrangheta" e la conversazione appare costantemente rivolta alla propria ingiustificata condizione di detenuti. Essi sembrano diffidare della buona fede dello staff lasciando trapelare la preoccupazione rispetto ad un interesse indiziario dei ricercatori volto a svelare le cause della loro detenzione. Tuttavia, il conduttore sortendo un effetto parzialmente deparanoicizzante, e in realtà coerentemente con gli obiettivi della ricerca, sottolinea che i "fatti" interessano più gli ambiti giudiziari mentre lo sguardo psicologico verte principalmente a comprendere i vissuti, le rappresentazioni, i pensieri e le emozioni connesse alla criminalità.

Di fronte all'esplicita esortazione di riferire emozioni e vissuti emerge la sfiducia dei detenuti nei confronti della magistratura, fortemente screditata rispetto all'espletamento delle sue funzioni. Velocemente, le dichiarazioni si estremizzano: la giustizia italiana li condanna per un reato che non solo non hanno commesso, associazione mafiosa, ma che non ha un corrispettivo nella realtà perché la 'Ndrangheta non esiste. I partecipanti suggeriscono di indagare proprio dentro i comparti della legge ufficiale per saperne di più sulla mafia, come se si sottraessero con garbo al ruolo di testimoni privilegiati circa un sapere sulla 'Ndrangheta e individuassero nei giudici i maggiori esperti. Secondo le dichiarazioni espresse dai detenuti in gruppo, le uniche informazioni in loro possesso sul fenomeno mafioso riguardano i fatti letti sui giornali o sui libri. Non solo la fallacia dell'accusa è ricercata ossessivamente, ma la stessa disgiunzione dal fenomeno mafioso è ribadita con tale tenacia da far trasparire la centratura cognitivo-affettiva sul tema in questione. Una logica stringente, paralizzante dal punto di vista verbale, tanto da non lasciare spazio ad altre argomentazioni, che tuttavia si contraddice quando un partecipante si lascia scappare che «chi è realmente dentro non parlerà mai dell'organizzazione per via del vincolo forte della segretezza». È un errore eclatante se si tiene conto dello sforzo profuso per dimostrare che la mafia calabrese è una leggenda. Questo sarà uno dei pochissimi spiragli, una delle impercettibili sviste psicologiche circa la tesi, proclamata con forza, della loro disgiunzione della Ndrangheta, distrazione che sembra porsi in connessione con l'atteggiamento di vaga disapprovazione nei confronti dei collaboratori di giustizia. Su questo tema le frasi si spezzano bruscamente, si cambia rapidamente argomento, spostando il focus dai collaboranti alle donne, come se potesse esserci una qualche associazione inconscia tra le due categorie. Ed in effetti sembra proprio così, dal momento che viene messa in risalto, tra tutte le possibili caratteristiche, la riservatezza delle donne di mafia, quasi a fronte della faciloneria e imprudenza verbale di alcuni collaboranti. Si confronta la donna calabrese con quella siciliana, per entrambe si sottolinea la grande virtù della discrezione, mantenuta con indeformabilità anche nel caso di una diretta gestione delle attività criminali. Degradazione valoriale squisitamente calabrese, per i membri del gruppo, sembra essere l'attuale mancanza di rispetto per le donne, un tempo intoccabili, mentre adesso «diventano spesso bersagli per colpire qualcun altro».

Fig. 2 – Mappa – Secondo incontro di gruppo in carcere





Dalla fig. 2 emerge con ulteriore chiarezza e forza espressiva il tema della inesistenza dell'organizzazione criminale calabrese: una vera e propria negazione ontologica della 'Ndrangheta. Il gruppo apre l'incontro interrogandosi su «cosa si intende per mafia» ed essa sembra essere una pesante etichetta costruita dalla giustizia «per incolpare dei poveri innocenti». L'unica vera mafia riconosciuta dai partecipanti è la «mafia delle toghe». I detenuti lamentano l'insensatezza della loro condanna e delle misure punitive a loro carico considerate eccessive rispetto ad altri reati più gravi come l'omicidio che invece «è trattato come un reato comune per cui lo si sconta in media sicurezza, mentre gli innocenti vengono reclusi nell'alta sicurezza e marchiati a vita».

Molti dei detenuti presenti sono accusati di aver gestito il traffico 'ndranghetista di stupefacenti a livello nazionale e internazionale ma proprio il reato per spaccio di droga viene definito dai membri del gruppo «inutile» perché esso a «grandi circuiti non esiste», così come non esiste la criminalità organizzata. Tutti gli sforzi dei partecipanti sembrano tesi a minare alla base le accuse che hanno condotto al loro arresto. Le speculazioni sul traffico internazionale di stupefacenti mostrano un tentativo di occultare e banalizzare quella che in realtà, secondo le indagini, è la più importante fonte di lucro e di illecito della mafia calabrese.

L'accanimento negazionista, in alcuni momenti, lascia il posto ad una depressiva preoccupazione per il futuro. In particolare, l'apprensione dei detenuti è connessa al mondo fuori dall'istituzione contenitiva, in quanto, secondo le loro dichiarazioni, il reato di associazione mafiosa resta marchiato addosso anche dopo aver scontato la pena con la conseguente decapitazione di ogni possibilità esistenziale, sociale e lavorativa una volta tornati in libertà. La paura per il giudizio sociale non concerne la carcerazione in sé: quello che spaventa, infatti, non è avere avuto dei problemi con la giustizia, ma il reato di cui vengono accusati. Ciò che risulta inconcepibile e intollerabile è l'essere considerati mafiosi.

L'aspetto interessante, da un punto di vista psicologico, è la sintassi simil-paranoide con cui i detenuti descrivono la loro condizione di vittime, martiri di un grande inganno che coincide con la costruzione di una fantomatica associazione criminale per deviare l'attenzione dalle macchinazioni del potere ufficiale. I detenuti trascinano così lo staff in un mondo capovolto, in cui i volti dei buoni e dei cattivi, dei giudicati e dei giudicanti, di chi gestisce e di infrange la legge si invertono. Una sensazione d'irrealtà, di mistificazione, di smarrimento pervade il clima di gruppo. È un'atmosfera che ricorda il vissuto controaffettivo, caro ad ogni operatore della salute mentale, sperimentabile di fronte ad un delirio sistematizzato a sfondo persecutorio. La psicologia 'ndranghetista sembra avvalersi proprio di questo gioco confondente tra fantasia e realtà, tra la dubbia esistenza della mafia calabrese e la genuina immagine degli abitanti di questa regione, che lavorano onestamente e non ambiscono a potere e ricchezza. È un atteggiamento molto diverso dalla inquietante e sottile superbia degli uomini di Cosa Nostra che in fondo si percepiscono come eletti, come privilegiati, capaci di dialogare con il mondo solo da questa posizione ideologica rispetto a se stessi.

Dentro Cosa Nostra, rinserrata nella sua autoreferenzialità psicoantropologica, non esiste alcuna devianza criminale perchè lo stile di vita seguito è perfettamente integrato all'ambiente originario, scientificamente calibrato su immanenti assi deontologici. In questo senso, non ci sono né vittime né carnefici. L'unico spartiacque che consente di categorizzare gli eventi è la verità organizzativa, la verità di Cosa Nostra. I detenuti calabresi, invece, si autodefiniscono come perseguitati, accusati ingiustamente e pur negandola con ogni mezzo, durante questo secondo incontro, parlano di mafia, la ricacciano nel mito ma la nominano costantemente.

Da un vertice strettamente gruppo analitico soggettuale, di fronte all'uomo d'onore siciliano si sperimenta la sensazione di trovarsi dinanzi al potere soverchiante e saturante dell'organizzazione criminale, di fonte agli uomini della 'Ndrangheta, invece, si avverte qualcosa di invisibile come l'altra faccia della luna, qualcosa che ha sede in un altrove lontano, presente ma nascosto forse proprio nel sottosuolo della globalizzazione. I membri vicini a Cosa Nostra, come emerge da recenti ricerche (Coppola *et al.*, 2008; Giordano *et al.*, 2008) provocano, nei loro psicoterapeuti, risposte controtransferali di impotenza e sopraffazione⁴. Ciò sembra attribuibile allo spessore della matrice transpersonale che organizza la mente di questi pazienti. Gli ndranghetisti, di contro, difendono la loro invisibilità e mostrano una matrice psichica forse meno marcata dal Noi antropologico ma asservita ad una coercizione interna di riscatto e di rivincita che si tematizza nell'utopico tentativo di ribaltare la storia per mezzo di un ordito colonialistico, tessuto in gran segreto. L'imperativo sembra essere: riprodursi e diffondersi in altri luoghi e appiattirsi, adombrarsi il più possibile in Calabria.

Non è certamente un caso che la mafia calabrese è più visibile al nord e all'estero di quanto non lo sia nel suo territorio. Tale fenomenologia ha chiaramente a che vedere con aspetti psicoantropologici. Per i calabresi, infatti, ancor più che per i siciliani, la propria terra appare

⁴ Dallo studio emerge che due delle risposte emotive espresse dagli psicoterapeuti siciliani, pur se apparentemente opposte, sembrano profondamente intrecciate, da un lato ritroviamo un controtransfert portatore di immagini salvifiche e protettive ("Genitoriale – Protettivo") e dall'altro un vissuto controtransferale sconfermante e fonte di umiliazione ("Impotente – Inadeguato"). La letteratura psicopatologica sui disturbi di personalità, infatti, mostra come queste due risposte controtransferali si verificano di frequente, e in co-occorrenza, nel trattamento di pazienti paranoici, confermando così l'ipotesi secondo la quale nella cura di pazienti appartenenti al mondo mafioso ci si attende soprattutto vissuti controtransferali paranoicizzati. Inoltre, queste due reazioni di controtransfert sono strettamente embricate perché entrambe attengono alla dimensione del familiare, nello specifico a quella connotazione "onnipotente" che il familiare assume nelle culture *fondamentaliste* mediterranee. È evidente infatti che un atteggiamento del tipo "proprio io ti salverò" e uno del tipo "nemmeno io riuscirò mai a salvarti" (rispettivamente "Genitoriale – Protettivo" e "Impotente – Inadeguato") attengono ad una modalità onnipotente di entrare in relazione, in cui il terapeuta ha quasi potere di vita e di morte sul paziente, esattamente come l'organizzazione criminale possiede, psichicamente e fisicamente, tale facoltà nei confronti dei suoi affiliati.

Il transpersonale è l'impersonale collettivo che attraversa e connota una matrice relazionale biologicamente, etnico-antropologicamente e socialmente. Esso è fondativo per l'identità personale e culturale ma laddove le condensazioni tematiche non possono essere rielaborate dal pensiero critico soggettivo, esse s'impongono all'individuo assottigliando la sua potenzialità a rifondare il mondo. In Sicilia il transpersonale ha un grande potere di omogeneizzazione del pensiero poiché i suoi contenuti etnici e antropologici sono profondamente attraversati da codici materni connessi all'affettività garantista e alla continuità familistica. Si tratta di una modalità relazionale che spinge alla simbiosi, all'adesività, all'evitamento del conflitto. Cosa Nostra nasce in questo panorama di simbolizzazioni affettive (che diventano la sua ossatura organizzativa) in cui il familiare travalica i suoi confini e contamina il sociale che viene così declinato lungo gli assi semantici delle norme parentali. Tale processo non può essere ignorato poiché proprio in virtù della formazione ideologica e inflessibile di Cosa Nostra questi temi culturali vengono esasperati e re-immessi nel sociale che li incorpora parzialmente. Il vampirismo culturale esercitato da Cosa Nostra non è stato semplicemente appropriativo ma manipolatorio. Essa ha negoziato con il sociale i contenuti antropologici di cui si è servita strumentalmente. Tale negoziazione non è stata marcata da reciprocità ma da subdole obbligazioni che in Sicilia hanno via via cambiato il codice genetico delle modalità relazionali esitando in derivate assoggettanti, costringenti, manchevoli di libertà emotiva, depauperando la fiducia e l'autenticità delle relazioni interpersonali.

sterile e senza speranza: non esiste alternativa all'emigrazione (Arlacchi, 2007). L'emancipazione coincide con il viaggio, l'operosità può avere spazio solo in un altrove. La Calabria è l'eternamente sospeso luogo del ritorno, stagnante come le sue fiumare, infertile come le sue paludi. Il posto familiare in cui un giorno, una volta rimpatriati, si potrà godere insieme ai propri cari dei frutti raccolti in messi lontane.

Da un quadro così delineato scaturiscono numerosi interrogativi. Innanzitutto, che tipo di rapporto intreccia la 'Ndrangheta con un sociale percepito secondo queste modalità? Come agisce sulla psiche 'ndranghetista la svalutazione delle potenzialità del proprio territorio? Dipende da questo modo di concepire il sociale l'assunzione reificata del modello familiare a struttura criminale? La famiglia è forse l'unico contesto considerato vivibile? E di conseguenza, quale può essere la fisiologia e la qualità psicodinamica del rapporto tra lo e Noi nel mondo familiare 'ndranghetista?

Se Cosa Nostra per costruire le sue cellule ha operato una riproduzione della matrice familiare in un nucleo sociale esterno al legame di sangue, in Calabria tale sforzo di clonazione non è stato necessario perché la famiglia d'origine coincide con l'organico criminale. Questo potrebbe significare che mentre in Cosa Nostra si è avvertita l'esigenza di estroflettere l'organismo mafioso nel sociale, contaminando e trasmutando le relazioni interpersonali in relazioni transpersonali assoggettanti⁵, nella 'Ndrangheta non pare avvertirsi l'esigenza di fagocitare il sociale nel mondo mafioso, come se gli affiliati nutrissero un ideale di bastevolezza della famiglia biologica e il sociale, tanto quello vicino quanto quello lontano, extraregionale, rappresentasse semplicemente uno sfondo d'azione.

Gli studi gruppoanalitici condotti sulla mafia siciliana (Lo Verso, 1998; 1999; 2002; Giorgi *et al.*, 2009) sostengono che lo psichismo mafioso⁶ preclude ogni processo critico indispensabile per la strutturazione identitaria perché nell'evoluzione personologica del mafioso non c'è accesso alla dialettica "Io-Noi" che costruisce l'identità soggettiva. Possiamo pensare, allora, che nella matrice 'ndranghetista si sia strutturato un fondamentalismo mentale ancora più granitico, in cui verità biologica e antropologica si

⁵ Il transpersonale è l'impersonale collettivo che attraversa e connota una matrice relazionale biologicamente, etnico-antropologicamente e socialmente. Esso è fondativo per l'identità personale e culturale ma laddove le condensazioni tematiche non possono essere rielaborate dal pensiero critico soggettivo, esse s'impongono all'individuo assottigliando la sua potenzialità a rifondare il mondo. In Sicilia il transpersonale ha un grande potere di omogeneizzazione del pensiero poiché i suoi contenuti etnici e antropologici sono profondamente attraversati da codici materni connessi all'affettività garantista e alla continuità familistica. Si tratta di una modalità relazionale che spinge alla simbiosi, all'adesività, all'evitamento del conflitto. Cosa Nostra nasce in questo panorama di simbolizzazioni affettive (che diventano la sua ossatura organizzativa) in cui il familiare travalica i suoi confini e contamina il sociale che viene così declinato lungo gli assi semantici delle norme parentali. Tale processo non può essere ignorato poiché proprio in virtù della formazione ideologica e inflessibile di Cosa Nostra questi temi culturali vengono esasperati e re-immessi nel sociale che li incorpora parzialmente. Il vampirismo culturale esercitato da Cosa nostra non è stato semplicemente appropriativo ma manipolatorio. Essa ha negoziato con il sociale i contenuti antropologici di cui si è servita strumentalmente. Tale negoziazione non è stata marcata da reciprocità ma da subdole obbligazioni che in Sicilia hanno via via cambiato il codice genetico delle modalità relazionali esistendo in derivate assoggettanti, costringenti, manchevoli di libertà emotiva, depauperando la fiducia e l'autenticità delle relazioni interpersonali.

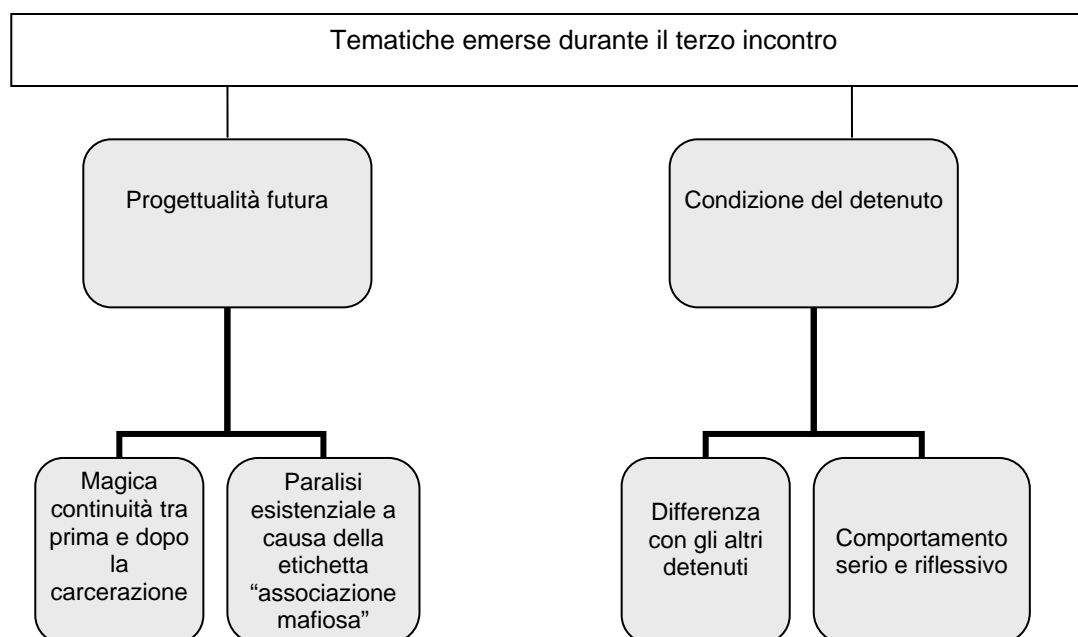
⁶ Il concetto di psichismo mafioso consente di leggere il fenomeno come una patologica modalità di organizzare la relazione tra il soggetto e la realtà, caratterizzata dal suo essere dogmatica e fondamentalista. Essere blindato in un fondamentalismo psichico è l'elemento centrale del pensiero mafioso, è la condanna psichicamente più severa che pesa sull'uomo d'onore. La sua identità non è sottoponibile a disorganizzazione alcuna, pena la perdita dei suoi aspetti definitori. Essere dentro una psiche fondamentalista equivale a non essere una persona, ma una sorta di replicante del mondo che lo ha "con-cepito". Il mafioso automaticamente pensa solo ciò che Cosa Nostra autorizza a pensare. Prova persino emozioni ed affetti come gli è stato "in-segnato" dalla famiglia d'origine prima e dalla cultura e dall'organizzazione mafiosa poi. In questo modo l'organizzazione si conserva nel tempo.

saldano agglutinando un transpersonale totalmente asfittico? Oppure al contrario lo sdoganamento criminale della 'Ndrangheta all'estero, la sua accentuata vocazione internazionalistica, ha comunque allentato la saturazione psichica, domando in parte il dogmatismo mentale degli affiliati?

I nostri studi in merito sono ancora molto giovani e non ci consentono di rispondere a questi quesiti. Tuttavia, limitando l'analisi alle informazioni emerse nel gruppo di detenuti, possiamo ipotizzare che la preoccupazione per i figli e per il futuro fuori dalla struttura penitenziaria possano rappresentare qualità soggettive che non sembrano essere proprie di un Io fondamentalista. Chiaramente l'ideazione soggettiva (e non soggettuale⁷) risulta frammista ad aspetti di rigidità psichica, rilevabili già nella perseverazione mentale con cui vengono trattati temi di dibattito.

L'etimologia stessa del termine 'Ndrangheta, dal greco "uomo valoroso", sembra preservare nel lemma aspetti di umanità che nella denominazione della mafia siciliana, Cosa Nostra, si dissolvono, inghiottiti dall'eccedenza psicologica del potere appropriativo e cosificato dell'organizzazione. Dunque, nello psichismo 'ndranghetista, l'esacerbazione del modello familiare potrebbe non essere dovuta ad una più marcata saturazione psichica ma ad una elevazione ad ideale romantico del modello familiare. Laddove la struttura psichica di Cosa Nostra appare ideologica quella della Ndrangheta sembra attraversata da una vena idealistica: il sogno di espansione, l'idealizzazione del potere familiare, la lotta a viso aperto alla magistratura, la pretesa di rivedere la condanna, ne sono un chiaro esempio.

Fig. 3 – Mappa – Terzo incontro di gruppo in carcere



⁷ Nella clinica gruppoanalitica la soggettualità esprime la natura relazionale dello psichico, riferendosi sia alla relazionalità interna alla persona sia a quella relativa ai campi mentali familiari. La soggettualità non può trovare spazio in nessun sistema antro-po-criminale, poiché lo schiacciamento, anche solo parziale, delle soggettività da parte della matrice organizzativa non permette diritto di cittadinanza alle individualità e non consente loro di essere in relazione con le appartenenze interne ed esterne: quest'ultima, infatti, è la qualità psico-dinamica imprescindibile per l'emergere dalla soggettualità. La mente oggettuale è l'obiettivo cardine cui tende la clinica gruppoanalitica, inteso come processo di soggettivazione attraverso la messa in scena della relazionalità interna e l'articolarsi reale di quella esterna.

Durante questo terzo e ultimo incontro appare evidente la ricorsività delle argomentazioni trattate dal gruppo. Sembra esserci una sorta d'ideazione prevalente che spinge a piegare ogni spunto del conduttore e ricondurlo al potere discriminatorio del reato di associazione mafiosa. Si discute su quanto le proprie storie di vita possano essere state ereditate e sulla paura del trasmissione generazionale della condanna che potrebbe incidere sulla vita dei propri figli: «i pregiudizi si ereditano».

Attente sono le disamine sulla metodologia di cui si avvale una magistratura spietata che pronuncia sentenze, cosiddette «a cascata o a strascico», ostentando un'eccessiva discrezionalità nell'emettere i verdetti. Il rapporto con lo Stato è fortemente conflittuale, l'opposizione ferrea al potere legittimato viene verbalizzata dal sentimento di vergogna per l'operato dei sistemi giuridici, un vissuto che essi connettono causalisticamente all'appartenenza etnica, estendendola progressivamente all'essere calabresi, italiani e persino europei. È sorprendente come anche nella protesta compare una deriva internazionalistica, fondendo in un'unica amalgama l'appartenenza regionale, nazionale e continentale. Psicologicamente, si potrebbe ipotizzare che i confini e le appartenenze non siano internamente chiari o che vengano allucinati e frantumati da un'idea di controllo e potere su scala globale. In altre parole, sembra che nemmeno gli 'ndranghetisti stessi abbiano chiaro chi sono e dove sono. Si muovono all'estero o in Italia? sono visibili o invisibili? Sono criminali o pionieristici esploratori del mondo? La sensazione di evanescenza, d'ineffabilità provocata nel sociale dalla 'Ndrangheta si rintraccia in modo perfettamente speculare nel mondo interno dei membri del gruppo che appaiono decontestualizzati, internamente offuscati, tendenti al pensiero magico.

L'asperità emotiva e verbale rivolta all'istituzione giudiziaria ruota principalmente intorno al tema delle accuse infondate che costringono alla reclusione, contestate diplomaticamente e con arguzia psicologica mostrando l'evidente stridore tra la loro condizione di detenuti e un comportamento sereno oltre che integerrimo: la loro rappresentazione è quella di essere «ben educati, sani, seri e duri a resistere».

I partecipanti mostrano molta disinvoltura all'interno della struttura contenitiva. Infatti, la loro protesta non riguarda il carcere in senso stretto che piuttosto vivono, forse per mezzo di strategie deneganti, come se si trattasse di una qualsiasi istituzione. La questione che li anima è più paradossale e più radicale ed è tutta tesa a dimostrare la loro innocenza e l'assurdità della condanna: sono uomini rispettabili non certo delinquenti. Non a caso, alla convocazione per le sessioni di gruppo si presentano curati, vestiti con gusto, attenti nei modi e nei gesti. È come se stessero prendendo parte ad uno di quegli incontri che il fraseggio della vita quotidiana compone nei bar, nelle piazze, nei circoli politici. Come se non si trovassero in un'istituzione totale.

In questa cornice di normalizzazione parodiante del contesto c'è ampio spazio per le spinte progettuali, per i sogni, per le esigenze umane e affettive: il lavoro, la famiglia e i figli hanno la priorità nei loro desideri. Il mondo fuori appare vivido ed estremamente vicino, senza lucchetti, sbarre e muri di cinta. Il carcere subisce un'irrazionale messa tra parentesi e le attività, le competenze, gli impegni lasciati sulla soglia della Casa Circondariale possono essere ripresi lì dove si erano arrestati. Si avverte un inquietante incantamento che risana le fratture esperienziali inflitte della detenzione ed esita in un vissuto d'inverosimile continuità esistenziale (Napolitani, 1987). Solo il fardello dell'associazione mafiosa sembra risvegliare le coscienze dall'incanto e paralizzare fortemente le prospettive future. Nel momento in cui il gruppo torna su questo tema, l'esperienza sembra lasciare le parvenze di sogno e riprendere corpo nella vivacità emotiva dei partecipanti, nello spirito battagliero e polemico rispetto ad una condanna che deve essere rivista, riaperta e riscritta. Essi non si mostrano per nulla rassegnati al giudizio espresso dalle toghe.

Sono tutti arrabbiati, ma nessuno è disperato.

Con questo alone di baldanzosa irriverenza si chiude l'ultimo gruppo, lasciando nell'equipe una strisciante sensazione di mistero: forse esistono, meccanismi, stratagemmi oscuri, rovesciamenti psicologici, che sfuggono al nostro sguardo, per i quali le condanne e le sentenze emesse non hanno carattere definitivo.

Attraverso gli incontri effettuati in carcere e alcuni colloqui svolti con gli operatori della Casa Circondariale sono emersi importanti elementi che contribuiscono a delineare la matrice psichica degli 'ndranghetisti e che attengono a modalità psicologiche derealizzanti e connesse al pensiero magico.

Mutuare dalla nosografia psichiatrica il termine derealizzazione, qualora si prescindesse dalle motivazioni per cui viene impiegato, sarebbe un errore epistemologico poiché i detenuti non presentano fenomenologie psicopatologiche di carattere dissociativo e d'altro canto l'intervento che l'equipe di lavoro intendeva implementare non aveva finalità psicodiagnostiche ma di ricerca. Tuttavia, utilizziamo questo termine, svuotandone le proprietà psicopatologiche, per sottolineare con forza la de-connotazione del contesto perseguita dai detenuti che ha provocato nell'equipe intensi vissuti d'irrealtà e di spaesamento.

Il primo aspetto derealizzante riguarda il modo in cui si presentano i detenuti al gruppo: tutti profumati, puliti e pettinati. Un'immagine completamente in contrasto con il luogo in cui si trovano. Il carcere non pare essere vissuto dai membri del gruppo con la prostrazione esistenziale di chi è privato della libertà, con la disperazione per l'immobilità e l'alienazione dal mondo. La maggior parte delle persone avrebbe grosse difficoltà a passare la vita in una cella. I detenuti mostrano serenità e scioltezza nel muoversi all'interno dell'istituzione, tale da agghindarsi a dovere nel momento in cui sono convocati per un appuntamento. Non sembrano carcerati ma i custodi e padroni del luogo in cui vivono.

La decontestualizzazione viene visualizzata in modo ancor più netto nel comportamento eccellente dei detenuti sia all'interno del carcere che all'interno dei gruppi stessi: sono, infatti, estremamente diligenti. Non creano problemi, li risolvono. Anche durante i gruppi, ad esclusione del primo incontro, si mostrano perfetti orchestranti del processo e delle regole: tengono il tempo, decidono chi deve parlare e quando. Tutti devono aspettare il proprio turno e non interrompere gli altri. Si può ipotizzare che questo estremo controllo sia dovuto alla volontà di essere uomini encomiabili anche dentro il carcere, boicottando così questa struttura e ribaltando le considerazioni stigmatizzanti connesse alla loro condizione. Si potrebbe parlare, seguendo un vertice psicodinamico, di un'ideazione magica a cui è sotteso il meccanismo dell'annullamento retroattivo⁸: se si è detenuti modello, non è necessario il controllo e la contenzione, dunque si annulla l'identità stessa di detenuto. L'auto-controllo vanifica l'etero-controllo.

L'annullamento e il controllo onnipotente sono meccanismi inconsci che psicodinamicamente attengono allo spettro ossessivo o psicopatico. In queste dimensioni personologiche la mente impiega tutte le sue energie per controllare il mondo esterno, scivolando in condotte spesso bizzarre o che possono arrecare danno agli altri. La sensazione di poter influenzare il mondo e produrre, con il proprio comportamento, degli effetti sugli altri sembra connesso ad una dimensione critica della stima (McWilliams, 1999). Dai nostri studi sulla mente mafiosa affiora, al di là delle apparenze, un radicale difetto di autostima ravvisabile nel fatto che il mafioso sente di essere qualcuno solo perché affiliato all'organizzazione, mentre come individuo singolo non esiste, non ha alcuno spessore sociale ed esistenziale (Lo Verso, 1998). Nel caso dei membri del gruppo l'uso di questi meccanismi plausibilmente potrebbe derivare dall'esigenza di sopravvivere nel contesto carcerario e risanare la contraddizione tra l'auto-rappresentazione di uomini d'onore e la connotazione sociale di delinquenti. Ristabilendo in carcere un ordine normativo di cui essi sono i detentori, si possono ricreare le condizioni per la sopravvivenza di un sistema identitario centrato sul potere e sulla conservazione della loro dignità di uomini. Contemporaneamente, l'annullamento spesso si attiva per aggirare vissuti di vergogna intollerabili (McWilliams, 1999). La stessa vergogna che i detenuti esprimono rispetto al

⁸ L'annullamento retroattivo è un meccanismo difensivo, frutto del naturale sviluppo del controllo onnipotente, ed identifica lo sforzo inconscio di controbilanciare un affetto, solitamente un senso di colpa o la vergogna, con un atteggiamento o comportamento che magicamente lo cancelli.

reato di cui sono accusati. Pur negando l'esistenza del reato di associazione mafiosa, l'attivazione emotiva rispetto a questo tema tradisce una forte preoccupazione identitaria. La questione sembra ruotare intorno ad un radicale conflitto: la loro concezione di uomini d'onore è molto diversa da quella che ne dà il mondo. È come se in qualche modo questa contraddizione venisse percepita e provocasse sofferenza tale da scomodare potenti meccanismi difensivi. Laddove nella mente di altri mafiosi, come i membri di Cosa Nostra, non esiste alcun dubbio, alcun conflitto interno, nessuna contraddizione, nei membri del gruppo sembra rivelarsi maggiore consapevolezza della discrasia tra il mondo dentro l'organizzazione e quello fuori da essa. E forse proprio per tale ragione, il sistema organizzativo va difeso ad oltranza, ricreandolo in carcere, annullando il contesto, stabilendo regole che possano preservare la rispettabilità dei membri del gruppo, da cui deriva ad esempio la regola, emanata dal capo-gruppo dei detenuti 'ndranghetisti, che prescrive a tutti i detenuti di indossare la biancheria intima durante le docce e di utilizzare l'anta dell'armadio come separè per cambiarsi gli indumenti. L'angoscia omofobica è tale da richiedere l'istituzione di rigorose norme di convivenza per sventare il pericolo che impulsi, debolezze, fantasie corrompano l'animo degli uomini d'onore.

In vero, antropologicamente, la promulgazione di ferrei regolamenti della condotta all'interno delle comunità scaturisce dalla realistica e avverabile devianza che la norma vuole ammonire. Verosimilmente per i detenuti il rapporto omosessuale è talmente intollerabile quanto possibile e ciò significherebbe che la rigidità psichica non raggiunge i livelli di annichilimento della libido come tradizionalmente è stato riscontrato in Cosa Nostra, in cui la condotta omosessuale non solo non è accettata ma è internamente inconcepibile. È noto, infatti, che la sessualità anche quella eterosessuale nel mondo di Cosa Nostra non è molto significativa.

Il controllo, quale sorta di monitoraggio scientifico del comportamento, si ripropone anche quando deve essere determinato l'assetto del gruppo e l'assegnazione dei posti a sedere: nessuno prende posto vicino all'osservatrice donna. Il rispetto nei confronti delle donne è molto presente ed emerge varie volte durante gli incontri, il che indica l'estrema fedeltà di questi uomini ai codici morali tradizionali.

La perseverazione mentale dei membri del gruppo si evince dall'ostinato e trasversale ricorrere del tema giustizia durante tutti gli incontri. La magistratura viene screditata e accusata di corruzione. Secondo i detenuti bisogna indagare in questo settore per saperne di più, in quanto "è lì che c'è la malavita". Di quale organizzazione criminale li stanno accusando? È solo un'ideazione immaginaria per incastrare dei poveri innocenti. È curioso come questo *leit motive* ritorni in tante forme e livelli di potere.

Tuttavia, questa tesi sembra invalidata da alcuni elementi contraddittori: la 'Ndrangheta è un'invenzione, però esistono i capobastone. Le uniche conoscenze sono quelle relative ai fatti letti sui giornali e guardati in televisione, ma emerge che "chi è realmente dentro non parlerà mai dell'organizzazione per via del vincolo forte della segretezza".

Ma la contraddittorietà viene subito placata e messa a tacere, alternandosi rapidamente a manifestazioni di rigidità psichica. Rigidi sono i codici a cui ci si deve attenere, i comportamenti che si devono attuare. Un controllo rigoroso che compare parzialmente anche in coloro che operano all'interno della Casa Circondariale.

È ovvio che, trattandosi di una struttura contenitiva e coercitiva, la nettezza di confini, di norme, la gestione prudente delle distanze sono aspetti connaturati alla vocazione e alla funzione sociale dell'istituzione. Eppure, sembra esserci da parte di qualche operatore un impegno cognitivo a misconoscere l'entità del reato commesso dai detenuti come a voler evitare di sapere. Come se coprendo, sulla scheda di riconoscimento, la didascalia che descrive il reato di cui quella persona si è macchiata, egli lo avesse commesso di meno o non lo avesse commesso affatto. Controllo, negazione, pensiero magico, compartimentalizzazione, sembrano essere meccanismi necessari per mantenere un funzionamento adeguato anche da parte degli operatori. C'è da chiedersi se questo ha a che vedere esclusivamente con il contesto carcerario o se può trattarsi di una connotazione psicoantropologica di cui la mafia calabrese si avvale, in particolare se si tiene presente la

fenomenologia mistificatoria e la cultura dell'invisibilità che la 'Ndrangheta è riuscita ad imbastire in Calabria.

Tutto in questa terra sembra essere nascosto, sommerso, annullato magicamente.

Evitando d'incorrere in facili generalizzazioni, si può supporre che ci sia una connessione di natura psicoantropologica tra l'organizzazione su base familiare della 'Ndrangheta, il suo rapporto con il sociale, e i processi psicologici di annullamento e pensiero magico. La mancanza o la debolezza di un legame, riconosciuto dalla consorterìa, con il sociale ne ha annebbiato la configurazione, coperto le tracce, producendo un effetto alone che le ha permesso di tessere in silenzio affari internazionali. D'altro canto, ciò potrebbe aver compromesso il riconoscimento territoriale e il prestigio sociale di cui, invece, gode ancora oggi, in alcuni contesti, Cosa Nostra. La mafia siciliana è presente nel territorio, usa scientificamente e strumentalizza spietatamente i sedimenti antropologici della sua cultura, connettendosi consciamente e inconsciamente con i gangli del sociale. La 'Ndrangheta sembra invisibile tanto nel mondo interno quanto in quello esterno e per questo stesso motivo viene poco osteggiata. In Sicilia si è iniziato a parlare di mafia già da molto tempo. In Calabria no. In Sicilia, è sempre esistita una vocazione antimafiosa, che in molte occasioni si è rivelata decisiva per la lotta all'organizzazione. Nella regione Calabria l'antimafia è un fenomeno recente che sta iniziando a far sentire la sua eco soltanto adesso. Non si vuole fare qui riferimento esclusivamente all'antimafia presidiata delle istituzioni, ma anche ad una ribellione culturale per mano dei cittadini. In Calabria, per l'appunto, sembra diffuso un atteggiamento di convivenza passiva e silenziosa.

Molto probabilmente è esattamente a causa dell'estrema pervasività e dell'oscura alleanza che Cosa Nostra ha intessuto con il territorio che in Sicilia esiste un movimento antimafia di lungo corso. La contaminazione del sociale da parte della consorterìa siciliana rappresenta, infatti, simultaneamente un elemento di enorme potere e di estrema vulnerabilità, perché l'esposizione implica visibilità che, nel caso siciliano, si è tradotta in connivenza e commistione su certi livelli e in consapevolezza, sdegno, indignazione e azione sociale su altri livelli. Per questo Cosa Nostra è molto potente in Sicilia ma anche molto odiata e combattuta. In Calabria la situazione sembra diversa e la fenomenologia criminale della 'Ndrangheta può aiutare a comprendere tale differenza: la mafia calabrese è molto potente fuori dall'Italia, invisibile e silenziosa nella sua regione, strutturata su cellule familiari che depredano il sociale pur tenendolo a distanza. Ipotizziamo che la centralità strutturale e psicologica del familiare, nella mafia calabrese, sortisca inevitabilmente delle conseguenze sullo psichismo dei cooptati. Da un punto di vista gruppoanalitico, il potere familiare si muove sul registro dell'immaginario (Napolitani, 1987) riproponendo all'infinito una memoria desiderante ancorata al passato, incuneata nel sogno di eternazione della matrice. Ciò produce una sospensione, un arresto evolutivo del pensare che non incontra il reale-sociale e non produce progetto. La psicologia delle 'ndrine sembra presentare questa sospensione oniroide nel mondo familiare, qui l'attesa familistica non schiude alla dimensione dell'imprevedibile; è un inganno temporale, uno slancio in avanti che ricade nel passato, nel conosciuto, nelle profezie autoavverantesi prodotte dalla matrice originaria che nega l'estraneità e attende fideisticamente un messia già incontrato. La sacralità del familiare è presente anche nella mafia siciliana ma, mentre nel caso di quest'ultima, l'impatto invischiante con il sociale ha prodotto un Noi-famiglia come modo di essere-nel-mondo che si è insinuato stabilmente nel contesto creando profonde connivenze inconsce con le comunità, nella 'Ndrangheta l'incontro meramente strumentale con il sociale ha costruito un Io-famiglia capace di espandersi raggiungendo incommensurabili estensioni, piegandosi, assottigliandosi ma dovendo ritornare sempre alla sua microscopica forma originaria⁹. Il sociale non ha ispessito la matrice psichica della 'Ndrangheta che, da un punto di vista psicoantropologico, sembra rimanere racchiusa dentro i ristretti confini della dimensione familiare, intrappolando la matrice organizzativa nell'incantamento del sogno. Ma il sogno,

⁹ Stiamo chiaramente parlando di dimensioni psichiche e non sociologiche. Ad essere stimata, qui, è la volumetria della matrice psichica degli 'ndranghetisti e non la proporzione del suo giro d'affari che come si è già sottolineato risulta molto ampia e annodata su *network* internazionali.

nonostante in questo caso sia destinato alla paralisi dell'utopia e dunque alla conservazione idealistica dell'ordine familiare, svela elementi relazionali, legami affettivi forti e auto-tutelantesi che nella disumanità dell'ideologia mafiosa sono generalmente forclusi.

Cosa Nostra a differenza della Camorra e della 'Ndrangheta ha sempre avuto un organo centrale, che incarna l'organizzazione, interpreta un pensiero unico, totalizzante, omologante su cui le singole individualità si appiattiscono, i vincoli di sangue impallidiscono, gli affetti possono venire freddati se mettono a rischio l'organizzazione. In Cosa Nostra, il Noi elevato a ideologia fondamentalista viene prima di tutto: l'organizzazione prima dell'organigramma, la cosa prima della persona.

Forse la psiche 'ndranghetista, pur nella sua efferatezza, ignominia e crudeltà, preserva aspetti di umanità che la rigida chiusura organizzativa su cui è saldamente incardinata Cosa Nostra sembra aver quasi totalmente azzerato.

Bibliografia

- Arlacchi, P. (2007). *La mafia imprenditrice. Dalla Calabria al centro dell'inferno*. Milano: Il Saggiatore.
- Badolati, A. (2005). *I segreti dei boss*. Cosenza: Klipper Edizioni.
- Cariati, G. (2000). *Fratelli di mafia. Cosa Nostra e 'ndrangheta*. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (1981). *Psicosociologia delle organizzazioni e delle istituzioni*. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2002). *Analisi emozionale del testo. Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi*. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda. Teoria e intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.
- Casarrubea, G. (1991). *L'educazione mafiosa*. Palermo: Sellerio.
- Ciconte, E. (2008). *'Ndrangheta*. Cosenza: Rubbettino Editore.
- Coppola, E., & Lo Verso G. (2008). Topoi scientifici: il mediterraneo e il modello gruppoanalitico soggettuale. *Gruppi*, 2, p. 17.
- Falcone, G., & Padovani M. (2004). *Cose di Cosa Nostra*. Milano: Rizzoli.
- Fiore, I. (1997). *Le radici inconsce dello psichismo mafioso*. Milano: FrancoAngeli.
- Forgione, F. (2008). *'Ndrangheta. Boss luoghi e affari della mafia più potente al mondo*. Milano: Baldini Castoldi Dalai.
- Giordano, C., Lo Coco, G., Giunta, S., & Lo Verso, G. (2005). *Essere figli nella famiglia mafiosa. Un'indagine attraverso il DSSVF*. In Di Vita (Ed), *La valutazione della famiglia. Dalla ricerca all'intervento*. Milano: FrancoAngeli.
- Giorgi, A. (2007). Oltre il pensiero mafioso: sviluppo umano beni e relazionali. *Rivista di Psicologia clinica*, 3, 263-283.
- Giorni, A., Giunta, S., Coppola, E., & Lo Verso, G. (2009). *Territori in controluce. Ricerche psicologiche sul fenomeno mafioso*. Milano: FrancoAngeli.
- Giunta, S., Campo, R., Flocca, F., & Gianfortone, N. (2005). Mafia, Islam, e altri fondamentalismi a confronto. Narrare il gruppo. *Prospettive cliniche e sociali*, 3, pp 21-32

- Giunta, S., & Giordano, C. (in press). *Le ricerche sullo psichismo mafioso*. In Lo Verso G., Di Blasi M., *Gruppoanalisi soggettuale*, Milano: FrancoAngeli.
- Giunta, S., Licari, G., & Lo Verso, G. (2004)., La psiche mafiosa: stato dell'arte ed ipotesi per la ricerca. *Narrare il gruppo. Prospettive cliniche e sociali*, 1, pp 19-30.
- Grasso P., & La Volpe, A. (2009). *Per non morire di mafia*. Sperling & Kupfer Editori.
- Gratteri, N., & Nicaso, A. (2006). *Fratelli di sangue. La storia, la struttura, i codici, le ramificazioni*. Cosenza: Pellegrini Editore.
- Gratteri, N., Nicaso, A., & Borrelli, M. (2008). *Il grande inganno. I falsi valori della 'ndrangheta*. Cosenza: Pellegrini Editore.
- Hess, H. (1970). *Mafia*. Roma-Bari: Laterza.
- Kazdin, A.E. (1996). *Metodi di ricerca in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.
- Lancia, F. (2004). *Strumenti per l'analisi dei testi. Introduzione all'uso di T-Lab*. Milano: FrancoAngeli.
- Lo Verso, G. (1994). *Le relazioni oggettuali*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Lo Verso, G. (1994). Mafia e follia. Il caso di Vitale. *Psicoterapia e scienze umane*, 3, pp 99-121
- Lo Verso, G. (2004). *H.D. Homo Democristianus*. Trapani: Fotocopiando.
- Lo Verso, G. (Ed) (1998). *La mafia dentro. Psicologia e psicopatologia di un fondamentalismo*. Milano: FrancoAngeli.
- Lo Verso, G., & Ferraro, A.M. (2007). *Disidentità e dintorni. Reti smagliate e destino della soggettualità oggi*. Milano: FrancoAngeli.
- Lo Verso, G., & Lo Coco, G. (2001). *Padre e padrino. Esperienze coniugali e genitoriali nella famiglia di mafia*. In Andolfi M. (Ed), *Il padre ritrovato*. Milano: FrancoAngeli.
- Lo Verso, G., & Lo Coco, G. (2003). *La psiche mafiosa. Storie di casi clinici e collaboratori di giustizia*. Milano: FrancoAngeli.
- Lo Verso, G., Lo Coco, G., Mistretta, S., & Zizzo, G. (1999). *Come cambia la mafia*. Milano: FrancoAngeli.
- McWilliams, N. (1999). *La diagnosi psicoanalitica*. Roma: Astrolabio.

L'e-learning e lo sviluppo di nuove competenze per la formazione

di Paola Cavalieri* e Jonathan Anderlucci**

Premessa

Il cambiamento della società negli ultimi decenni ha portato le persone a confrontarsi con nuovi contesti economici e culturali, nonché con nuove tecnologie. Sotto diversi aspetti sono cambiate le esigenze degli attori e le modalità con le quali esse vengono soddisfatte.

E' cambiato il modo in cui le organizzazioni pensano le persone ma anche il modo con cui le persone si pensano nell'organizzazione e nel contesto sociale più ampio.

La rapida successione nei mutamenti delle tendenze di mercato, oltre alla recente crisi dell'economia mondiale, hanno evidenziato la necessità delle persone di poter e dover utilizzare nuove competenze e abilità per far fronte alle continue richieste del mercato. In questa prospettiva le tecnologie di nuova generazione diventano motore di una società in evoluzione e strumento indispensabile per poter dialogare tra soggetti promotori dello sviluppo. È bene sottolineare come ogni soggetto che disponga di un accesso alla rete internet potenzialmente sia fruitore e provider di conoscenza, attraverso le due funzioni elementari di upload e download.

Luoghi della conoscenza e nuove tecnologie

Chiunque oggi si occupi di formazione difficilmente può fare a meno di confrontarsi con la presenza di nuove tecnologie. Parallelamente l'interesse ad aggiornare il proprio bagaglio di conoscenze da parte dei cittadini non può prescindere dagli sviluppi tecnologici. Il mercato propone novità a supporto della comunicazione, novità utilizzabili sia in ambito professionale che privato: dalla televisione ai sistemi di scrittura, dal cellulare alle multifunzioni, dai sistemi wireless al voip, per citarne solo alcune. E' evidente a tutti che il processo avviato in tal senso non può risolversi con il semplice apprendimento all'uso, da parte del cittadino, del nuovo oggetto.

Saper usare qualcosa non è sempre garanzia di motivazione all'uso.

Conoscere i meccanismi della navigazione su internet non coincide scontatamente con la motivazione ad utilizzare una piattaforma e-learning, per sviluppare conoscenza.

Come formatori siamo interessati a tale questione.

Riteniamo che anche nell'e-learning il rapporto tra conoscenza e nuove tecnologie non vada sottovalutato; pensiamo che tale rapporto possa essere monitorato e orientato entro una piattaforma e-learning.

La funzione di tutoraggio, ad esempio, può essere realizzata in modo tale da occuparsi di ciò.

Lavoro, cittadinanza ed identità - le tre macroaree individuate dall'ACDE¹ - rappresentano i luoghi di espressione di apprendimenti e modi di vivere nuovi. Conveniamo con gli stessi autori che all'immagine della fabbrica come sinonimo di ambiente di lavoro, si va sostituendo l'immagine dell'uomo di fronte al monitor del computer.

Anche i luoghi della conoscenza e dell'apprendimento mutano. Le aule tradizionali si riempiono nel tempo di strumenti che consentono la partecipazione a distanza, la condivisione di materiali online. Nuovi assetti di aula si fanno strada, come appunto le aule virtuali. Si va lentamente facendo

* Psicologo clinico libero professionista. Professore a contratto di La qualità nell'intervento psicologico, Facoltà di Psicologia 1, Università di Roma "Sapienza". Eventuali comunicazioni possono essere inviate a: paola.cavalieri@fastwebnet.it

** Laureando in Psicologia Clinica e Dinamica, Università di Roma "Sapienza".

1 La principale associazione dei presidi dei direttori di facoltà di scienza della formazione e di altre organizzazioni educative australiane.

strada, nella rappresentazione collettiva, l'idea del web come una delle principali forme di learning space.

Lo stesso rapporto tra lavoro, apprendimento ed innovazione, così come suggerito da Aceto e Dondi (2009), può essere letto da diverse prospettive di analisi: l'innovazione richiesta per una efficace introduzione dell'e-learning e l'innovazione che l'e-learning aiuta a sviluppare entro i processi di lavoro.

Se è vero che la capacità di accedere ad informazioni e la possibilità di comunicare viaggiano di pari passo con lo sviluppo delle nuove tecnologie, è altrettanto vero che le persone dovranno confrontare ed integrare le modalità tradizionali di conoscenza con processi di apprendimento diversi.

Cambiamento, motivazione e condivisione nell'e-learning.

L'esperienza nel campo dell'e-learning ci suggerisce che non basta la competenza tecnica a garantire un esito efficace; l'esperienza nel campo del web 2.0 ci suggerisce l'importanza dell'uso di criteri (predefiniti o da costruire in itinere) di selezione delle informazioni per orientarsi nel web.

Analizzando le relazioni tra lifelong learning, e-learning, e innovation, Aceto e Dondi (2009) individuano l'emergere di alcune tipologie di fallimento nelle organizzazioni che hanno sperimentato metodologie di formazione innovative. I fallimenti dell'e-learning, entro i contesti presi in esame da Aceto e Dondi (2009), riguardano il fatto che l'e-learning possa divenire una pratica scontata, scarsamente motivante sia la condivisione di esperienze che l'apprendimento.

In questo scenario acquistano rilevanza le "biological companies" (Carneiro, 2006), che adattano il loro stile di gestione alla variabilità del contesto. Il capitale intellettuale (Stewart, 1999) diventa l'elemento trainante lo sviluppo organizzativo attraverso l'apprendimento e l'aggiornamento continuo delle persone nell'organizzazione.

Velocità, interconnessione e immaterialità diventano il focus di questo nuovo modo di vedere il mercato, sempre più mediato dalla presenza indispensabile di internet. Stiamo assistendo al passaggio dall'integrazione di nuove tecnologie entro sistemi ad esse preesistenti, all'organizzazione di attività produttive a partire dall'uso di nuove tecnologie. Questo cambiamento genera nuovi bisogni e richiede l'assunzione di nuove premesse relazionali nella gestione ed utilizzazione del mercato e della conoscenza.

Torniamo all'uso delle piattaforme di e-learning. È bene tener presente che cambiamento, motivazione e condivisione sono da sempre concetti importanti nei processi formativi. Essi orientano fortemente gli esiti dell'e-learning: cambiamento inteso come utilizzo degli esiti dell'e-learning, motivazione intesa come atteggiamento attivo nel processo di apprendimento, condivisione intesa come superamento dell'atteggiamento individualista. Riteniamo importante monitorare il loro andamento entro quelle piattaforme di e-learning che prevedono una funzione di tutoraggio dell'apprendimento.

Ci chiediamo a questo punto: l'e-learning è in grado di avviare processi di innovazione? In che modo? Con quali supporti?

Il web 2.0 e il rapporto tra new society e new learning.

Avendo a mente le trasformazioni tecnologiche, sociali, culturali, economiche rintracciabili in letteratura ed evocate nei precedenti paragrafi, ci interessa ora focalizzare l'attenzione sul rapporto tra un insieme di tecnologie e strumenti, quale è il web 2.0 e un progetto di e-learning, sviluppato a partire da un bando europeo (Grundtvig), sulle tematiche dell'AIDS e HIV. Al progetto (si veda www.e-aids.ro) hanno preso parte organizzazioni provenienti da diverse nazioni europee interessate a discutere e confrontarsi su nuove ipotesi di gestione ed erogazione della formazione. Dalla collaborazione è nata una piattaforma e-learning con alcune caratteristiche peculiari alle quali ci riferiremo in seguito per meglio chiarire alcune idee che presentiamo nell'articolo.

Il web 2.0 rappresenta l'avvio del web interattivo.

Prendendo spunto dalle parole di Bartolomé (2008) possiamo affermare che il web 2.0 non costituisce una rivoluzione tecnologica rispetto al precedente, quanto piuttosto un'integrazione di nuove tecnologie e nuovi strumenti con quelli già presenti. Il web 2.0 propone una visione, concettualmente diversa, dell'uso potenziale delle risorse a disposizione dell'utente. I corsi e-learning sono un ottimo esempio di integrazione di tecnologie e strumenti differenti. Le piattaforme di e-learning possono avvalersi di wiki, blogs, RSS reader pages, web office, social bookmarking, video repository come youtube, shared documents e podcast, video streaming on line, social network, group work space: è così che sul piano pratico prende forma il rapporto tra new society e new learning.

La prospettiva del new learning, suggerisce inoltre che i siti per l'e-learning costituiscano una possibilità di formazione/aggiornamento nell'ottica del life long and lifewide learning.

Piattaforme per l'e-learning e la costruzione della conoscenza: note a margine di un'esperienza.

Dal punto di vista del soggetto che interagisce con uno spazio strutturalmente connesso con innumerevoli contenuti attraverso infinite connessioni, le piattaforme di e-learning rappresentano solo uno dei tanti contenuti ai quali può accedere.

Da questo punto di vista una specifica piattaforma e-learning costituisce un criterio di aggregazione di contenuti nel web. L'affidabilità dei criteri potrebbe ad esempio essere messa in stretto rapporto con l'affidabilità del gestore della piattaforma che quei criteri ha selezionato.

Una piattaforma e-learning può essere vista sia come uno spazio delimitato dai contenuti e dagli strumenti che la compongono in un dato momento, sia come un nodo in una rete che attraverso strumenti e contenuti può aprire e orientare nuovi percorsi per l'utente.

Proponiamo ora una riflessione su alcuni punti a partire dall'esperienza, maturata durante la costruzione della piattaforma www.e-aids.ro. In sintesi possiamo affermare che la piattaforma, nata da un progetto europeo² attraverso la collaborazione di diversi partners, dà la possibilità di progettare corsi di formazione, con una durata specifica, al termine dei quali è auspicabile che l'allievo abbia acquisito i contenuti condivisi e abbia sviluppato le competenze per potersi orientare nella rete e mantenersi aggiornato autonomamente.

Le piattaforme e-learning fanno riferimento a processi di apprendimento diversi. Prendiamo ad esempio i concetti di l'experiential learning e l'action learning (Simons, Van der Linden & Duffy, 2000): nell'experiential learning il formatore aiuta l'allievo ad apprendere dall'esperienza, senza orientarlo esplicitamente alla pianificazione di obiettivi e alla scelta di strategie; piuttosto gli chiedono di concentrarsi su un'attività per poi riflettere successivamente su di essa. Nell'action learning l'allievo è chiamato a pianificare il processo di apprendimento definendone obiettivi e strategie.

Riteniamo che un possibile sviluppo delle piattaforme e-learning sia costituito dall'integrazione di detti processi. Certamente gli strumenti e le tecnologie messe a disposizione nella rete, possono diventare una risorsa a cui attingere, per implementare le potenzialità delle piattaforme e dell'apprendimento.

I learning objects.

Una delle questioni più rilevanti, che un trainer affronta, durante la costruzione di un corso di formazione è rappresentato dalla creazione/selezione di oggetti e attività didattiche, utili per raggiungere un certo scopo. Tra tecnici del settore è consuetudine intendere il learning object (LO) come un'unità di contenuto completa dal punto di vista didattico, centrata su un obiettivo di apprendimento e volta a proporre un concetto specifico.

² Progetto coordinato dalla filiale del Dolj (Romania) di Save the Children, al quale hanno partecipato istituzioni da: Italia, Spagna, Rep.Ceca, Polonia, Romania.

Un aspetto interessante dei learning objects è la possibilità di combinarsi tra loro. Per meglio definirli utilizziamo la metafora di Hodgins (2002) dei mattoni di conoscenza che organizzati tra loro in modo differente, possono originare diversi percorsi conoscitivi. Coerentemente con questo aspetto la piattaforma www.e-aids.ro è strutturata in modo da dare l'opportunità ad ogni trainer di aggregare differenti learning object secondo propri criteri.

Il numero dei LO è variabile e a discrezione del trainer, i contenuti dei LO possono essere creati dal trainer o scelti tra quelli disponibili on line. La piattaforma www.e-aids.ro è stata studiata in modo tale che il trainer possa inserire i propri LO o utilizzare quelli già creati da altri trainers. Ciascun trainer potrà quindi usufruire non solo del suo materiale ma integrarlo anche con quello che man mano viene messo a disposizione dalla comunità. In tal modo ogni formatore potrà personalizzare il corso in funzione di target ed obiettivi specifici.

La funzione del formatore nel processo di e-learning.

Le piattaforme e-learning favoriscono la condivisione delle tematiche trattate, delle questioni sollevate, e lo scambio di conoscenze ed esperienze tra professionisti.

Sono scambi che richiedono motivazione, apertura nei confronti dell'altro, flessibilità, nonché capacità di costruire criteri di selezione delle informazioni. Il meccanismo per cui un formatore può, con facilità, passare da una posizione di organizzatore di un corso a quella di utilizzatore della piattaforma per acquisire conoscenze, è una potenzialità del web riconosciuta ed apprezzata ormai da tempo. Così come in alcune piattaforme ad alto grado di interattività, la posizione del learner diviene sfumata, in quanto egli stesso può diventare fonte di informazioni e conoscenza. Oltre a ciò ed in linea con quanto detto, il trainer, assumendo anche la funzione di e-moderator, potrà sollecitare gli allievi ad incrementare gli apprendimenti interattivi, ad esempio, le interazioni on-line tra i diversi membri del gruppo.

Il supporto al formatore.

La piattaforma www.e-aids.ro guida il formatore nella costruzione del corso. Il gruppo di lavoro sulla piattaforma www.e-aids.ro ha scelto di curare con molta attenzione la formazione del formatore. Non perché sia tecnicamente difficile la realizzazione di un corso ed il suo espletamento (la sperimentazione fatta in questa direzione lo ha confermato), ma perché abbiamo ritenuto innovativa l'impostazione data all'apprendimento e alla funzione del trainer. La formazione all'uso della piattaforma www.e-aids.ro, proposta ai formatori, sia tramite l'utilizzo di manuali pubblicati on line, sia attraverso giornate di formazione face to face, tiene in considerazione l'apprendimento di criteri per progettare un percorso e-learning, realizzando e selezionando un insieme di contenuti. Ma propone anche ai formatori ipotesi su come gestire l'aula virtuale, su quando e come implementare i contatti tra gli allievi e tra gli allievi e il formatore stesso, relativamente alla tematica oggetto di studio. Dà inoltre indicazioni al trainer su come utilizzare gli strumenti della piattaforma per monitorare gli aspetti motivazionali, il senso di appartenenza al gruppo di apprendimento, la spendibilità di quanto si apprende.

La piattaforma mostra come è possibile orientare la scelta dei contenuti in funzione delle caratteristiche dei partecipanti al corso e degli obiettivi da raggiungere per quel target. Un percorso guidato conduce ad identificare il target group, a definirne i bisogni, a selezionare ed impostare, coerentemente con ciò, i materiali di apprendimento³.

Piattaforme e-learning come nodi di una rete.

La sperimentazione e il collaudo della piattaforma www.e-aids.ro sono stati orientati dalla costruzione di contenuti che non si esaurissero all'interno dei LO. I LO sono stati utilizzati anche

3 <http://www.e-aids.ro/download/Outputs/Training%20course%20support.pdf>

come contenitori di collegamenti a risorse esterne alla piattaforma. Tale sistema è stato realizzato a partire dall'ipotesi che la piattaforma potesse mediare il rapporto dei suoi utilizzatori con le molteplici informazioni disponibili nel web. Un'opportunità per l'allievo di familiarizzare anche con le altre risorse presenti nella rete. E, in questa accezione, le piattaforme di e-learning possono essere pensate come un nodo nella rete, piuttosto che, con una visione più tradizionale, come contenitori chiusi con limitate interferenze con l'esterno.

E-learning e lo sviluppo di competenze specifiche.

Il valore aggiunto di ogni piattaforma di e-learning è dato dalla crescita delle competenze di navigazione e d'uso del web da parte dell'utente. L'ipotesi alla base di ciò è che con l'e-learning si migliorino le abilità relative a ciò che Dorsey (2004) definisce come il set di abilità e competenze che sostiene, alimenta e supporta l'allievo nel continuo processo di costruzione della conoscenza digitale (Pettenati, Cigognini, Guerin & Mangione, 2008) .

Valutazione e autovalutazione.

La valutazione dei risultati raggiunti da parte del learner nella piattaforma www.e-aids.ro avviene con due diverse modalità che favoriscono la valutazione dell'apprendimento contenutistico oltreché la valutazione dell'acquisizione di abilità. L'allievo per ogni LO viene valutato sul piano contenutistico con un test a risposte chiuse che gli permetterà di autovalutare il livello di apprendimento. Inoltre, per ogni modulo (il modulo è l'insieme di più LO tematici) viene chiesto di compilare un foglio di lavoro da inviare al tutor/trainer, che fornirà un feedback sul lavoro svolto. Nel foglio di lavoro si può chiedere al learner di arrivare ad un prodotto utile alla valutazione delle competenze e delle abilità acquisite. Per esempio si può richiedere di svolgere una ricerca su un argomento specifico in rete, in modo da valutare come il soggetto riesce a reperire, valutare e organizzare nuove informazioni. La valutazione, soprattutto in questo caso, ha un valore formativo e il riscontro dato dal tutor/trainer al learner può essere variamente articolato. La valutazione delle abilità è anche orientata dagli obiettivi del corso di formazione, strutturati, come detto prima, in base alle esigenze del target.

Costruzione di contenuti e scambio di informazioni (apprendimento e interazione) nell'e-learning.

La piattaforma www.e-aids.ro, nell'idea di favorire un apprendimento collaborativo, ma anche consapevole delle difficoltà che questo comporta a chi non è formato in tale direzione (sia docente che allievo), permette di strutturare un corso e-learning più o meno orientato alla discussione tra i partecipanti. Si pensa che un apprendimento collaborativo possa essere un punto di arrivo di un gruppo implicato nell'e-learning, raramente un punto di partenza. Gli strumenti del forum, della mailing-list o della e-mail personalizzata sono a disposizione di tutti gli users. Si possono costruire dei LO con dei contenuti meno strutturati chiedendo e stimolando i learners a scambiarsi informazioni nonché a costruirle insieme. Ciò non esclude l'opportunità, se il trainer lo ritiene utile per i bisogni dei learners, di focalizzarsi maggiormente sul piano contenutistico. In ogni caso riteniamo che la fase istitutiva un gruppo di apprendimento vada seguita e supportata perché strettamente connessa agli esiti del processo di formazione. E il web dà strumenti per lavorare in questa direzione.

Conclusioni.

Un anello di congiunzione tra tutti questi elementi è a nostro avviso la funzione di tutoring, orientata a motivare e costruire coerenza tra obiettivi e processo in funzione della variabilità dei partecipanti.

Possiamo concludere che le piattaforme di e-learning costituiscono un buon punto di partenza per l'avvio di processi di apprendimento nuovi. L'aggiornamento, per accedere a tali innovazioni, è a carico sia del formatore che dell'allievo intesi nella nuova veste di e-prosumatori (produttori e consumatori di conoscenza entro il web), entrambi accomunati da essere users del web. Inoltre, e questo ci sembra l'aspetto più rilevante, anche supportato dal web 2.0, l'e-learning sollecita sia il formatore che l'allievo ad una rivisitazione delle rispettive premesse nei confronti dell'apprendimento.

La prospettiva che abbiamo davanti è, secondo studiosi del settore, quella di una progressiva "marginalization of institutionalized learning", a favore di spazi di apprendimento personalizzati, sociali, aperti, autogestiti, accessibili in ogni momento e luogo, dove l'uso quotidiano sarà mediato dalla motivazione personale del learner a partecipare alla costruzione sociale della conoscenza. Da questa prospettiva anche una riflessione sul processo di costruzione dei criteri di esplorazione e selezione di informazioni nella rete costituirà, a nostro avviso, un importante campo di ricerca.

Bibliografia

Aceto, S., & Dondi, D. (2009). *E-Learning: Lifelong Learning and Innovation in the working world*. Consultato il 12 dicembre 2009 su <http://www.e-learningeuropa.info/files/media/media19654.pdf>

Bartolomé, A. (2008). *Web 2.0 and New Learning Paradigms*. Consultato il 12 dicembre 2009 su <http://www.e-learningeuropa.info/files/media/media15529.pdf>

Carneiro, R. (2006). *New knowledge, new learning and creation of value (Ariadne's Thread)*. Consultato il 12 dicembre 2009 su http://www.e-learningeuropa.info/directory/index.php?page=doc&doc_id=7013&doclng=6

Dorsey, P.A. (2004). *What is PKM? Overview of Personal Knowledge Management*. Consultato il 12 dicembre 2009 su <http://www.sacw.cn/What%20is%20PKM.html>

Hodgins, H.W. (2000). The future of learning objects. In D. A. Wiley (Ed.), *The Instructional Use of Learning Objects*. Consultato il 12 dicembre 2009 su World Wide Web: <http://reusability.org/read/chapters/hodgins.doc>

Pettenati, M.C., Cigognini, M.E., Guerin, E., & Mangione, G.R. (2009). Personal Knowledge Management Skills for Lifelong-learners 2.0. In S. Hatzipanagos & S. Warburton (Eds.), *Social Software and Developing Community Ontology* (pp. 298-315). Hershey, PA: IGI Global Publishing.

Simons, P.R.J., Van der Linden, J., & Duffy, T. (2000). New Learning: Three Ways to learn in a new balance. In P.R.J. Simons, J. Van der Linden & T. Duffy (Eds.), *New Learning*, (pp. 1-20). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, The Netherlands.

Stewart, T. (1999). *Capital Intellectual: A Nova Riqueza das Organizações*. Lisbon: Sílabo.

Alcolismo, possessione, immigrazione. Corpi anormali

di Simone Spensieri*, Abdou Ahmed**

«I sintomi compaiono alla frontiera della legge, essi la incarnano, inscrivendosi nella carne, incaricandosi di rappresentare questo punto in cui la legge non è capita dal soggetto, ma esercitata da lui.»

Pandolfi S. (2006)

Mustapha, un ragazzo marocchino di circa 34 anni di Sidi Sliman (Rabat), è stato espulso dalla comunità terapeutica per tossicodipendenti a causa dell'ennesimo litigio con un altro ospite.

Perché non riesci a stare con nessuno, Musta, cosa ti succede? litighi ovunque...non puoi più farti seguire alla Caritas, qui al Ser.T. non ti sopporta più nessuno, ti hanno espulso dalla comunità... ti succedeva anche in Marocco ?

Musta: *In Marocco stavo da solo, sin da piccolo, non parlavo, mia madre era preoccupata per questo. Perché? tua madre cosa pensava? Come ti aiutava? Ti ha mai portato da qualcuno? Da un medico, da uno fqih¹?*

Musta: *Come da uno fqih ?! Come lo sapete?*

Ecco, la nostra riflessione clinica comincia da questa sua domanda: *come lo sapete?* È una domanda che interroga le nostre conoscenze e il nostro potere terapeutico: perché possiamo parlare dello *fqih*? Perché conosciamo questi discorsi?

Allora, ci sei mai andato?

Musta mi guarda a lungo in silenzio...*Si, mi ci aveva portato mia madre, ma non voglio parlarne ora.*

Facciamo un passo indietro: Musta ci viene presentato qualche mese prima, dagli operatori della Caritas per problemi di alcolismo. Il primo colloquio è affrontato dall'educatrice² del NOA (Nucleo Operativo Alcolico), dallo psichiatra e dal mediatore culturale.

Emergono subito le gravi problematiche relative al consumo alcolico e allo stile di vita da strada. I primi due mesi di presa in carico sono estenuanti, Musta staziona al Ser.T. tutto il giorno, facendo un'infinità di richieste e sollecitando gli operatori ad un ascolto quasi continuativo. Il tempo che gli concediamo sembra non essere mai sufficiente e il suo atteggiamento è spesso di sfida al servizio che, a suo dire, non riesce a trovare le risorse necessarie per aiutarlo. Ovviamente vorrebbe un alloggio, un lavoro e il mitico Permesso di Soggiorno. Nonostante gli siano state ben spiegate le potenzialità del servizio, le energie a lui dedicate sono sempre frustrate e spesso svilite dal suo atteggiamento provocatorio.

Data la precarietà dello stile di vita e la sollecitazione costante a cui è sottoposta l'intera *equipe*, ipotizziamo un inserimento in comunità terapeutica, anche per evitare che il nostro rapporto con lui collassi in così poco tempo.

* Psichiatra, psicoterapeuta SerT ASL 4 Chiavarese. sifraga02@libero.it

** Mediatore culturale, Ser.T. A.S.L. 4 Chiavarese ahmed.mediatore@hotmail.com

¹ Guaritore tradizionale

² Il prezioso lavoro svolto dall'educatrice S. Fazzeri e dall'infermiera A. Grancelli del NOA (Nucleo Operativo Alcolico del Ser.T. dell'A.S.L. 4 chiavarese) è stato decisivo nell'inesauribile disponibilità all'accoglienza del paziente, anche nei suoi momenti di maggior tensione e sofferenza.

In comunità, tuttavia, rimane solo un mese prima di esserne espulso a seguito di una lite con un altro ospite. Gli operatori della struttura sono già sfiniti dalle sue continue richieste, pressioni, intrusioni anche fisiche negli ambulatori, in ogni spazio, in ogni spiraglio che si apre c'è Musta. Il contrappunto a questo atteggiamento di asfissiante richiesta, è la sua riservatezza nei confronti degli altri ragazzi della comunità, coi quali mostra grandi difficoltà di relazione che attribuisce alla scarsa conoscenza linguistica. Un comportamento invece ridefinito dagli operatori, come espressione di un narcisismo patologico, matrice del suo atteggiamento tossicomano.

La lite così si configura pure come pretesto per liberarsi del paziente e questo meccanismo ci fa riflettere meglio sui tempi e le logiche anche espulsive, che ci avevano spinti a pensare alla comunità dopo soli due mesi dalla sua presa in carico.

Tornato in servizio, Musta riprende lo stesso atteggiamento spossante e provocatorio, arrivando ubriaco, chiedendo infiniti colloqui e sprezzando ogni operatore che glielo nega o lo rimanda.

Ragioniamo con lui sull'esperienza comunitaria, affrontando la conversazione citata all'inizio del lavoro: perché mette così a dura prova le relazioni? anche con gli operatori della Caritas aveva esasperato i rapporti nello stesso modo, al Ser.T. era mal sopportato dopo soli due mesi e la comunità l'ha espulso dopo poco tempo.

La consultazione etnoclinica, oltre alla dimensione socio-politica ed economica del paziente, vuole interrogare il plus di senso che informa culturalmente comportamenti anche ovvi, sintomi apparentemente condivisi anche da altri pazienti, almeno nella forma, ma che possono risultare espressione di premesse e rappresentazioni assai differenti. L'abuso alcolico, pensato come sintomo e non come patologia, ci obbliga ad intraprendere una ricerca eziologica della sua sofferenza nel tentativo di svelarne il principio ed il processo di messa in opera.

E' questa l'occasione in cui gli chiediamo se sia mai stato da uno *faqih*, una domanda che lo sorprende parecchio: *Come lo sapete?*

Nonostante il mediatore culturale facesse già parte dell'equipe di riferimento del paziente, in quel periodo Musta si rifiutava di coinvolgerlo nei colloqui, così che ci siamo trovati a proporre la questione dello *faqih* senza di lui. Se il mediatore culturale fosse stato presente a quel colloquio, forse, la nostra domanda avrebbe avuto un'autorevolezza differente, poiché la sua stessa *presenza* avrebbe garantito la possibilità di quel tema, istituendo il dispositivo della mediazione culturale in un modo più facilmente riconoscibile anche dal paziente.

Convocando nello spazio clinico quel termine, *faqih*, abbiamo innescato un processo di dilatazione dei saperi e dei poteri della cura, di cui non eravamo più i soli specialisti.

Questo dispositivo «che mira a istituire uno spazio di negoziazione, un altrove dove localizzare l'alterità inesplorata che minaccia il paziente» (Beneduce, 2008, p. 290) infatti, implica la circolazione di nozioni e categorie non scontate per nessuno, tanto meno per il curante che, come il paziente, è obbligato a *dislocarsi* in una posizione soggetta ad indagine da parte dell'altro³.

Qualche giorno dopo la nostra domanda sullo *faqih*, Musta riprende spontaneamente l'argomento: *mia mamma dopo la morte di mio padre, ha cominciato a praticare la magia (Lamhabba) per poterci mantenere. Aiutava le donne a far innamorare gli uomini, anche mia sorella si è sposata così. Ma era un inganno! Per questo la nostra famiglia è stata invasa dagli spiriti e dai demoni...i jinn⁴, tu sai cosa sono. Io ero piccolo e non conoscevo queste cose, non le capivo.*

3 Rispetto al concetto di *dislocazione* dell'operatore cf. Nathan (2003) che definisce l'etnopsichiatria «una pratica dell'ospitalità», e M.R. Moro (2002) che ne fa «un'avventura innanzi tutto politica»; è un movimento che implica una critica autoriflessiva al proprio sapere e concede all'altro una parte del «potere del sapere» che normalmente detiene il solo curante.

4 Ovviamente se gli parlo dello *faqih* presume che sappia cos'è il *jinn*: entità invisibili, maschili o femminili, più volte evocate nel Corano...hanno 3 possibili sembianze (quella di rettili o scorpioni, quella di turbini di vento, quella di figure umane); sono ritenute responsabili di malattie, disturbi e

Ecco la dichiarazione con cui Musta entra nello spazio etnoclinico, usando la stessa grammatica che già lo *fqih* da noi pronunciato, aveva evocato; la sua dichiarazione ci spalanca le porte a nuove investigazioni e svela le logiche di una vicenda che si ripopola di nuove e inaspettate presenze. L'introduzione dello *fqih* nel discorso sul suo continuo atteggiamento provocatorio, trova una corrispondenza contemporaneamente grammaticale e biografica coi *jinn* da lui convocati in questo stesso discorso, la cui conoscenza da per scontata proprio in quanto pronunciato da noi.

Mia madre faceva magia, lamhabba, forse sono stato posseduto da un jinn quando ero piccolo, racconta, forse mi ha preso proprio perché mia madre faceva quelle pratiche in mia presenza.

Un'affermazione che struttura il senso dei suoi comportamenti e che, dati i contenuti, ci permette di richiamare in causa il mediatore culturale, questa volta col consenso del paziente. Sarà proprio lo stesso mediatore a confutare quella tesi, sostenendo l'assenza di una corrispondenza tra l'assistere a quelle pratiche e la possessione da *jinn*, a rimettere in discussione l'origine dei disturbi del paziente.

Il discorso così, avvia un dibattito a cui tutti prendiamo parte, senza sclerotizzarsi in una logica solo tradizionale, ma complessificandosi in un forum di ipotesi e considerazioni, obiezioni e incomprensioni, che rendono dinamica la costruzione dell'eziologia del malessere del paziente.

Musta parla con difficoltà di quel periodo e racconta che il fratello maggiore, dopo la morte del padre, ha dovuto assumerne il ruolo, interpretandolo però in modo troppo autoritario e severo: *urlava e mi diceva di stare zitto, non voleva che parlassi perché ero il più piccolo e quindi non potevo dire cose sensate...forse anche per questo non so stare con gli altri.* Musta era il minore di tre fratelli.

Rivediamo schematicamente il processo di costruzione del dispositivo di mediazione culturale:

- il paziente non riesce ad instaurare relazioni significative senza doverle costantemente provocare: l'indagine di questo sintomo/comportamento induce un'analisi etnoclinica, interrogando dimensioni *altre* da quelle organiche e psicodinamiche classiche, utilizzando *provocatoriamente*⁵ una grammatica culturale diversa che possa funzionare da *leva terapeutica*; gli chiediamo se avesse avuto problemi di questo tipo già in Marocco e se fosse mai stato visto da uno *fqih*. L'uso del materiale culturale come leva terapeutica indica una strategia che intende «far emergere ombre e conflitti *altrimenti* non nominabili» (Beneduce, 2008, p.269);

- questo è stato il passaggio centrale che l'ha sollecitato ad aprirsi e a raccontarsi attraverso un'altra sintassi della sofferenza che, postulando la Possessione da parte di un *jinn*, gli ha offerto la possibilità di situarsi in una storia familiare che era stata taciuta e che forse nasconde dinamiche non altrimenti dicibili. La sua vicenda sembra farsi ancor più complicata a causa delle logiche che si intrecciano con la presenza di un essere tanto invisibile quanto palpabile, il *jinn*, la cui evocazione, tuttavia, ha permesso un flusso narrativo inaspettato, proponendosi come vera e propria *machine a penser* e *machine a communiquer* (Beneduce, 2002, pg. 141).

Prima dei 5 anni non parlavo, ero un bambino zaizon, sordomuto - racconta Musta - non si nasce così, lo si diventa se si sta molto sotto il sole e quando ero piccolo la mamma mi metteva il riscaldamento vicino alla testa ... non so se era per questo, anche mio fratello aveva problemi di mal di testa..anche lui è andato da fqih e psicologi ma non hanno mai capito la causa... la mamma mi ha portato da uno fqih e sono stato meglio, poi ancora un periodo in cui ero ritirato e molto nervoso,

problemi quando vengono infastidite, ma non hanno necessariamente un carattere negativo. Spesso stringono relazioni con i loro partner umani analoghe a quelle fra amanti, imponendo regole e vincoli (Beneduce, 2008, p. 78).

5 Ossia col fine di *provocare* un'apertura dei discorsi che si possono fare rispetto al processo di sofferenza del paziente.

ancora da uno fqih e di nuovo sono stato meglio: ho paura del jinn, una volta ho visto una mia cugina posseduta; sbatteva in terra, parlava un'altra lingua aveva la bava alla bocca, io sono corso a chiamare mio zio ma il motorino non partiva, perché il jinn non voleva che chiamassi i soccorsi...allora ho fatto l'autostop, ma la macchina che mi ha caricato si è rotta dopo pochi km ancora per colpa sua! Allora ho corso per un'ora fino da mio zio che era in un altro paese..lui è uno "fqih di magia nera"...siamo tornati a casa, ha fatto uscire il jinn da sua figlia e l'ha mandato a una donna di Casablanca! Ogni tanto però, quel jinn torna da mia cugina..forse è quella donna che glielo rimanda...Mio zio è una persona potente...grazie alle sue pratiche è diventato sindaco di Krakra (vicino a Settat, è un Beni Meskin)... pratica il s'hur⁶; per questo le sue figlie sono state possedute dai jinn, perché lui lavora anche per portare il male.

Questo suggestivo racconto ci parla di Musta più che dello zio, fornendoci le coordinate necessarie ad impostare il nostro lavoro clinico.

Pare che la possessione da jinn rappresenti il filo conduttore di un racconto familiare che si arricchisce di particolari preziosi, svelando in modo più chiaro le trame che sostengono i rapporti sociali e privati.

Abderrahim era il fratello di mezzo, preferito da Musta, morto all'età di 28 anni perché malato di testa: *fumava hashish, lavorava in fabbrica ma ha avuto dei problemi con la datrice di lavoro, una donna francese: aveva iniziato a lavorare là, insieme ad una donna di Casablanca che però, l'aveva messo nei guai perché rubava: la padrona aveva risolto la questione licenziando tutti e due...e magari facendo qualcos'altro...A causa di quel licenziamento, Abderrahim fumava sempre di più e litigava sempre più violentemente con Abdullah (il fratello maggiore), finché si è suicidato. Io avevo 10 anni, ero disperato perché era il mio fratello preferito. Odiavo Abdullah, Abdelrrahim si era suicidato per colpa sua, ma la mamma continuava a difenderlo dicendo di ubbidirgli perché aveva 15 anni di più.*

Un evento che conferma ancora più drammaticamente la fattiva pericolosità dei jinn che costituiscono anche il continuum minaccioso che sviluppa la trama narrativa tra Marocco e Italia.

A 22 anni avevo un negozio di elettrodomestici a Sidi Sliman: in quel periodo stavo bene, avevo abbastanza soldi, il negozio andava bene..poi ho iniziato a fare l'usuraio, ero considerato un bastardo! Ero haram⁷. La gente andava da mia madre a chiedere che mi facesse stare più calmo, ero molto severo sui tempi in cui dovevano ridarmi i soldi prestati, anche i miei familiari mi chiedevano dei soldi per realizzare i loro progetti, ma io non glieli ho mai dati.

Da quando ho iniziato a fare l'usuraio ho cominciato a bere, 2 birre ogni tanto anche se mia madre mi rimproverava, ma ho iniziato a bere veramente in Italia. Lo facevo per trovare il coraggio per chiedere l'elemosina e per dormire in strada.

Sono venuto in Italia perché troppa gente mi voleva male per quell'attività...volevo sfuggire la povertà e far vedere a mio fratello che ero migliore di lui. Quindi dovevo rischiare, anche la mamma aveva rischiato, ma io credo di aver rischiato troppo; vendendo CD pensavo che avrei guadagnato soldi più puliti, sono venuto in Italia anche per smettere con quei soldi haram che mi procuravano tanti nemici...chissà se qualcuno di loro ha fatto qualcosa contro di me.

Ancora una volta il jinn si pone come elemento di connessione dei diversi piani in cui si sviluppa il racconto di Musta, e ora anche la devianza si svela come una logica che ha preso forma in Marocco rispetto all'allestimento di un'attività lavorativa haram che l'aveva messo in pericolo, rendendolo bersaglio di possibili atti di stregoneria: a questo punto il jinn potrebbe avere a che fare sia col lavoro della madre, che con lo zio fqih, che con i suoi debitori.

I soldi che avevo guadagnato con l'usura erano maledetti, erano haram. Dicevano che mangiavo il sangue della gente quando facevo l'usura...io sono partito per l'Italia usando quei soldi.

Con mio cugino facevamo festini con delle prostitute, poi ho finito i soldi, mio cugino è partito e io sono andato con altri connazionali che facevano i vu cumpra'...ho iniziato a vendere CD e DVD..mi

6 Magia.

7 Haram: illecito, irregolare, rispetto alla religione musulmana. Essere haram significa stare fuori dallo spazio della protezione della benedizione. Significa essere trasgressivo e dunque più vulnerabile rispetto all'attacco di entità quali i jinn.

vergognavo ad andare dalla gente..allora bevevo...poi ho perso anche quella casa perché i ragazzi con cui vivevo non riuscivano a guadagnare bene come me (150 euro al giorno) e hanno cominciato a dire che spacciavo...erano invidiosi..sono andato a dormire in spiaggia...ma avevo paura che mi picchiassero di notte, o che mi derubassero..li, ho iniziato a bere tanto...a vivere di notte e a dormire di giorno..la polizia ha cominciato a fermarmi quando ero ubriaco, senza permesso di soggiorno... ho preso 17 fogli di via...devo fare un processo dove rischio 4 mesi. Ho paura, non posso tornare a casa.

Un racconto che chiarisce molte cose: il motivo che l'aveva spinto a venire in Italia non riguardava le condizioni economiche ma piuttosto la paura delle sue ritorsioni sui debitori in rapporto alla possessione da jinn. Così, finalmente, Musta sposta la causalità della possessione da jinn da una situazione che lo coinvolgeva passivamente, ad una in cui è l'artefice della trasgressione che starebbe alla base della propria vulnerabilità.

Dopo quel periodo trascorso in spiaggia a Genova, giunto in Riviera e si è rivolto alla Caritas dove hanno cominciato ad aiutarlo pagandogli notti in pensioni o accogliendolo in casa dormitorio. Avendo capito che i preti che lo aiutavano economicamente non si coordinavano tra loro, Musta ha cominciato a contattarli separatamente, nelle diverse parrocchie, non più attraverso i volontari della Caritas, riuscendo a racimolare anche 100 € alla settimana, per un anno e mezzo. Inoltre comprava vestiti e biancheria nei vicoli a Genova che poi rivendeva alla responsabile dello spaccio della Caritas al doppio, guadagnando bene. Insomma aveva creato un sistema di economia alternativa che ha retto finché i preti, rendendosi conto di quanto stava accadendo, hanno chiuso i rubinetti inviandolo al Ser.T. per alcolismo

Non bevo per colpa mia, ma per colpa della strada.dovete aiutarmi..come faccio a smettere se dormo per strada e ho paura?

Aveva seguito questa logica, la ragione che ci aveva spinto a inserirlo in comunità, pensando che potesse essere la base per costruire un percorso clinicamente valido, sbagliando però nella tempistica che era stata dettata da un servizio assediato dalla sua presenza stressante e invadente. Le discussioni sulla sua arroganza erano esasperate e soprattutto il personale femminile lamentava la sua maleducazione, riportandola ad un maschilismo a loro dire inevitabile, secondo il classico stereotipo dell'uomo marocchino. La storia che avevamo svelato, la diffidenza rispetto al mondo delle donne che prendeva forma nei timori di atti di stregoneria, così come il conflittuale rapporto con la madre, non erano stati argomenti sufficienti a scardinare le convinzioni di gran parte dell'*equipe* del Ser.T., nonostante Musta avesse un ottimo rapporto con un'educatrice e un'infermiera che gli stavano dedicando un ascolto quotidiano sempre più organizzato e scandito nei tempi, capace di contenere adeguatamente la sua ansia.

Circolava anche il sospetto che fosse omosessuale e che si fosse guadagnato da vivere "facendo la vita". Un'ipotesi che aveva preso forma in occasione dell'ingresso in un'altra comunità, quando ci aveva chiesto di poter depositare ben 4000 € in una banca marocchina tramite il Consolato! In particolare era sotto accusa il rapporto con uno dei preti che, a suo dire, gli avrebbe dato molto denaro. Inoltre aveva un rapporto stretto con un ragazzo che qualche operatore sapeva essere omosessuale. Insomma, nonostante la vicenda Musta stesse prendendo una forma sempre più nitida sul piano narrativo, le fantasie nei suoi confronti crescevano a dismisura e disordinatamente a causa del suo comportamento e forse, per esorcizzare un'alterità che rendeva troppo complessa la decifrazione della sua sofferenza. Per la maggior parte degli operatori, le considerazioni culturalmente stereotipate (maschio marocchino disposto a tutto, anche a prostituirsi, inaffidabile e subdolo) rimanevano vincenti rispetto ad ogni altra riflessione.

Anche la seconda esperienza comunitaria è stata assai breve, terminata per il timore che gli altri ragazzi avessero l'AIDS. *Mi guardavano male e mi facevano sentire sporco come quando vivevo per strada, avevo paura di essere attaccato dai jinn prima di addormentarmi...per questo ho qualcosa che ho portato dal Marocco, è un hijab⁸...*(è un

8 Oggetto eteroclitico generalmente fabbricato da uno *fqih*, serve a proteggersi da malocchio, jinn.

piattino d'argento che tiene in tasca avvolto in una plastica che ci mostra per la prima volta)
l' ha fatto uno fqih.

Confermiamo l'importanza di avere l'*hijab* sempre con sé e gli chiediamo se fa dell'altro per proteggersi. *Prego molto e leggo il Corano... lo vedi anche tu che dei giorni sto male e cambio carattere.*

Musta ha ragione ma c'è sempre un motivo visibile a cui riportare quelle preoccupazioni: *si, conferma il ragazzo, succede quando l'avvocato mi dà cattive notizie sul permesso di soggiorno e sul rischio di finire in carcere, o quando temevo di aver preso l'AIDS in comunità da chi è realmente ammalato...c'è sempre qualcosa che mi spaventa tanto e mi viene una paura forte...non credo che c'entrino col jinn, forse hijab funziona meglio di quello che penso, ma io sono arrabbiato perché Allah non mi guarda! Non riesco ad avere il permesso di soggiorno, né un lavoro in regola, né una casa*

Non siamo d'accordo, riteniamo che le problematiche amministrative e penali non possano essere causa di trasgressione nei termini in cui lui la sta evocando. La trasgressione di cui ci sta parlando Musta, si svolge sul piano religioso, ha a che fare con lo sguardo di Allah, dunque la sua devianza non è riconducibile alla fragilità sociale con cui ora si fa scudo.

Musta è molto preoccupato per quanto stiamo dicendo, eppure era stato proprio lui con la storia dell'usura a ricentrare su di sé la trasgressività che starebbe all'origine della possessione da *jinn* che rivendica.

Una riflessione che affronta con molta fatica e che lo porta a svelare il suo segreto più intimo: prima di entrare in CT, aveva iniziato una relazione omosessuale con un ragazzo a Lavagna e la paura di aver contratto l'AIDS era legata a quell'esperienza, *la prima esperienza omosessuale della mia vita... in comunità ero stato preso dalla passione e dalla gelosia, erano emozioni nuove per me.*

Per la prima volta, dopo circa due anni che lo seguiamo, Musta si rivela omosessuale con estrema difficoltà, paura, vergogna, piangendo, dicendo che è sbagliato, che è marocchino e musulmano, che il Corano lo considera un gravissimo peccato di fronte ad Allah.

L'intuizione di una presunta omosessualità, che qualcuno di noi aveva avuto, dunque, era corretta, ma sorprende che quel sospetto fosse sorto in rapporto all'interpretazione maliziosa di un dato (i 4000 € che avrebbe accumulato prostituendosi) che avrebbe squalificato il paziente, screditandolo ulteriormente e rischiando così di creare una frattura a quel punto insanabile tra noi e lui, tra il nostro sguardo moraleggiante e il suo devastante contraddittorio interno.

Un equivoco che sottolineiamo in ragione dell'importanza che diamo al processo di cura piuttosto che allo svelamento di un dato di realtà, laddove il nostro obiettivo non mira alla confessione di una *verità*⁹ indicibile, ma alla costruzione di una dimensione esistenziale possibile.

Proprio quando la storia di Musta risultava più comprensibile, questa dichiarazione aveva rimesso tutto in discussione, costruendo un nuovo collegamento tra il timore della Possessione da *jinn*, il lavoro della madre e, dunque, i rapporti familiari, la natura della propria sessualità e la condotta pericolosamente autolesiva.

L'omosessualità era "il motivo" della sua partenza dal Marocco: nessuno lo sapeva, la madre continuava a proporgli mogli che lui rifiutava; *avevo un negozio che andava bene e dunque non ci sarebbe stato motivo per non sposarsi, non sapevo più che spiegazioni dare e per nascondere quella macchia, sono scappato. Non potevo dirlo a casa perché mi avrebbero cacciato, non lo avrebbero accettato. Mi chiedo se l'omosessualità sia da curare*

Spiega che ultimamente beveva per gelosia, *mi sfogavo e mi punivo.*

9 «Benjamin [...] scrisse che la verità era un segreto che non andava esposto, perché questo l'avrebbe distrutta, ma andava invece rivelata in modo tale da renderle giustizia» (Taussig, 2005, p. 265).

Irrompe così sulla scena, un dato che stravolge tutta la vicenda di Musta illuminandola da un'altra prospettiva.

Si avviano lunghe discussioni sulla natura dell'omosessualità, confronti che Musta cerca in tempi differenti con l'educatrice, l'infermiera, lo psichiatra e il mediatore culturale; un dibattito che parla anche del suo rapporto con la religione musulmana e con la società marocchina, oltre che di quello con la madre e col fratello, un confronto che tesse la trama di un'altra esperienza di vita, ancora più complessa, che tuttavia si riformula con un senso più nitido, attraverso una narrativa più precisa che sviluppiamo insieme, a partire da interrogativi più chiari e decifrabili.

E' il mediatore culturale, la figura che rimane per lui la più difficile da affrontare, anche perché svolge il ruolo di Imam nella comunità musulmana della zona. La sua presenza e il suo pensiero, quindi, hanno un'implicazione particolare che obbliga Musta a mettersi in gioco su un duplice piano rispetto all'omosessualità: in quanto uomo marocchino e come musulmano.

Sarà compito del mediatore culturale poi, smarcarsi da quel ruolo di testimone e giudice in nome di intere categorie di persone, marocchine o musulmane, affidatogli dal paziente, per rilanciare la discussione rispetto ad altre logiche non stereotipate.¹⁰

Il problema di Musta non è l'omosessualità in sé, ma il fatto che questa essenza crea in lui una doppia crepa, una tutta interna e l'altra tra interno ed esterno; così come il *jinn*, potremmo dire, anche *quella* omosessualità definisce separazioni e scissioni, frammenta i legami, disumanizza il corpo.

Dice di aver paura di stare solo. La paura di star solo di giorno è diversa da quella che prova di notte: la prima si riferisce ad un vero sentimento di solitudine, la paura della notte, invece, esprime il timore di essere attaccato dal *jinn*: *loro stanno dove non c'è gente, nei posti bui e isolati, e io sono più vulnerabile perché sono un peccatore. Non posso stare coi marocchini perché giudicano che l'omosessualità sia un peccato*. Da queste osservazioni si desume l'inquietudine di Musta nei colloqui col mediatore culturale/Iman che esercita un doppio sguardo marocchino/musulmano che il paziente concentra tutto su di sé, confrontarsi con lui significa sperimentare la possibilità di parlare ed esprimere la propria sessualità nella complessità del mondo marocchino, significa ristrutturare il proprio sguardo.

Eccolo di nuovo, lo sguardo che inchioda, che riduce le possibilità ad essere, che corrode la libertà e mette a rischio l'appartenenza.

Ricorda R. Beneduce che la Possessione in qualità di evento performativo per eccellenza, ci può dire moltissimo rispetto all'esperienza di libertà e soggettività di individui che convocano nello spazio clinico e addirittura nel proprio corpo altri esseri, che vivono con noi, nelle stesse città, nelle stesse società, nelle stesse politiche e nelle stesse economie.

L'esperienza della Possessione, così come la Tossicodipendenza, non si esaurisce unicamente nel corpo di chi la sperimenta, ma si esprime piuttosto in quanto possibilità relazionale: un'esperienza che vede la centralità delle nozioni di *legame* e di *corpo*. Essa «si ridefinisce nel suo potenziale espressivo e comunicativo, imponendo la presenza di un corpo che si fa luogo della agentività ... una potenzialità incarnata, necessaria ad attivare la comunicazione e a definire gli spazi della negoziazione pubblica di sé» (Pizza, 2007, p. 49). Un' esperienza che crea la possibilità di ridefinire e trasformare identità sempre mutevoli di individui che, contemporaneamente, negoziano attraverso quella sintassi, le coordinate del loro essere sociale.

Musta si vede come un diverso-peccatore (*per il Corano l'omosessualità è un peccato*, dice) il suo è un corpo anormale e va perseguitato. Le sue paure, hanno la stessa origine: *se la mia famiglia lo sapesse, mi scarterebbe, è per questo che sono fuggito dal Marocco. Sono un peccatore e sono sbagliato, nessuno vuole stare con me. Penso di essere omosessuale perché sono stato attaccato dai jinn quando mia madre faceva le pratiche magiche*.

¹⁰ In questo senso il mediatore culturale smette i panni del rappresentante culturale che il paziente cerca di affidargli, per rivestire il suo vero ruolo di *terza sponda del fiume* (cf. Beneduce, 2008).

Ribadiamo spesso che l'interrogazione stereotipata che Musta esercita sullo sguardo marocchino e musulmano che lui incarna e concentra in quello del mediatore culturale, sono in realtà proiezioni del suo sguardo su di sé. Abbiamo l'impressione che il vissuto di inadeguatezza che esprime in ogni relazione e nell'impossibilità a trovare un luogo in cui vivere, esprima anche il veto che lui stesso si impone a vivere nel proprio corpo, in quanto agente di peccato.

Musta, d'altra parte, denuncia chiaramente l'espropriazione del proprio corpo ad opera del *jinn* che lo possiede.

Pur tenendo presenti i vincoli che oggettivamente pesano sulla sua libertà d'azione, non solo l'omosessualità ma anche la clandestinità che lo relega a muoversi come un'ombra nello spazio urbano, ritagliando per lui solo dimensioni di ulteriore marginalità, rileggiamo la sua sofferenza anche come un conflitto interno a sé, tra una parte che vuole esprimersi ed una che si censura. Articolando il discorso su più variabili, la dimensione privata e quella socio-politica oltre che solo religiosa e morale, cerchiamo di creare nuove coordinate in cui Musta possa orientare la sua riflessione sull'omosessualità.

Questa sua proiettività sembra riproporre il dissidio tra la necessità esistenziale di evasione dal proprio corpo e il desiderio di affermazione in esso, come se risiedesse *anche* lì, nel suo corpo anormale, il suo estremo bisogno del Permesso di Soggiorno.

Musta non si legittima ad abitare nel suo corpo omosessuale che vorrebbe distruggere ma anche disciplinare rispetto alla legge divina ma che, invece, rimane fonte di pulsioni che lo attraggono nell'*haram* più profondo, staccandolo letteralmente dal cordone ombelicale della madre di cui teme la maledizione (*sakht*), espellendolo dalla propria famiglia, escludendolo dal campo sociale.

Il suo vagabondare è anche l'espressione di una latitanza che deve mantenere rispetto al proprio corpo che pensa assoggettato ad un *jinn*: una presenza temuta, ma forse anche un'entità invocata che finalmente possa rapirgli quel corpo, espropriandolo di quell'essenza rispetto alla quale mantiene tutta l'angoscia della propria impossibilità a vivere.

La cura di Musta è il percorso di formulazione di un nuovo soggetto, che si sviluppa anche attraverso la costruzione di nuovi luoghi, fisici, emotivi, politici e forse anche culturali, in cui sia possibile essere accolto, tenuto, voluto; una ristrutturazione di quella doppia crepa che rende il suo corpo inabitabile e sempre a rischio di frantumazione in ogni relazione.

Certamente il piano amministrativo non ci ha aiutato in questo lavoro e, per l'ennesima volta, si è proposto come esercizio di dominio che ha alimentato il vissuto a non esserci, a non poter vivere: Musta è stato intercettato e rimandato in Marocco contro la propria volontà, proprio mentre stava affrontando le dimensioni più profonde del suo essere. A nulla sono valse le nostre relazioni coordinate all'azione che il suo avvocato ha portato avanti con scrupolo, anche successivamente alla sua espulsione, motivata da un rischio autolesivo importante.

Un brutto esempio della disarticolazione istituzionale nel lavoro sociale di rete.

Bibliografia

Augé, M. (1994). *Le sens des autres*, Actualité de l'anthropologie. Pasis: Athème Fayard. (trad. it.: *Il senso degli altri*. Milano. Anabasi. 1994)

Basaglia, F. (1957). Corpo, sguardo e silenzio. L'enigma della soggettività, *Rivista di Freniatria*, 2007, I, pp. 11-22

Beneduce, R. (1998). *Frontiere dell'identità e della memoria*. Milano: FrancoAngeli.

Beneduce, R. (2000). *Politiche dell'etnopsichiatria e politiche della cultura*. Seminario di Bucine (Arezzo), 28.7.2000.

- Beneduce, R. (2002). *Trance e possessione in Africa*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Beneduce, R. (2005). *Etnopsicoanalisi*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Beneduce, R. (2005). *Antropologia della cura*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Beneduce, R. (2008). *Etnopsichiatria*, Roma: Carrocci.
- Bouhdiba A. (2005). *La sessualità nell'Islam*, Milano: Mondadori.
- Fassin, D. (2001). *La biopolitica dell'alterità. Clandestini e discriminazione razziale nel dibattito pubblico in Francia*. In Ivo Quaranta (Ed): *Antropologia Medica*, Milano: Raffaello Cortina, 2006.
- Foucault, M. (1999). *Les anormaux. Cours au college de France 1974 – 1975*. Seuil/Gallimard (trad. it.: *Gli anormali*. Milano: Feltrinelli, 2004).
- Good, B.J. (1994). *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*, Cambridge: Cambridge University Press. (trad. it.: *Narrare la malattia*. Torino: Ed. Comunità, 1999).
- Grandsard, C. & Nathan, T. (1999). *Toxicomanie: un réseau ultra-court*. Paris: Centre Georges Devereux.
- Moro, M.R. (2002). *Enfants d'ici venus d'ailleurs*. Parigi: Hachette Littératures.
- Nathan, T.(2001). *Nous ne sommes pas seuls au monde*. Les Empecheurs de penser en rond. Paris: Seuil (trad. it.: *Non siamo soli al mondo*. Torino: Bollati Boringhieri. 2003).
- Pandolfi , S. (2005). In Augè, M. & Benduce, R. (Eds) *Antropologia della cura*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Pizza, G. (2007). La questione corporea nell'opera di Franco Basaglia. Note antropologiche. *Rivista di Freniatria*, 1, pp. 49-68.
- Pizza, G. (2008) *Antropologia medica*, Roma: Carocci.
- Quaranta, I. (2006) (Ed). *Antropologia medica, i testi fondamentali*, Milano: Cortina.
- Sayad, A. (1999). *La double absence*, Paris: Editions du Seuil, (trad. it.: *La doppia assenza – dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*. Milano: Raffaello Cortina, 2002).
- Spensieri S. (2007), La ricerca dell'incertezza, intervista a Roberto Beneduce. *Rivista sperimentale di Freniatria*, 1, pp. 123-139.
- Spensieri, S., Seimandi, G.L., & Valentini, L. (2008). Per una pratica dell'ospitalità tra paziente e operatore. L'irriverenza di un approccio etnopsichiatrico nei servizi. *Animazione Sociale*, 3, pp 35-41.
- Taussig, M., (2005). *Cocaina, un'antropologia della polvere bianca*. Milano: Mondadori
- Taliani, S, & Vachiano, F. (2006). *Altri corpi*. Milano: Unicopli

“Lo scudo di Perseo: complessità e nodi del passaggio adolescenziale nelle famiglie con figli con disabilità intellettiva”

DI Cinzia Casini^{*}

Introduzione

Le riflessioni che proponiamo nascono da un lavoro di ascolto ed osservazione realizzato presso L'Associazione Area di Torino che ha coinvolto un gruppo di sette ragazzi con disabilità e di dieci genitori accomunati da una fase di passaggio e cambiamento quale quella che si sviluppa intorno ai 18 anni, con la fine della scuola superiore ed il passaggio dai servizi di Neuropsichiatria infantile al “dopo”. Esporremo in questa sede le considerazioni ricavate dal lavoro di ascolto dei genitori.

La scelta di avviare la ricerca nasce da alcuni segni di “disagio” che abbiamo raccolto nel corso delle nostre attività tanto con i figli quanto con i genitori e che ci hanno fatto pensare che stesse accadendo qualcosa di nuovo e di diverso e che l'insieme di questi elementi fosse un dato comunicativo importante.

Questo quadro (che è stato possibile ricomporre attraverso un lavoro di integrazione di informazioni in équipe) ci ha spinti a rivolgere una particolare attenzione alla situazione, con l'obiettivo di recuperarne un senso non solo all'interno della relazione con noi ma anche nel contesto di ciclo vitale da loro attraversato.

Il lavoro di ascolto e intervento

Il lavoro di ascolto e intervento è stato realizzato tra il mese di ottobre 2007 e marzo 2008 presso la sede di Area.

Si tratta di un percorso osservativo fondato su obiettivi da un lato esplorativi (di conoscenza di una fase di passaggio e di un funzionamento organizzativo dei servizi) e dall'altro clinici (di ascolto, contenimento e accompagnamento dei genitori in questa fase critica).

Il gruppo dei genitori e dei ragazzi con disabilità con cui si è lavorato è costituito da dieci adulti e sette ragazzi frequentanti un'attività fortemente connotata da obiettivi di autonomizzazione. I ragazzi hanno un'età che varia tra i 17 e i 21 anni e stanno terminando o hanno da poco terminato il percorso scolastico superiore. La loro disabilità medio-grave non permette, per nessuno di loro, di ipotizzare a breve termine inserimenti lavorativi, anche guidati, dopo la scuola.

Sono stati ascoltati complessivamente 10 genitori, di cui tre coppie e quattro mamme.

L'età dei genitori varia dai 40 ai 60 anni. Di questi il 40% lavora mentre il 60 % non lavora più.

Il percorso di osservazione e ricerca ha previsto due colloqui con cadenza quindicinale con genitori e figli, visti separatamente e contemporaneamente da due psicologhe.

Il colloquio con i genitori è stato condotto seguendo un modello di colloquio libero con una cornice di riferimento che teneva presente il periodo specifico di passaggio (la scuola, il progetto ed il dopo, il rapporto con i servizi).

L'obiettivo di partenza del lavoro di osservazione era quello di approfondire il senso di “segnali” di malessere come quelli citati e ricavarne indicazioni operative e cliniche.

L'ipotesi da cui siamo partiti è che tanto i genitori quanto i figli attraversino una fase di riacutizzazione di vissuti traumatici attivati da una “seconda nascita” quale quella adolescenziale (Charmet, 1991) e che ciò coincida con un venir meno di funzioni di

^{*} Psicoterapeuta, Area onlus, Torino; e-mail: cinzia.casini@libero.it

accompagnamento e contenimento a causa di un “passaggio di consegne” nella rete di supporto dei servizi, tanto sanitaria quanto assistenziale.

Il rischio che abbiamo individuato è che un deficit nella funzione di accompagnamento e guida dei genitori in questa fase, li porti ad uno stato di malessere e disorientamento tale per cui divenga impossibile a loro volta contenere emotivamente i propri figli. Tutto questo può esitare in comportamenti agiti che tendono ad ostacolare il percorso di definizione soggettiva ed individuazione, tanto nel genitore quanto nel figlio, riproponendo in forma cronicizzata una relazione simbiotica indifferenziata e impedendo la definizione di un qualche progetto di vita.

Nella individuazione degli obiettivi più specifici emerge la doppia valenza del lavoro che abbiamo realizzato: quella di ricerca-intervento, con finalità esplorative e al contempo cliniche.

Obiettivi esplorativi rispetto a questa fase di passaggio:

1. raccogliere informazioni sul funzionamento individuale e relazionale di genitori e figli.
2. raccogliere informazioni sul modo in cui i servizi, secondo la percezione dei genitori, accompagnano in questa fase.

Obiettivi clinici:

1. offrire uno spazio di riconoscimento della criticità di questa fase.
2. offrire un'occasione di “spazio per sé” tanto ai genitori quanto ai figli in un momento di riavvicinamento simbiotico.
3. segnare un “tempo” per fermarsi a pensare ad un prima ed un dopo.
4. valutare il senso dei “segnali” rilevati rispetto a noi ed alle attività proposte.

Elementi raccolti

Gli elementi raccolti dai colloqui ci portano a ritenere che questa fase di passaggio comporti un riemergere in forma acuta di aspetti individuali e relazionali consolidati nel tempo e che nascono da un complesso meccanismo di adattamento all'esperienza traumatica della disabilità. Il periodo in questione, per le sue caratteristiche che approfondiremo, comporta per i genitori un punto di svolta nella percezione di questi elementi che vengono invasi e condizionati da un doloroso sentimento di *disillusione*.

Gli aspetti che portano i genitori (ma anche i figli) a questo cambiamento sono principalmente la riattivazione del senso del “tempo” attraverso marcatori ineludibili (la fine della scuola, la scadenza del diciottesimo anno di età) e il mutamento dei contesti di supporto e appartenenza (in primis la fine della scuola come luogo di ancoraggio al mondo dei normodotati e il termine della presa in carico dei servizi di neuropsichiatria infantile e della prospettiva evolutiva che ne ha segnato l'approccio).

Il tempo è una determinante fondamentale di questa fase di passaggio e di crescita del ragazzo disabile adolescente ed è evidente che proprio in questo frangente diventa più difficile negarlo. L'imminente termine della scuola ed il passaggio da un servizio ad un altro inseriscono l'elemento “tempo” in un processo identitario che tende difensivamente ad annullarlo (“è come se fossero sempre bambini”). Già nella fase finale del percorso scolastico (gli ultimi due anni della scuola secondaria), il confronto con i coetanei concretizza i cambiamenti adolescenziali ed i processi di svincolo, rendendo visibili profonde differenze tra il mondo degli adolescenti disabili e quello degli adolescenti “normodotati” sul piano delle autonomie possibili, delle relazioni amicali, della crescita cognitiva e intellettuale. La forbice dunque si divarica, i gruppi di pari si formano escludendo o non coinvolgendo i ragazzi disabili, per i quali si apre un percorso doloroso di consapevolezza della propria diversità. Con l'approssimarsi del termine della scuola, per le famiglie si propone il problema del “dopo”, spartiacque tra un prima che li accomunava a tutte le altre famiglie attraverso la scuola, ed un poi che invece segna più marcatamente la differenza tra un percorso di crescita ed autonomia orientato alla svincolo ed altri percorsi difficili da immaginare.

Pensare al “dopo” implica dunque una disponibilità su due livelli: di elaborazione della “perdita” di tutto ciò che la fine della scuola comporta (aspettative, rete amicale, organizzazione del tempo) e di accettazione del confronto con una realtà nuova che implica una riprogettazione delle relazioni ed una ridefinizione delle identità tanto del genitore quanto del figlio.

L'elemento paradossale e foriero di sofferenza tanto nei genitori quanto nei figli sta proprio nella doppia velocità attribuita al tempo contemporaneamente e parallelamente all'interno della famiglia in questa fase: c'è il tempo congelato che ripara e c'è il tempo accelerato che apre al necessario cambiamento. C'è un dentro omeostatico e c'è un fuori in movimento.

Tornando agli elementi raccolti dai colloqui con i genitori ed a quella che ci è sembrata la caratteristica che in qualche modo aiuta a leggere un rinnovarsi o acuirsi di meccanismi difensivi cronici, ovvero la disillusione, quello che ha colpito in molti dei genitori con cui abbiamo parlato, è l'assoluta impossibilità di vedere il tempo, le sue stagioni, i suoi cambiamenti come se si trattasse di un “tempo congelato” che nella sua fissità scompare.

L'aspetto interessante è che solo in due casi è presente un progetto “reale” fondato su una qualche rappresentazione del tempo ma in entrambi questi casi i figli hanno già passato almeno una volta la fine della scuola, avendo le famiglie scelto di far ripetere l'ultimo anno. Negli altri casi la fine della scuola, anche se distante di pochi mesi, non viene nominata o non attiva movimenti progettuali. È come se fosse necessario “passare dal limite” (temporale, esperienziale) per poterselo rappresentare. Aspetto che potrebbe confermare la difficoltà di attivazione del “livello simbolico - rappresentativo” del pensiero, caratteristica di questi genitori.¹

Tra gli altri, una mamma che era riuscita a “muoversi” attivandosi nell'affrontare scelte necessarie per la figlia, aveva iniziato a farlo solo dopo che la figlia aveva terminato la prima volta la quinta. La ragazza aveva poi ripetuto l'anno, creando uno spazio-cuscinetto in cui è stato possibile (solo allora) pensare ad un progetto. Tale progetto era passato da un progressivo adattamento delle aspettative e dei desideri della madre ai limiti rimandati dalla realtà (*quando ho visto che il mio castello di illusioni si infrangeva sono approdata al Centro...*).

A. ha terminato la scuola da tre anni. Ha ripetuto l'ultimo anno così si è iniziato a cercare un centro per l'anno successivo...l'ultimo anno A. era insofferente a scuola perché vedeva gli altri ragazzi che facevano cose che lui non poteva fare e ci rimaneva male”.

Il signor. N., rispondendo ad una mia domanda sui progetti futuri (mai emersi prima nel colloquio) dice che i “negoziati” con la moglie sono ancora in corso ma che stava pensando a due alternative: o trasferirsi sei giorni su sette in montagna oppure viaggiare per sei mesi all'anno...” (in entrambi i casi non compare il figlio con le sue esigenze di relazione e di autonomia).

Una coppia di genitori, rispondendo alla mia domanda sui progetti futuri (anche in questo caso mai emersi prima dal colloquio) si guardano e ammettono di non averne rispetto al figlio (al quarto anno delle superiori) e che dovranno per questo rivolgersi all'assistente sociale... nella loro rappresentazione tuttavia c'è come unica alternativa o la comunità o la casa.

La mamma di V., all'ultimo anno delle scuole superiori, passa il colloquio a ripetersi le cose che dovrebbe fare (rivolgersi all'assistente sociale per il “progetto”...cercare un altro neurologo)... ma non riesce a farlo”

Emerge una rappresentazione del “dopo” in cui si alterna un'assenza totale di un progetto di vita e la presenza di pensieri non centrati su un riconoscimento dei bisogni dei figli e dei cambiamenti che dovranno affrontare.

¹ Montobbio (Montobbio & Lepri, 2000) parla a questo proposito di identità adesiva, con esclusione dell'elemento terzo, base per lo sviluppo del pensiero simbolico.

L'assenza di temporalità è una caratteristica riscontrabile nel funzionamento del mondo della disabilità in generale (Tesio, 2000) ma ci pare di poter ipotizzare che proprio in questa fase di passaggio di cui ci siamo occupati, rischia di accentuarsi divenendo ostacolo ad un'evoluzione progettuale della vita di queste famiglie. Di fronte ad un cambiamento, ad una tappa separativa, ad un passaggio individuativo, il tempo si ferma o va indietro. Un funzionamento di questo tipo, in ottica familiare, viene descritto da Onnis (2004) a proposito delle famiglie invischiate in cui domina il mito dell'unità familiare (le famiglie in cui compare un'espressione sintomatica di tipo psicosomatico). Onnis sottolinea come queste famiglie in cui ritroviamo un "tempo sospeso" (il tempo che annulla le separazioni) sono famiglie che da un punto di vista trigerazionale, sono accomunate dall'aver affrontato e non elaborato nel passato gravi perdite e lutti. Ci sembra di poter dire che in questi casi, come nei casi delle famiglie colpite dal trauma generativo della disabilità, il tempo, in quanto alleato del cambiamento, deve rimanere fermo.

La *disillusione* per un figlio ideale perduto e per una ferita generativa che si rinnova nell'impatto con un progetto di autonomia e di vita visto come irrealizzabile (proprio perché lontano da quello che si sarebbe voluto), segna pesantemente i genitori riaccendendo il dolore della ferita narcisistica, la tristezza per un qualcosa di perduto (malinconia legata al lutto) e l'angoscia di morte come espressione ultima di un progetto non realizzabile. La valenza di questo sentimento è profonda e complessa perché investe un piano intrapsichico individuale ma anche un livello relazionale, condizionando le dinamiche familiari e il rapporto con il mondo esterno.

I genitori vivono in questa fase una perdita di speranze che rischia di divenire totalizzante, spegnendo la fiducia anche minima in un possibile cambiamento, nella crescita, nella vita e influenzando sulla possibilità di rappresentarsi un "dopo" e di affidarsi a figure professionali o servizi che accompagnino nel passaggio. Il brano di colloquio che segue ne è una chiara espressione:

... chiedo che classe faccia V.: è all'ultimo anno. Chiedo cosa abbiano pensato per dopo. Mi dice che lei tra sé spererebbe in un inserimento lavorativo ma non ne ha ancora parlato con nessuno. Quasi teme che le dicano che V. non ne è in grado. Ma siccome lei vede dei cambiamenti nel figlio pensa che magari lavorandoci su ancora per un paio d'anni poi diventi in grado di fare qualcosa. Il prossimo anno andrà in un centro diurno gestito dalla Lei non è ancora andata a guardarlo. È la stessa associazione che frequenta ora ma la sede sarà diversa. Non sa bene cosa faranno, Sa solo che staranno lì tutto il giorno. Ma a lei crea molta angoscia l'idea che stia lì solo perché non sa dove altro andare. Le piace di più pensare che sia un progetto che apra alla possibilità di un lavoro. Tutto questo viene detto sempre con una profonda cupezza.

E poi c'è il problema del neurologo: ne parla con freddezza e distanza ma sento che è un argomento pesante. Mi dice che "sono stati dimessi", che la dottoressa ha solo detto che non si sarebbe occupata più di V.. Non ha dato loro nessuna indicazione limitandosi a dire che di neurologi ce ne sono tanti. Le dico che mi sembra molto arrabbiata. Lei conferma: non se lo aspettava che sarebbe andata così. Che adesso non sa neanche cosa andare a cercare: ci vuole qualcuno che lo segua ... "e poi per fare cosa?...cosa chiedo io a un dottore? Non so neanche se per lui è meglio un neurologo o un neuropsichiatra... È' come essere tornati indietro."

L'angoscia e la sensazione di "perdita di speranze" che nasce dalla disillusione e dalla riattivazione della ferita originaria, acuisce la difficoltà del genitore di "vedere" il figlio per quello che è, riconoscendolo e pensando per lui un dopo. Tale mancato riconoscimento soggettivo poggia su una dinamica ormai consolidata nel tempo derivante da una "simbiosi secondaria" e riparativa o, per dirla in altre parole, dall'esigenza difensiva di fondersi per non vedersi.

Simone Scusse (1996/2006), a proposito del contatto doloroso dei genitori con la disabilità del figlio, utilizza metaforicamente il mito di Medusa e Perseo sottolineando il potere della prima di pietrificare chiunque osi guardarla. "*La scoperta di un'anormalità nel bambino mette*

i genitori di fronte ad una prova analoga: vedere il volto di Medusa. Costretti a guardare in faccia ciò che non si potrebbe guardare o vengono pietrificati o distolgono lo sguardo” (p. 32).

Come fa Perseo, per guardare Medusa è necessario coprirsi con uno scudo che funga da specchio. Il genitore ha bisogno di proteggere il proprio sguardo, di modulare la vista di ciò che è così doloroso vedere, perché rimanda ancora una volta a ciò che si è perso con tanta drammaticità, il proprio figlio ideale (aprendo ad una ferita narcisistica incolmabile).

I genitori che abbiamo ascoltato faticano a “vedere” il proprio figlio. Non solo, ma lo scudo che li ha protetti per tanti anni, rischia di infrangersi di fronte ad un impatto troppo duro con la nuova realtà, segnata massicciamente da un “tempo” scandito e da un contesto che cambia, come abbiamo visto. Il timore che questo accada, accanto al riemergere di vissuti traumatici, attiva un sistema difensivo che varia da soggetto a soggetto il cui effetto è in ogni caso quello di diminuire la possibilità di un riconoscimento soggettivo autentico del ragazzo disabile, proprio in una fase in cui il suo “bisogno di identità” si fa ancora più forte.

Emotivamente compaiono aspetti tipici che rimandano agli effetti della ferita narcisistica e del trauma generativo: angosce di morte e depressive spesso poco consapevoli ma agite attraverso comportamenti di ritiro o attraverso somatizzazioni.

La rabbia, raramente riconosciuta dai genitori come componente del trauma, viene perlopiù espressa in modo implicito e giocata nella relazione con il mondo esterno con atteggiamenti di tipo rivendicativo che pretendono un risarcimento per il danno subito o per la posizione di svantaggio in cui ci si trova. La riparazione viene chiesta su un piano “sociale”, “legale” senza riconoscerne la sostanziale valenza affettiva.

La disillusione e la conseguente perdita di speranze condiziona massicciamente anche la relazione con “il fuori”, inteso come ambiente esterno ai circuiti affettivi famigliari; in questo “spazio” i genitori depositano aspetti aggressivi molto pesanti associati al trauma, al lutto ed alla disillusione. Parallelamente tuttavia c’è la necessità di un “fuori” ideale, salvifico, oppure pienamente rispondente ai bisogni del figlio. Si crea così un’oscillazione tra vissuti distruttivi e vissuti di idealizzazione che vengono talvolta giocati alternativamente sugli stessi servizi o sulle stesse figure professionali in fasi e momenti diversi della relazione.

Nel caso dei nostri colloqui il “fuori” è comparso come “scuola”, come “servizi sociali” (educatori, assistenti sociali), come figure sanitarie e come associazioni e centri per la disabilità.

Tanto la scuola quanto i servizi sanitari che hanno seguito in età evolutiva vengono associati ad un’idea di cambiamento ed evoluzione che li ha accompagnati negli anni ma che sta per concludersi o si è già concluso con un’interruzione della presa in carico.

Una mamma a proposito della scuola racconta del passaggio tra la scuola media inferiore - in cui il figlio veniva interrogato come gli altri e per questo era motivato a fare- alla scuola superiore in cui passa la maggior parte del tempo in corridoio e nessuno si aspetta più nulla da lui.

Per un’altra mamma la scuola è l’ancora di salvezza prima del baratro, è lo spazio normale che è ancora concesso alla figlia e pertanto sceglie di far ripetere l’ultimo anno.

Per due altre coppie di genitori la scuola è il contesto che permette di mantenere viva l’illusione di una normalità del figlio (mio figlio a scuola è più bravo degli altri ... mia figlia segue il programma del resto della classe e va benissimo).

Per quanto riguarda la relazione con i servizi, i vissuti raccolti spaziano dal senso di abbandono alla rabbia alla paura (causata dalla perdita di riferimenti e dalla sensazione di perdita di controllo). Ne deriva un profondo senso di disorientamento e confusione ed un bisogno di “fidarsi e affidarsi” che però fatica a trovare una sua risoluzione proprio a causa della rabbia e della paura di cui sopra.

In particolare una mamma, parlando della rabbia e del senso di esclusione e abbandono sentita a seguito dell'interruzione dei rapporti con il neurologo del figlio (che non segue più a causa della maggiore età del ragazzo), esprime molto chiaramente tutta la difficoltà nel riattivarsi e riorientarsi alla ricerca di una nuova figura cui affidarsi: ho paura di ciò che mi possono dire ... e se mi dicono che non c'è più nulla da sperare? Che mio figlio non migliorerà più? .

Se i servizi sanitari vengono associati all'abbandono, i servizi educativi vengono associati alla paura, al timore di perdere il controllo sui figli, sulla loro vita oppure ad un ripiego su soluzioni che rievocano la cronicità e l'assenza di speranze.

Una mamma, parlando dell'educatrice della figlia e delle sue proposte educative commenta con rabbia *"giù le mani da mia figlia!"*. Spesso gli educatori vengono dipinti come sprovvisti rispetto alla conoscenza dei bisogni dei figli di cui solo il genitore si sente competente. In altri casi è colui che "toglie" che "porta via". Rappresenta più di altre figure professionali il "dopo" e per questo o non lo si nomina neanche oppure lo si squalifica.

La mamma di F. passa il tempo del colloquio a "correre" ovvero ad elencare senza via d'uscita tutti gli impegni e le incombenze che le danno i suoi tre figli, talvolta inconciliabili talvolta sovrapposte. Dice: "vorrei che F. potesse fare tutto quello che le piace"...Quando provo a parlare del "dopo" scuola la signora pare arrestarsi per un attimo e mi dice che lo sa che dovrebbe rivolgersi all'assistente sociale ma ha paura che gliela tolgano ...ovvero che la mettano in comunità".

Conclusioni

L'insieme dei dati raccolti ci ha portato a riflettere tanto su aspetti individuali e relazionali innescati da questa fase di passaggio nelle persone disabili e nelle loro famiglie, tanto sui risvolti applicativi che ne possono derivare.

Ciò che abbiamo raccolto dai colloqui con i genitori ascoltati ci porta a confermare l'ipotesi da cui eravamo partiti: la "seconda nascita" o l'insieme di elementi che si associano a questo passaggio evolutivo (e che non è detto che si compiano e che esitino in un'autentica nascita sociale del ragazzo disabile), attivano un circuito emozionale molto intenso che rimette in gioco assetti difensivi ed equilibri emozionali faticosamente raggiunti negli anni precedenti.

Si attiva un movimento separatorio (evocato dal distanziamento adolescenziale) che mette in gioco nei genitori paure di perdita di controllo e angosce di morte. La separazione da un prima in cui si poteva sperare ed un dopo che si percepisce come privo di speranza, da un prima accompagnato e "tenuto" dalla scuola ed un dopo che sembra un salto nel buio, irrompe nella relazione genitore-figlio rendendo ancora più complesso il riconoscimento soggettivo reciproco (abbiamo visto come il mondo emotivo del genitore rischi spesso di "allagare" il figlio).

Inoltre, proprio in una fase in cui gli equilibri saltano ed in cui emergono fantasie angosciose legate alla storia dolorosa di questi genitori, questi si scontrano con un dato di realtà segnato da una spaccatura nel percorso di accompagnamento e continuità compiuto dai servizi fino a questo momento. Si richiede al genitore di orientarsi nel passaggio dal mondo dei servizi centrati sulla riabilitazione e su un accompagnamento "evolutivo" del bambino disabile, ad un mondo di servizi ancora culturalmente associati alla cronicità (psichiatria adulti, Centri di salute mentale...).

L'aspetto applicativo che vorremmo mettere in luce con il nostro studio nasce dalla constatazione dei "movimenti" che un piccolo intervento come il nostro ha attivato in tutti i genitori ascoltati. Laddove i pensieri e le fantasie ruotavano intorno all'abbandono, questi genitori hanno ricevuto un'offerta di ascolto ed attenzione; in una fase in cui la tendenza è quella del riavvicinamento simbiotico riparativo (reattivo ai movimenti separatori visti) la risposta da parte nostra è stata quella di segnare due spazi di intervento e riconoscimento

soggettivo distinti per i genitori e per i figli; a fronte di una tematica massiccia di “sospensione del tempo”, l’intervento è stato mirato a segnalarlo (sia proponendo la tematica del tempo e del “dopo” all’interno del colloquio; sia iniziando ad affrontare un eventuale cambiamento di attività frequentata dal figlio presso di noi, proprio alla luce dell’età e dei cambiamenti del figlio).

I colloqui proposti hanno fornito una relazione ed un tempo che ha permesso di fare metaforicamente da “ponte” tra il prima ed il dopo e, facendo leva su un riconoscimento soggettivo del genitore (paure, angosce, verbalizzazione della disillusione), ha consentito di rimettere in moto spinte vitali e progettuali che rischiavano di venire schiacciate dal dolore della disillusione.

Dopo i colloqui due mamme hanno iniziato a prendere contatti con l’assistente sociale. Due coppie hanno iniziato a discutere del “dopo” in modo più realistico rispetto alle esigenze del figlio. Anche l’attività presso di noi ha potuto riprendere in modo più produttivo e le manifestazioni di malessere che avevamo raccolto sono rientrate.

In altre parole ci sembra di poter affermare la necessità di pensare a questo passaggio come ad un nodo complesso su cui si giocano in primis il benessere dei ragazzi disabili e delle loro famiglie, ed in secondo luogo il rapporto con i servizi (che, come abbiamo visto sono a forte rischio di espulsione da parte delle famiglie).

La nostra esperienza ci ha dimostrato che avere un luogo, un tempo ed una relazione su cui depositare i movimenti emotivi associati a questo delicato passaggio consente di passare attraverso il necessario stato depressivo per poi individuare delle vie d’uscita fondate su un riconoscimento di un figlio reale e soprattutto portatore di esigenze nuove.

Bibliografia

Charmet, G.P. (1991). *La seconda nascita*. Milano: Unicopli.

Charmet, G.P. (2000). *I nuovi adolescenti*. Milano: Raffaello Cortina.

Montobbio, E., & Lepri, C. (2000). *Chi sarei se potessi essere: La condizione adulta del disabile mentale*. Pisa: Del Cerro.

Onnis, L. (2004). *Il tempo sospeso: Anoressia e bulimia tra individuo, famiglia e società*. Milano: FrancoAngeli.

Sausse, S. (1996). *Le miroir brisé: l’enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*. Paris : Calmann-Lévy (trad. it. *Specchi infranti: Uno sguardo psicoanalitico sull’handicap, il bambino e la sua famiglia*, Ananke ed., Torino, 2006).

Sausse, S. (2001). *D’Oedipe à Frankenstein : Figures du handicap*. (trad it. *da Edipo a Frankenstein: Figure dell’handicap*, Ananke ed., Torino, 2009).

Tesio E. (Ed.). (2000). *L’uovo fuori dal cesto: dinamiche affettive con disabili e loro famiglie*. Torino: UTET.

Il Parco del Sorriso, UTR Grottaglie, Taranto: centro di attività educative e terapeutiche assistite dall'animale.

di Anna Maria D'Urso^{*}, Lucia Pastore^{}, Stefano Costa^{***}**

Con il termine improprio di Pet Therapy si indica una modalità di intervento volta a migliorare la salute e il benessere umano con l'ausilio di animali, pratica che sta suscitando un crescente interesse da parte dell'opinione pubblica e del personale medico.

“L'utilizzo di animali da compagnia ai fini della Pet Therapy” è stato riconosciuto come cura ufficiale dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 28 febbraio 2003. Tale Decreto ha sancito per la prima volta nella storia del nostro Paese il ruolo che un animale può avere nella vita affettiva di una persona, nonché la valenza terapeutica degli animali da compagnia. Tuttavia, in Italia non esiste al momento una legislazione specifica in materia, sebbene vi siano state alcune iniziative a livello di singole Regioni. Tale vuoto legislativo ha favorito un fiorire di iniziative che utilizzano soggetti animali ai fini terapeutici.

La definizione di validi strumenti metodologici e di linee guida che regolino tali pratiche è un'esigenza sentita da tutte le categorie professionali che operano in questo campo, al fine di salvaguardare tanto la salute umana quanto il benessere degli animali impiegati nelle terapie. Va infatti sottolineato come i soggetti coinvolti siano più frequentemente rappresentati da anziani o da bambini, categorie particolarmente vulnerabili e che necessitano di interventi mirati, soprattutto nel caso di specifiche patologie.

“I risultati di recenti studi scientifici indicano chiaramente come l'interazione con un animale favorisca i rapporti interpersonali, stimolando ilarità e giocosità e offrendo occasioni di interazione. L'animale può svolgere la funzione di ammortizzatore in particolari condizioni di stress e di conflittualità e può rappresentare un valido aiuto per pazienti con problemi di comportamento sociale e di comunicazione, ma anche per chi soffre di alcune forme di disabilità e di ritardo mentale e per pazienti psichiatrici. Da un punto di vista operativo è bene distinguere tra Animal Assisted Activities (AAA) ovvero “Attività svolte con gli Animali”, che hanno lo scopo di migliorare la qualità della vita di alcune categorie di persone (per esempio ciechi o portatori di handicap psico-fisici) e Animal-Assisted Therapies o “Terapie assistite con gli Animali” (TAA). Lo scopo delle TAA consiste nell'affiancare le terapie tradizionali utilizzando soggetti animali con specifiche caratteristiche”

Le TAA possono essere utilizzate per migliorare lo stato fisico, sociale, emotivo e cognitivo dei pazienti pertanto si rivelano utili nel trattamento di patologie psichiche e relazionali: psicosi, disturbi della sfera autistica, disturbi nella sfera emozionale e comportamentale, bullismo, comportamenti borderline, patologie neuromotorie e dell'anziano. Sono effettuate in ampi e differenti contesti e possono coinvolgere gruppi o singoli individui. (Cirulli & Alleva, 2007, p. 1).

Nel documento del Comitato Nazionale di Bioetica (2005) si promuove l'utilità del cane, al di là di razze o selezioni aprioristiche, nei programmi di terapia assistita, ritenendo che siano da perseguire quei progetti che prevedono l'applicazione di protocolli di ricerca specifici, oltre a garantire il pieno rispetto per gli animali impiegati. Le interazioni spontanee con l'animale producono indubbiamente un effetto diretto, ancora da qualificare e valutare nella loro efficacia. Non riteniamo affatto che tali interazioni possano essere risolutive per la patologia trattata, ma che possano contribuire, come terapia complementare - come previsto dal protocollo di indagine predisposto dall'ARES (Agenzia per la Ricerca in Sanità della Regione Puglia) - a fornire agli operatori impegnati nei percorsi riabilitativi e terapeutici una “chiave di accesso” nei confronti delle chiusure e protezioni autistiche. Di

* Psicologa e Psicoterapeuta. Dirigente Responsabile del Servizio di Riabilitazione UTR 6 Grottaglie ASL TA1

** Psicologa

*** Psicomotricista

questa possibilità parla Alessandro Meluzzi, medico psichiatra che nel suo libro "La via degli spiriti animali" (1997) passa in rassegna la relazione tra l'uomo e l'animale nel tempo. In particolare il testo presenta il rapporto con l'animale domestico familiare (pet) come un supporto ai bisogni relazionali di tipo psico affettivo che ciascuno di noi prova, dal bambino all'adulto e all'anziano. In questo contesto evidenzia poi come la risultante emozionale che scaturisce in noi dall'accudimento di animali domestici, sia connessa su basi neurofisiologiche con una condizione di benessere psicofisico. "Una pratica terapeutica, dunque, da incentivare e far conoscere - ha commentato D'Agostino, allora presidente del CNB (2005) - anche perché molti sono gli esperti secondo i quali gli effetti benefici della Pet-Therapy, soprattutto per particolari categorie di malati, sono concreti e spesso decisivi. Tuttavia - ha precisato - fino a quando non sarà rigorosamente definito lo statuto scientifico di queste pratiche terapeutiche, non è giusto che esse possano avvalersi di contributi pubblici attraverso il Servizio Sanitario Nazionale" (CNB, 2005, p. 5). Su questo punto il documento è chiaro: "La Pet Therapy è allo stato attuale in molte sue applicazioni un'ipotesi di lavoro che attende adeguate verifiche con metodologia scientifica e che merita un sostegno pubblico solo nell'ambito di progetti di ricerca". (CNB, 2005, p. 6).

Presso l'UTR 6 di Grottaglie da circa 10 anni si svolgono programmi di Terapia Assistita da Animali, Dolphin Therapy e, con collaborazioni esterne, progetti di Riabilitazione Equestre. Il Centro per le Terapie Assistite da Animali dell'Asl di Taranto è situato in un'elegante struttura residenziale del secolo scorso immerso in un verdeggiante parco di circa un ettaro denominato Parco del Sorriso. Qui trovano posto l'ambulatorio riabilitativo Asl con palestre, sale di terapia, spazi attrezzati interni ed esterni per ospitare gli animali residenziali che partecipano ai programmi, vi sono inoltre un campo di agility, stalle, ampi recinti per gli animali e un'ampia area boschiva. L'intervento riabilitativo segue il protocollo terapeutico ambulatoriale che prevede dietro segnalazione della famiglia, della scuola o dello specialista, la presa in carico dei piccoli utenti, ragazzi e adulti. Al colloquio con l'utente e i suoi familiari segue una prima serie di sedute di osservazione: psicodiagnostica, psicomotoria e di avvicinamento all'animale. Successivamente viene intrapreso il programma riabilitativo, stabilito nei contenuti, nella durata e nelle modalità dall'equipe multidisciplinare costituito da psicologi, pedagogisti, educatori professionali, psicomotricisti, fisioterapisti e medici. Le singole sedute, programmate con l'aiuto dei terapisti, del medico veterinario e del conduttore, vengono osservate mediante videoregistrazione. Al termine del programma viene nuovamente effettuata un'osservazione dell'utente per valutare l'efficacia dell'intervento. Le valutazioni sono effettuate mediante l'utilizzo di griglie di osservazione per la rilevazione di dati comportamentali, scale di valutazione specifiche per le singole patologie e raffinate metodologie di biofeedback, volte alla rilevazione di parametri psico - fisiologici in relazione ai cambiamenti cognitivi, comportamentali ed emotivi. Le sedute di Terapia Assistita sono svolte nelle palestre, nei box e nel giardino della struttura riabilitativa, da terapisti e coppie certificate pet partners° secondo un protocollo operativo ormai consolidato negli anni.

Attualmente è al vaglio la fase di start up di un programma di ricerca - nello specifico analisi differenziale - condotto da esperti di Terapia Assistita dagli Animali, con la consulenza del Dipartimento di Bioetica e del Dipartimento di Psicologia dell'Università di Bari. L'ipotesi è che si possano rilevare condizioni di efficacia dell'intervento combinando sedute di terapia tradizionale e sedute di terapia assistita dal cane rispetto alla sola seduta ordinaria di terapia, attraverso la rilevazione di elementi di positività nella relazione utente - animale e conseguentemente utente - operatore. Nella nostra idea progettuale le T.A.A. contribuiscono ad attivare negli utenti meccanismi di arricchimento emozionale e spinte motivazionali, utili a migliorare la relazione, la comunicazione con l'ambiente e l'operatore con cui si lavora durante la terapia ordinaria e il comportamento adattivo (autocontrollo, responsabilità personale...).

I dati che seguiranno in relazione a due dei casi clinici seguiti con tale procedura, ci hanno mostrato in via preliminare come la relazione con l'animale si sia consolidata gradatamente permettendo così di utilizzare tale strumento per un efficace intervento riabilitativo ordinario, nella misura in cui si è registrata conseguentemente una relazione più positiva e distensiva con l'operatore.

Applicazione della T.A.A. con una bambina con diagnosi di Disturbo Autistico

La bambina I.Q. di anni 5 in cura presso l'U.T.R. di Grottaglie (ASL TA1) da circa due anni, è stata sottoposta a valutazioni effettuate attraverso l'osservazione del comportamento spontaneo e sessioni di gioco. Dal protocollo di valutazione CARS (Childhood Autism Rating Scale) - uno strumento sviluppato per identificare i bambini con autismo dai due anni di età sulla base di dati comportamentali, restituendo anche una valutazione sulla gravità del disturbo - è emerso un valore di 41 ("severamente autistica"). La bambina evidenziava difficoltà di adattamento al nuovo ambiente, crisi di pianto inconsolabile, soprattutto nei cambiamenti rapidi di situazioni ambientali. Nell'interazione con i componenti della stanza condivideva lo spazio fisico e ne accettava passivamente la presenza, tuttavia non mostrava iniziativa sociale né condivisione di attività ludiche. Il contatto visivo era minimo e fugace, più presente con le figure familiari; il richiamo del nome evocava incostantemente una reazione. La collaborazione offerta nelle varie sedute era stata molto incostante, con conseguente difficoltà nel portare a termine le prove standardizzate. Globalmente erano emersi scarsa consapevolezza, ridotto interesse per il materiale proposto e uso strumentale dell'adulto. La piccola si lasciava coinvolgere in modo stereotipato in alcune attività preferenziali, ignorando o rifiutando il resto del materiale ludico. In particolare era possibile il coinvolgimento in attività di movimento, nelle quali evidenziava elementi di reciprocità. La comprensione verbale era apparsa buona per ordini semplici, che spesso erano eseguiti in tempi differiti. Il linguaggio espressivo verbale era limitato all'utilizzo di una o due parole, suoni modulati e gergolalie, non utilizzati ai fini comunicativi; non era presente il pointing richiestivo o dichiarativo. La bimba presentava inoltre scarsa tolleranza alle frustrazioni alle quali seguiva una reazione di urla e pianti, quasi sempre consolabili dalla madre. Il materiale proposto era utilizzato non sempre in modo funzionale e il gioco spontaneo era prevalentemente di tipo costruttivo semplice e stereotipato; il gioco simbolico era in via di acquisizione. Relativamente alla motricità si segnalavano scarsa coordinazione motoria globale e manierismi (camminare sulle punte, sfarfallamento delle mani). Per lei era stato previsto un intervento di logopedia e una terapia occupazionale volta all'aumento dei tempi di attenzione, alla stimolazione della percezione visiva, tattile e uditiva, allo sviluppo della consapevolezza del proprio corpo e allo sviluppo dei processi di apprendimento.

La bambina è stata inserita nel programma di terapia assistita con il cane, poiché si è ipotizzato che la presenza dell'animale potesse favorire il raggiungimento degli obiettivi riabilitativi in quanto elemento estremamente motivante per coloro che hanno una predilezione nei confronti di tali animali, coinvolgente da un punto di vista affettivo per le emozioni che derivano dalla caratteristica reciprocità di tale rapporto - con un partner non giudicante e non esigente come l'animale, disposto a dimostrare una fedeltà, una disponibilità affettiva senza eguali - e di conseguenza come facilitatore di rapporti interpersonali. Una valutazione preliminare ha ritenuto possibile il trattamento con la Terapia Assistita dall'Animale, dal momento che non sono state riscontrate controindicazioni (per es. fobie specifiche nei confronti dell'animale, presenza di deficit immunitari, allergie, ipocondria, ecc...). Sono stati effettuati incontri con cadenza settimanale - per quattro mesi da Gennaio ad Aprile, della durata ciascuno di 20 minuti circa, con sedute individuali svolte nella palestra della struttura - in un luogo circoscritto che evitava distrazioni ulteriori per la bambina (a differenza del giardino), già di per sé incostante. Come animale con cui svolgere la terapia è stato scelto un border collie di 4 anni addestrato secondo i criteri imposti dalla Delta Society. Per la rilevazione dei dati si è pensato di utilizzare videoregistrazioni al fine di ricavare informazioni dettagliate circa le modalità di interazione che rischiavano di andare perdute in altro modo. È stato così possibile avvalersi dei filmati per una compilazione più precisa della griglia di osservazione e per avere un confronto con altri esperti osservatori indipendenti. Per ridurre la reattività della bambina dovuta alla videocamera, si è lasciato che familiarizzasse con lo strumento fino al totale esaurimento della sua curiosità. Per evitare alterazioni del comportamento dovute alla presenza dell'osservatore che videoregistrava la seduta, si è preferito adottare un atteggiamento neutrale rispetto alla bambina, restando sullo sfondo senza mai prendere parte alle attività.

La valutazione è stata effettuata attraverso una *rilevazione per eventi* calcolando la frequenza assoluta degli eventi presi in esame e in alcuni casi anche la percentuale di comparsa.

Sono state indagate le seguenti aree:

- L'interazione con l'animale
- L'area del linguaggio e delle stereotipie riconducibili al linguaggio
- L'area del comportamento e delle stereotipie riconducibili al comportamento
- L'area della relazionalità

Interazione con l'animale

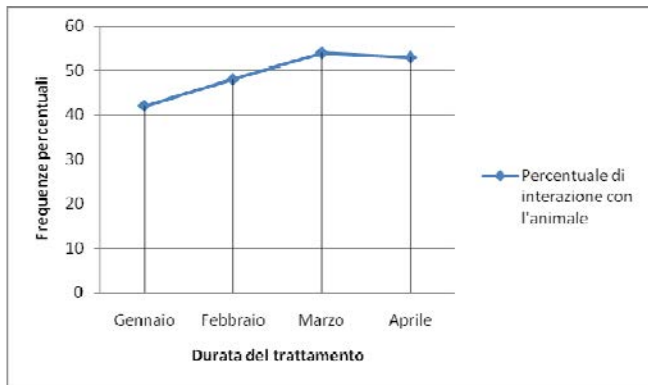


grafico 1.1

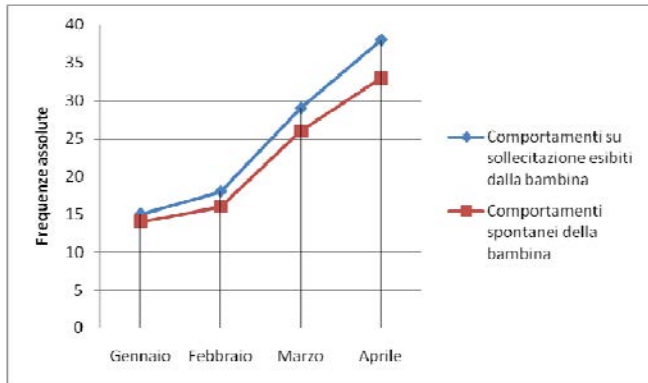


grafico 1.2

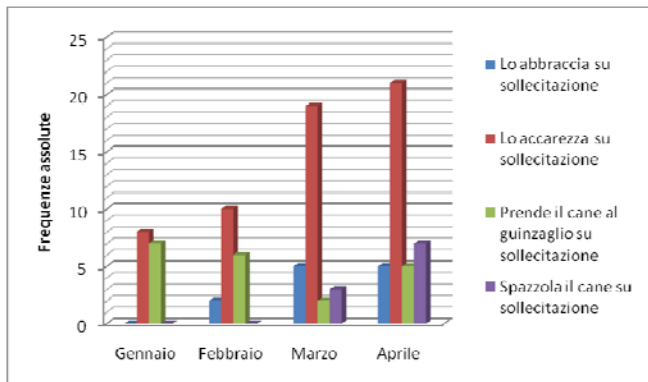


grafico 1.3

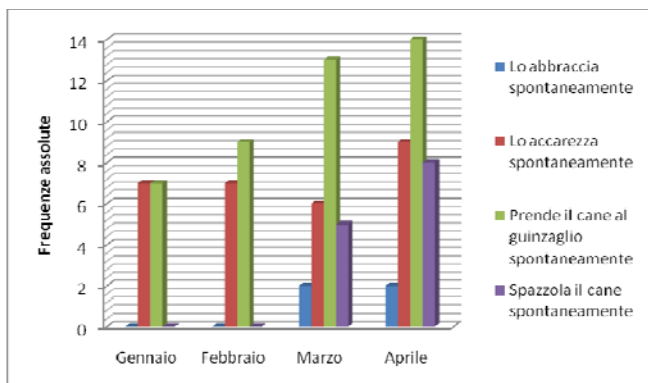


grafico 1.4

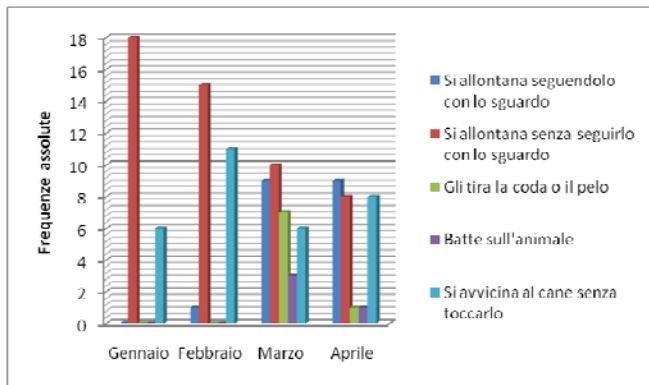


grafico 1.5

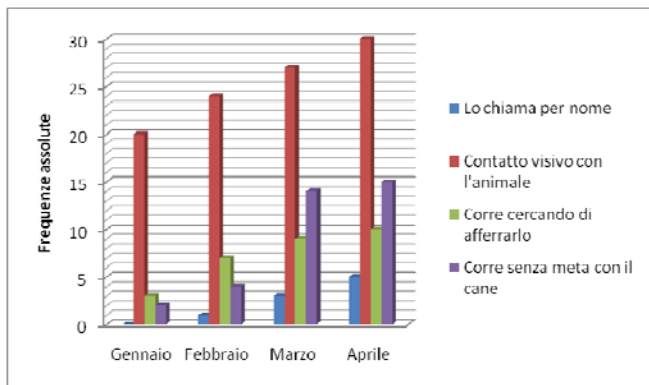


grafico 1.6

L'area del linguaggio e delle stereotipie riconducibili al linguaggio

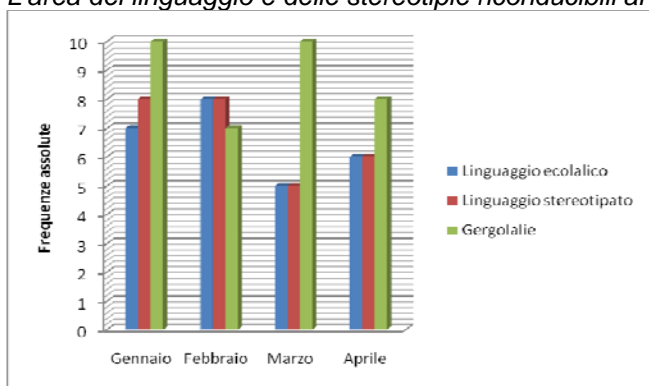


grafico 1.7

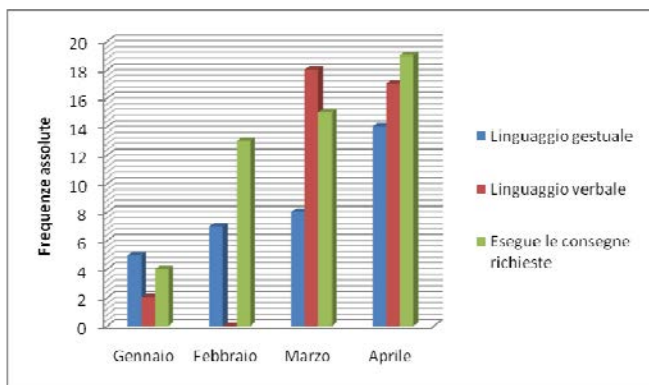


grafico 1.8

L'area del comportamento e delle stereotipie riconducibili al comportamento

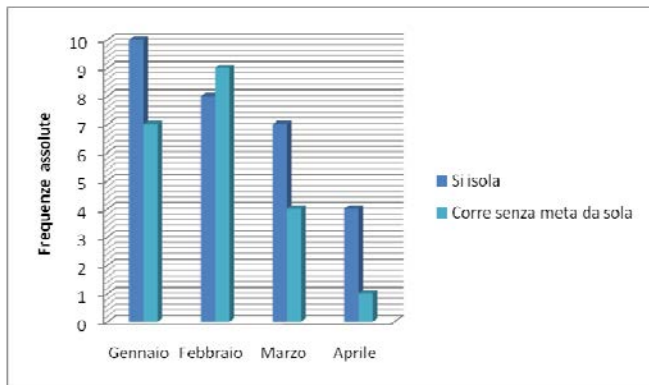


grafico 1.9

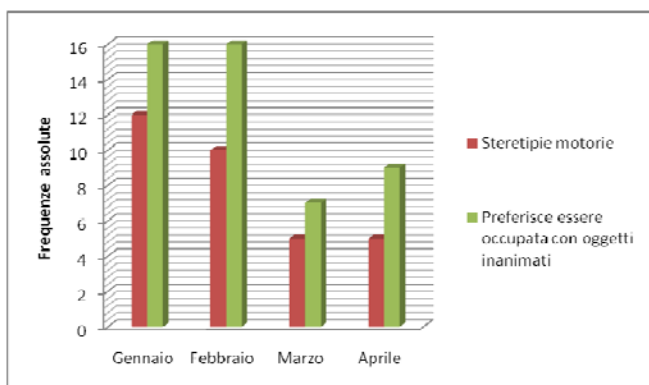


grafico 1.10

L'area della relazionalità

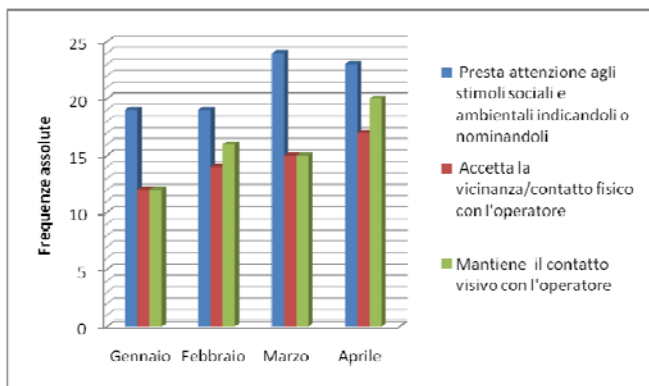


grafico 1.11

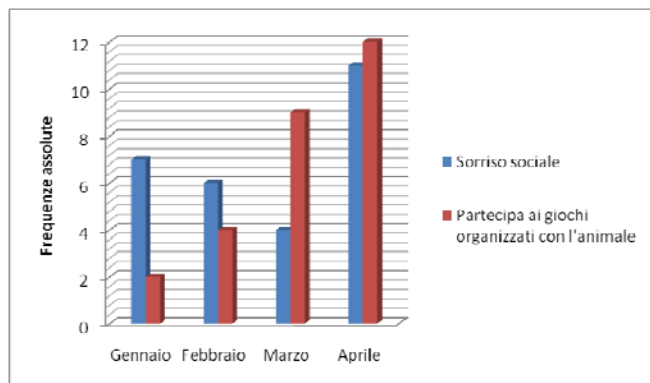


grafico 1.12

Conclusioni

La partecipazione agli incontri è stata assidua e regolare e questo ha contribuito in maniera rilevante al nascere di una relazione affettiva con l'animale, requisito fondamentale perché si possano raggiungere effetti benefici sul piano relazionale, comportamentale, emozionale, cognitivo. Nel tempo la bambina ha dimostrato di adattarsi bene all'ambiente e alle persone accettandone la presenza, basti considerare che nei primi quattro incontri la bambina era riluttante a rimanere nella stanza con un operatore, reagiva con il pianto al distacco dei genitori e fuggiva dalle attività che erano organizzate per lei; attualmente la bambina risponde con il sorriso e lo sguardo alla vista di persone a lei familiari (gli operatori dell'equipe che l'hanno affiancata). Ha stretto una relazione molto forte con la sua terapeuta ricercandone in alcuni momenti le coccole. Si orienta spontaneamente verso gli altri bambini che guarda, tocca, accarezza con delicatezza. Il gioco che predilige è di tipo sensomotorio, generalmente spontaneo, il gioco simbolico e imitativo sono da potenziare. Rispetto all'isolamento prevalente nei primi due mesi e alla preferenza per oggetti inanimati da lei portati nella seduta (come la sua bambola), la bambina ha nel tempo utilizzato tale oggetto come mediazione nel contatto con l'animale, sostituendosi successivamente alla bambola ricercando un contatto più ravvicinato con l'animale. A fronte di un miglioramento dell'interazione con l'animale, si è assistito ad una diminuzione dei comportamenti negativi o passivi nei confronti dello stesso. A partire dal secondo mese, la bambina ha sempre seguito con lo sguardo quello che veniva fatto dall'operatore: se interessata si avvicinava, sorrideva, condivideva l'attività se pur per pochi minuti (fare bolle di sapone, giocare con palloncini e birilli). La bambina ha mostrato di comprendere messaggi verbali che richiedono l'esecuzione di semplici azioni (chiudi la porta, butta la carta nel cestino, metti a posto i giocattoli), così come i rimproveri e i suggerimenti. Ha imparato ad indicare alcuni oggetti anche in un contesto comunicativo, e parallelamente si è rilevato un miglioramento nella capacità di prestare attenzione agli stimoli. Il vocabolario si è arricchito di cinque - sei parole che utilizza adeguatamente ai fini comunicativi. Ricordiamo infatti che quando la bambina si è presentata all' UTR pronunciava solo le parole "mamma" "bimbi" "no", non in maniera funzionale; ora non solo ha finalizzato l'uso delle parole alla comunicazione, ma ha imparato ad usare parole nuove come "cane", "Frilla" (il nome del cane), "dai" e "vieni". La bambina ha acquisito modeste capacità nel programmare e gestire il gioco simbolico come dimostra la sua tendenza all'arrivo a disporre i cerchi e i birilli per formare un percorso da effettuare con il cane. Anche nei momenti in cui la bambina si dimostra poco collaborativa nel dedicarsi alle attività programmate dall'operatore, lei conserva il contatto visivo con il cane, indice del legame che ha instaurato con lui. Il colloquio con le insegnanti ha fatto emergere come molte conquiste effettuate dalla bambina durante il ciclo degli incontri siano state esibite anche in altri ambienti come in classe, con i compagni e con le maestre. Il riferimento è a competenze quali il sorriso sociale, il contatto visivo, il linguaggio funzionale, il consolidamento nell'utilizzo delle parole impiegate con l'animale (principalmente i comandi), la risposta alle manifestazioni emotive altrui. Tuttavia non sono stati riscontrati miglioramenti generalizzati relativi alle stereotipie globali per cui si potrebbe ipotizzare che per ora solo la presenza del cane è vissuta dalla bambina come uno stimolo interessante e positivo da non avvertire la necessità di procurarsi sollecitazioni in altri modi (ricordiamo infatti che in letteratura questi comportamenti

sono interpretati come un modo attraverso il quale il bambino cerca di sentire il proprio corpo e di procurarsi, grazie ad essi, delle sensazioni). La bambina tende ancora ad isolarsi quando è in classe e a preferire il gioco con un oggetto inanimato rispetto all'interazione con i suoi coetanei: questo potrebbe rafforzare l'idea già precedentemente espressa che l'interazione con l'animale aiuti il bambino ad aprirsi in quanto assicura una relazione libera da pregiudizi, diretta, più semplice da gestire. Tuttavia l'obiettivo della terapia è quello di usare l'animale come mediatore nel rapporto con l'adulto. Questo risultato in parte è stato raggiunto dal momento che la bambina è capace di interagire anche con la sua terapeuta, ma sarebbe preferibile che la bambina estendesse questo effetto anche alle altre persone. Sarà questo l'obiettivo dei prossimi incontri. La somministrazione finale della CARS ha rilevato un punteggio pari a 38 rientrando sempre nella categoria "severamente autistico" ma con un leggero miglioramento. Non è possibile dire con certezza che i miglioramenti a cui è andata incontro siano solo il risultato di questa terapia oppure il frutto di un'azione mirata svolta da diversi interventi di cui la bambina è stata oggetto, come l'intervento di logopedia e occupazionale. Tuttavia la terapeuta occupazionale che la segue, conferma che gli effetti sono più evidenti quando la bambina si trova con l'animale, i progressi sono più rapidi quando l'animale viene utilizzato in maniera referenziale nella terapia tradizionale (per es. chiedendo alla bambina di disegnare un cane, di definire cosa mangia un cane e quale differenza c'è rispetto alla propria alimentazione, definire le dimensioni di un oggetto in riferimento al cane, ecc...). Per di più la terapeuta ha notato che utilizzando il valore referenziale del cane il tempo di attenzione della bambina aumenta notevolmente al punto tale che rimane più tempo seduta o comunque ferma a svolgere un'attività.

Il signor D.P. in cura presso l'U.T.R. di Grottaglie (ASL TA 1) da circa due anni, ha manifestato i primi sintomi dieci anni fa: deflessione dell'umore, perdita d'iniziativa, impoverimento ideativo, instabilità dell'equilibrio e discinesie degli arti. Gli esami neurologici hanno rilevato apatia, ideazione povera, difficoltà nella rievocazione dei ricordi, voce di basso volume, cammino instabile a basa allargata, ipodiadococinesia bilaterale, rare ipercinesie coreiche all'estremità distale degli arti. La RM encefalica ha rilevato una discreta e diffusa riduzione del volume del tessuto cerebrale; l'esame neuropsicologico ha evidenziato un deficit di attenzione, di espressione e comprensione verbale, nella pianificazione e nella prassia costruttiva; il test di genetica molecolare ha confermato la diagnosi di Malattia di Huntington. Vi è stato un parziale miglioramento delle discinesie e dei disturbi dell'umore dopo una terapia con antipsicotici atipici. Una valutazione preliminare effettuata dall'equipe dell'U.T.R. ha ritenuto possibile il trattamento del paziente con la Terapia Assistita dall'Animale, dal momento che non sono state riscontrate controindicazioni (per es. fobie specifiche nei confronti dell'animale, presenza di deficit immunitari, allergie, ipocondria, ecc...).. Ci si è posti come obiettivo principale quello di valutare gli aspetti più specificatamente psicologici e cognitivi compromessi dal disturbo e il loro variare in conseguenza all'intervento riabilitativo programmato con l'ausilio dell'animale. Come valutazione d'ingresso è stata utilizzata la Hamilton Rating Scale For Depression per i sintomi legati al disturbo depressivo – una scala di eterovalutazione con 21 item graduati per valutare la gravità dei sintomi - da cui è emerso un punteggio pari a 20 (depressione moderata). Da un'osservazione preliminare con il paziente è emersa la sua iniziale incapacità di stabilire relazioni sociali o di reciprocità emotiva con gli operatori; un evitamento del contatto visivo e fisico con persone diverse dai familiari; una risposta verbale limitata a poche parole, solo in risposta a richieste specifiche, associata ad una comprensione verbale apparentemente deficitaria; un'assenza di espressioni visive adeguate al suo stato d'animo; un tono dell'umore basso e uno scarso interesse per le attività lavorative e per le passioni di un tempo. Assente anche la cognizione del trascorrere del tempo. Si è deciso di procedere con la Terapia Assistita dall'Animale in affiancamento al percorso riabilitativo per lui programmato, nell'ipotesi da verificare, di un accrescimento della motivazione a sottoporsi alla terapia ordinaria e quindi di un miglioramento delle capacità relazionali e affettivo-emotive. Sono stati pianificati 24 incontri individuali con un incontro settimanale per sei mesi, da Novembre ad Aprile. Le sedute della durata complessiva di 20 minuti si sono svolte prevalentemente nel giardino della struttura riabilitativa su richiesta del paziente. Il signor D. ha mostrato dopo i primi incontri una predilezione verso un lupo italiano e il suo conduttore, con i quali ha continuato a rapportarsi per tutta la durata del programma. Per la rilevazione dei dati si è preferito evitare le videoregistrazioni per il timore che queste potessero influenzare il comportamento del paziente e si è fatto ricorso a griglie di osservazione con indicatori molecolari, compilate da due osservatori indipendenti tra loro e non informati sulle finalità dell'osservazione. Le rilevazioni sono state effettuate dopo due minuti di osservazione per un minuto di trascrizione, per mezzo di un segnalatore acustico che ha scandito il tempo. Sono state indagate le seguenti aree in relazione alle difficoltà mostrate dal paziente nell'osservazione preliminare:

- interazione con l'animale
- interazione con l'operatore assegnato
- livello di interesse/disinteresse e di piacere nel sottoporsi alla T.A.A.

Le aree sopra elencate sono state valutate anche attraverso le competenze comunicative, la capacità attentiva e il grado di accettazione del contatto fisico e visivo con l'operatore e con il cane.

Interazione con l'animale

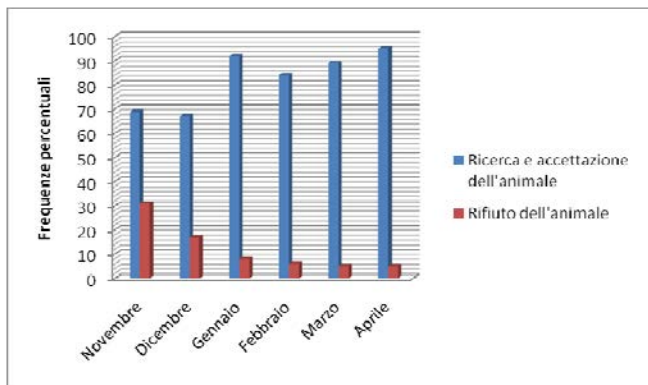


grafico1.1

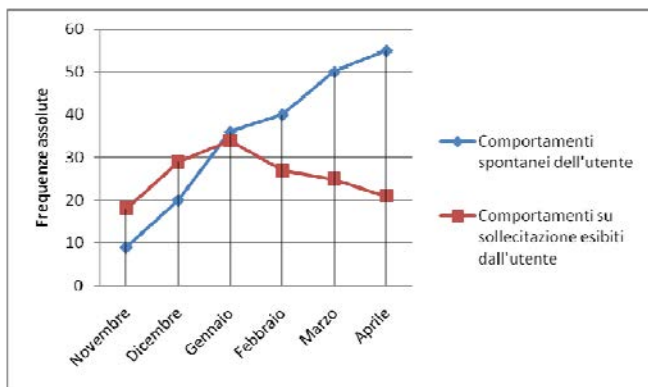


grafico1.2

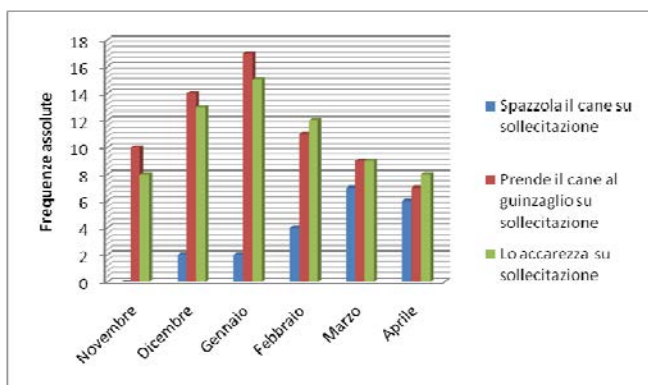


grafico1.3

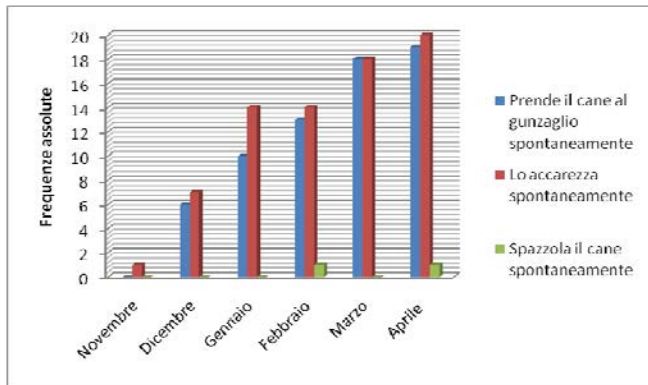


grafico1.4

Interazione con l'operatore

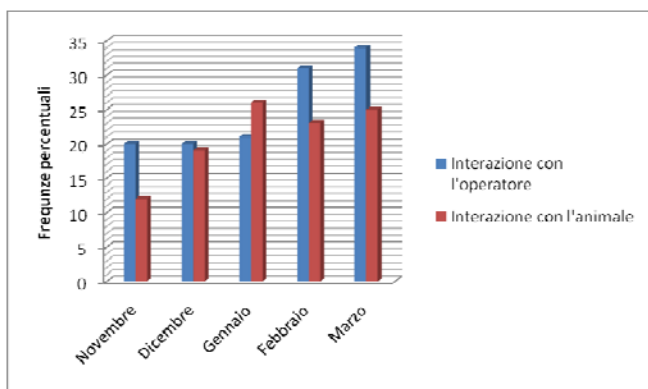


grafico1.5

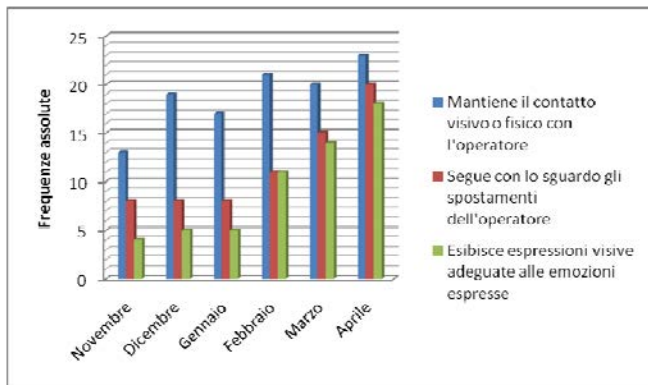


grafico1.6

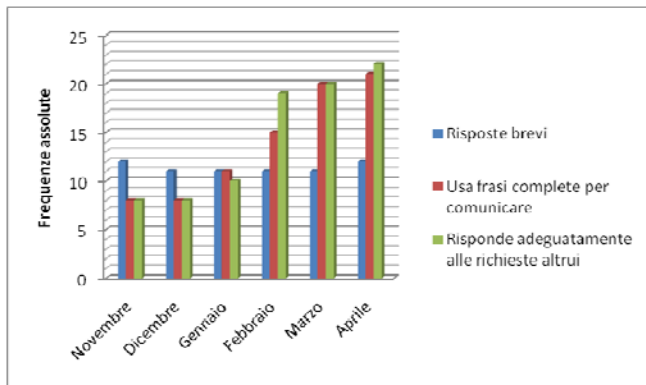


grafico1.7

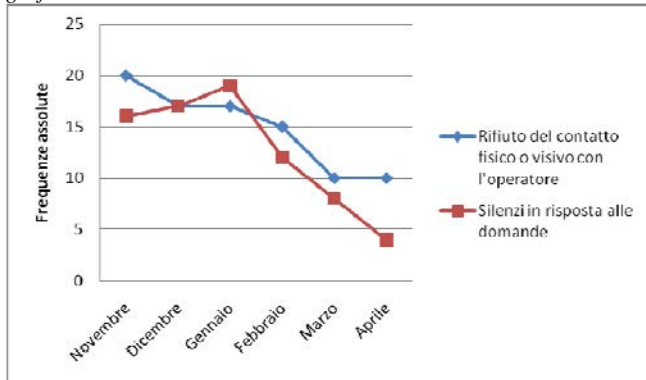


grafico1.8

Interesse/disinteresse e piacevolezza nel sottoporsi alla T.A.A

Ipotizzando che tali effetti di interazione positiva con l'operatore e l'animale fossero riconducibili ad un aumento della motivazione conseguente alla presenza dell'animale, sono stati osservati alcuni indicatori comportamentali relativi all'interesse/piacevolezza esperiti dalla situazione e al disinteresse.

GRAFICO 1.9-GRAFICO 1.10 – GRAFICO 1.11 – GRAFICO 1.12



grafico1.9

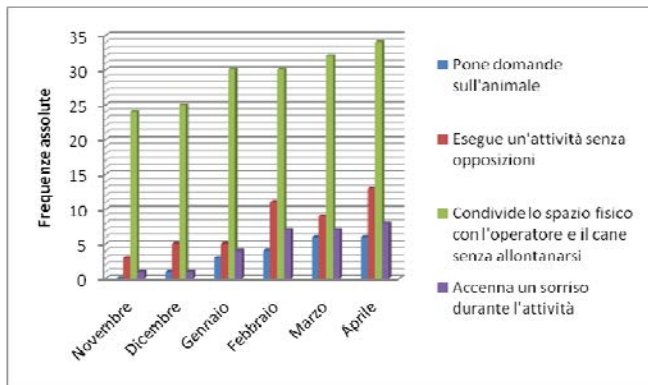


grafico1.10

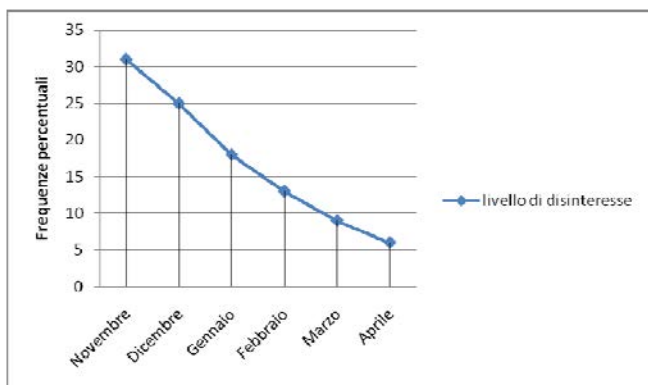


grafico1.11

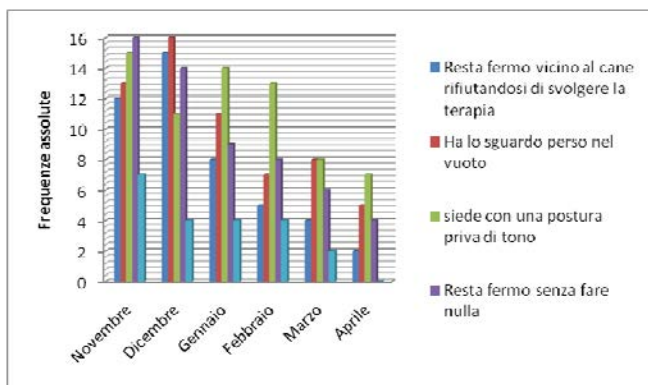


grafico1.12

Conclusioni

La frequenza del paziente agli incontri è stata regolare. Si è riscontrato un innalzamento del livello di motivazione associato ad un aumento della disponibilità ad eseguire con impegno le indicazioni terapeutiche che gli sono state fornite, con una conseguente riduzione di comportamenti opposti. L'accettazione progressiva dell'animale gli ha permesso non solo di aumentare il contatto fisico e la vicinanza al cane, ma anche di stabilire con il cane un rapporto affettivo più profondo al punto tale che la scelta dell'animale con cui lavorare è stata sempre più selettiva diventando determinante nel suo livello di partecipazione alla terapia. Da un punto di vista motorio, nel tempo il paziente ha imparato a condurre perfettamente il cane (se pur di grosse dimensioni) acquisendo una maggiore stabilità e coordinazione degli arti. Dal colloquio con la moglie è emerso che il paziente negli ultimi mesi aveva espresso sentimenti di aspettativa nei confronti della terapia con il cane, mostrando impazienza nei momenti precedenti alla seduta. Questa attività ha fornito un riferimento temporale, grazie al quale scandire il trascorrere dei giorni, elemento innovativo nell'esistenza attuale del soggetto. Si ricorda che il cane è stato utilizzato dall'equipe come mediatore nel rapporto con il soggetto rendendo possibile l'apertura di un canale di comunicazione alternativo e più allettante. In dimostrazione di quanto appena detto, la

somministrazione finale dell'HAM-D ha mostrato un miglioramento dell'umore depresso, un'assenza di ideazione suicidaria e di sentimenti di colpa (dal punteggio iniziale pari a 20 al punteggio finale pari a 14). L'obiettivo dei prossimi incontri sarà quello di generalizzare i benefici derivanti da questa nuova situazione terapeutica ad altre aree del comportamento e ad altri contesti della vita quotidiana.

La mancanza di una situazione di controllo ci impedisce di attribuire con certezza gli effetti benefici riscontrati nell'interazione con l'operatore alla sola presenza e mediazione dell'animale. I valori che denotano una interazione ottimale con l'animale, se pur in aumento con l'avanzare del programma riabilitativo, non costituisce ancora una verifica o una smentita dell'ipotesi iniziale, secondo la quale l'interazione con l'animale, più spontanea e immediata, causerebbe un miglioramento dell'interazione con l'operatore. Ne consegue la necessità di verificare quanto l'animale sia uno strumento terapeutico più efficace di altri nel promuovere miglioramenti sul piano relazionale e affettivo-emotivo in aggiunta alle tecniche tradizionali di intervento. Il passo successivo consisterà nel condurre un'analisi differenziale tra la terapia ordinaria e la Terapia Assistita dall'Animale come coadiuvante, sullo stesso utente in momenti differenti (nella tutela dell'effetto dell'ordine e della sequenza) o su due gruppi il più possibile omogenei per l'età dei soggetti coinvolti, per le patologie e per il livello di compromissione delle competenze relazionali, emotive e cognitivo-comportamentali. È evidente che sarebbe una operazione metodologicamente scorretta voler ascrivere i cambiamenti osservati nel paziente al solo effetto della A.A.T. che, lo ricordiamo, è parte integrante di un protocollo di terapia ben più complesso e articolato. Allo stesso modo un'osservazione effettuata su un solo paziente non autorizza immediate o facili generalizzazioni degli effetti riscontrati, su altri pazienti in circostanze simili o allo stesso paziente in contesti diversi. Tuttavia, i risultati ottenuti ci sembrano nel complesso positivi, riconfermando come le A.A.T. possano svolgere un'indubitabile funzione co-terapeutica se pur con grande variabilità individuale.

Bibliografia

Comitato Nazionale di Bioetica. (2005). Problemi bioetici relativi all'impiego di animali in attività correlate alla salute e al benessere umani. Roma: Author

Istituto Superiore di Sanità. (2007). Terapie e attività assistite con gli animali: analisi della situazione italiana e proposta di linee guida. Rapporto ISTISAN 07/35. Roma: Author.

Meluzzi, A. (1997). La via degli spiriti animali: dalle grotte di Altamira alla Pet-therapy. Bresso: Gruppo Futura.

Pastore, L. (2008). Terapia con l'ausilio di animali. Definizione, metodologie e finalità: analisi di due casi clinici. Unpublished thesis, Università degli Studi Aldo Moro, Bari, Puglia.

Ragnetti, E. (2003). Pet Therapy: quando l'animale diventa co - terapeuta. Retrieved September 13, 2009, from

<http://www.ministerosalute.it/dettaglio/pdPrimoPiano.jsp?sub=0&id=118&area=ministero%09%09&colore=&lang=it>

Tossicodipendenza e carcere: un contributo di ricerca

di Marie Di Blasi*, Paola Cavani, Laura Pavia *****

Introduzione

I più recenti dati epidemiologici (Osservatorio europeo sulle droghe e tossicodipendenze, 2009) indicano che all'interno della popolazione carceraria è in costante aumento il numero di detenuti che presentano problematiche di dipendenza patologica.

Rispetto a questa tipologia di detenuti, la letteratura internazionale (Darke, Williamson, Ross, Teesson & Lynskey, 2004; Friedmann, Taxman & Henderson, 2007; Grella, Greenwell, Prendergast, Farabee, Hall, Cartier, et al., 2007; Pellssier, Jones & Cardigan, 2007; Taxman, Young, Wiersema, Rhodes & Mitchell, 2007; Taxman, Pedroni & Harrison, 2007) concorda nell'indicare la presenza di aree di vulnerabilità molto più significative sia rispetto alla popolazione generale che ad analoghe popolazioni ricoverate in contesti di cura adeguati.

Uno studio americano (Brochu, Guyon & Desjardins, 1999) evidenzia che i soggetti addicted carcerati presentano livelli di compromissione e disadattamento sociale molto più elevati rispetto ad analoghe popolazioni ricoverate in appositi centri di riabilitazione e cura, siano essi incensurati o colpevoli di crimini. Tracciando un profilo clinico-sociale, gli Autori evidenziano come tale popolazione sia tendenzialmente più giovane, con minori livelli di scolarizzazione e più alta disoccupazione, proveniente da ambienti familiari disfunzionali; presenta, inoltre, un uso maggiormente problematico di alcool e droghe associato a numerosi drop-out, nonché problematiche mediche e psicologiche (più elevati livelli di ansia, difficoltà nel controllo degli impulsi e dell'aggressività, gesti suicidari, depressione, difficoltà a rispettare ruoli e gerarchie).

Un altro studio americano (Broner, Nguyen, Swern & Goldfinger, 2003) mostra che soggetti con quadri di comorbidità e gravi compromissioni socio-sanitarie, che hanno usufruito di trattamenti di riabilitazione come pena alternativa al carcere, ne hanno ricavato notevoli vantaggi sia rispetto alla riduzione della frequenza e della quantità di sostanze assunte, sia rispetto alla stabilizzazione della sintomatologia psichiatrica.

Il quadro che emerge dagli studi internazionali mette in evidenza specifiche caratteristiche socio-demografiche e cliniche che sembrano caratterizzare in modo trasversale la popolazione carceraria con problematiche di tossicodipendenza: in modo specifico coloro che, al momento dell'ingresso in carcere, fuoriescono dal circuito terapeutico. Di fronte a tali quadri di sofferenza e cronicità, il processo diagnostico, la programmazione e la realizzazione dei trattamenti divengono inevitabilmente più complessi, ma allo stesso tempo maggiormente necessari.

Il seguente contributo di ricerca è stato condotto all'interno della Casa Circondariale "Ucciardone" di Palermo con l'obiettivo di effettuare un assessment multidimensionale ed

* Professore Associato. Università degli Studi di Palermo - Dipartimento di Psicologia. Indirizzo: Viale delle Scienze EDIFICIO N° 15, 90128 Palermo (Pa). E-mail:diblasim@unipa.it.

** Psicologa, specializzanda in psicoterapia.

*** Professore a contratto, Università degli Studi di Palermo – Dipartimento di Psicologia.

un'analisi della condizione psicopatologica di soggetti detenuti con problemi di dipendenza da sostanze.

Descrizione della ricerca

L'indagine ha consentito un lavoro di monitoraggio della popolazione con problemi di tossicodipendenza che, nell'arco di nove mesi, è transitata all'interno della Casa Circondariale "Ucciardone" di Palermo¹. Pur presentando oggettivi limiti relativi all'esiguo numero del campione, i risultati si pongono in linea con i principali studi nazionali ed internazionali.

A partire dai dati ottenuti è stato possibile ottenere un quadro valutativo completo delle caratteristiche del consumo di sostanze della popolazione carceraria, unitariamente ad una valutazione della sintomatologia psichiatrica dei soggetti. Tale percorso di assessment ha consentito di sviluppare alcune riflessioni cliniche rispetto alle possibili prospettive terapeutiche e al ruolo che può assumere l'esperienza di carcerazione.

Materiale e metodi

La ricerca è stata condotta sulla popolazione carceraria con problemi di tossicodipendenza in transito all'interno della Casa Circondariale "Ucciardone" di Palermo nell'arco temporale di 9 mesi.

La batteria testologica impiegata ha previsto la somministrazione dell'intervista *Addiction Severity Index versione europea* (EuropASI) (Consoli & Bennardo, 2001) e della *Symptoms Check-List* (SCL-90) (Daini & Maremmani, 2000; Schimitz, Hartkamp, Kiuse, Franke, Reister & Tress, 2000). La scelta di questi due strumenti è nata dall'esigenza di disporre di una batteria snella in grado di restituire una valutazione multidimensionale attendibile e di potere approfondire le caratteristiche sintomatologiche delle problematiche psicopatologiche che, come ampiamente dimostrato in letteratura, caratterizzano la popolazione tossicodipendente carceraria rispetto a quella generale.

L'*Addiction Severity Index versione europea* (EuropASI)² (Consoli & Bennardo, 2001) è una intervista semi-strutturata che valuta la gravità dei problemi in diverse aree della vita dei soggetti con dipendenza patologica da alcool o sostanze psicoattive. L'intervista è articolata in sette aree problematiche: Medica, Occupazionale/Sostentamento, Uso alcool/droghe, Legale, Familiare e Sociale, Psicica. L'intervista raccoglie dati sulla quantità, durata, intensità dei sintomi e delle situazioni di instabilità rispetto al mese precedente e all'intera vita, consentendo di ottenere due tipologie di risultati: "severity rating" (range da 0 a 9), derivati da una valutazione effettuata dell'intervistatore e corrispondente alla "necessità di un ulteriore trattamento" (Consoli e Bennardo, 2001); e i "composite scores" (range da 0 a 1) indicanti rispettivamente un minimo ed un massimo di gravità. Tali punteggi vengono

¹ La ricerca è stata svolta dall'Unità di Ricerca 'Dipendenze Patologiche' del Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Palermo, nell'ambito del Progetto "C.P.P.T. - Cura e Prevenzione delle Problematiche Tossicomane: dal trattamento terapeutico all'integrazione sociale dei detenuti tossicodipendenti" finanziato dal Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria Casa Circondariale *Ucciardone* (Palermo) realizzato in collaborazione con la "FENICE Società cooperativa sociale".

² L'*Addiction Severity Index* è uno strumento diagnostico che consente una valutazione multidimensionale delle dipendenze patologiche. È fra gli strumenti più utilizzati e accreditati nella letteratura internazionale e nazionale. Ideato da McLella nel 1982 per la valutazione delle dipendenze più tradizionali (eroina, alcool, ecc), è stato validato in versione europea EuropASI nel 2001 da Consoli e Bennardo.

ottenuti attraverso l'applicazione di formule matematiche standardizzate, a partire dalle risposte fornite dal paziente relativamente ai comportamenti del mese precedente l'intervista; forniscono una valutazione più obiettiva della gravità. Questo doppio intervallo temporale consente di coniugare valutazioni diacroniche e sincroniche del soggetto, ottenendo una panoramica longitudinale del suo stato di salute psico-fisica e delle condizioni socio-lavorative e relazionali, ma anche ponendo una specifica attenzione al qui ed ora. Accanto a questi punteggi, l'intervista prevede l'utilizzo per ogni area di una scala Likert a 5 punti di autovalutazione del paziente, relativamente alla gravità dei problemi e alla misura in cui il paziente ritiene necessario ricevere un trattamento.

La *Symptoms Check-List* (SCL-90) (Daini & Maremmani, 2000; Schmitz, Hartkamp, Kiuse, Franke, Reister & Tress, 2000) è uno strumento self-report di autovalutazione, composto da nove sottoscale per un totale di 90 items, a cui il soggetto deve rispondere al fine di fornire una valutazione della presenza e dell'intensità di una possibile sintomatologia psichiatrica. Le valutazioni sono fornite sulla base di una scala Likert a 5 punti (0 = per niente, sintomatologia assente; 4 = moltissimo, sintomatologia molto presente e disturbante). Le scale previste sono le seguenti: Somatizzazione, Ossessione-Compulsione, Sensibilità Interpersonale, Depressione, Rabbia-Ostilità, Ansia Fobica, Disturbi del sonno, Ideazione Paranoide, Psicoticismo. A partire dalla somma dei valori attribuiti agli items è possibile ottenere due tipologie di punteggi: il *global severity index* (GSI,) che fornisce una misura sintetica delle difficoltà psicopatologiche del paziente, i cui valori sono significativi se superiori a 63; e *9 sub-punteggi sintomatici* i cui valori sono considerati indicativi di un disturbo nel caso in cui il punteggio ottenuto sia uguale o superiore ad 1. L'arco temporale preso in considerazione copre i sette giorni precedenti alla somministrazione; questa focalizzazione sul presente consente di ottenere una stima della sintomatologia allo stato attuale.

Per quanto concerne l'analisi dei dati, oltre che con una statistica descrittiva, abbiamo proceduto a elaborazioni di statistica inferenziale. È stata eseguita un'analisi di correlazione per ranghi attraverso l'indice Rho di Spearman. È stato assunto come valore di significatività $p < .01$. Le analisi dei dati sono state condotte utilizzando il pacchetto statistico SPSS 11.0.

Caratteristiche del campione

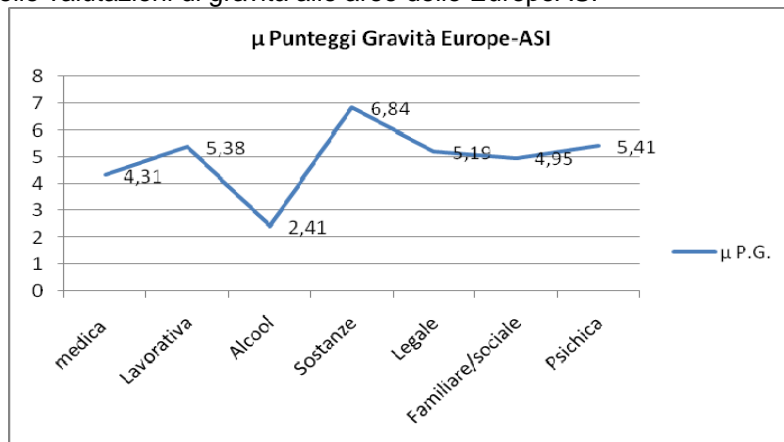
La ricerca ha visto coinvolto un campione di 58 detenuti all'interno della C.C. "Ucciardone" di Palermo. Il criterio di inclusione considerato è stata la presenza di problematiche di dipendenza patologica da sostanze.

I soggetti coinvolti sono tutti di sesso maschile e il 93,1% è di nazionalità italiana. L'età media del campione è di 33 anni (range 20-53; d.s. 6,6) e la durata media dell'attuale detenzione è di 8,6 mesi. Il 39,65% dei soggetti riceve un trattamento di tipo sostitutivo ambulatoriale, mentre il 25,9% risulta non seguire, al momento dell'intervista, alcun tipo di trattamento.

Risultati

Dall'analisi dei *severity ratings* ottenuti attraverso l'intervista *EuropASI* emerge che le aree maggiormente compromesse riguardano: uso di Sostanze (μ 6,84; ds 1,66), Psicica (μ 5,14; ds 2,61), Lavorativa (μ 5,38; ds 1,73) e Legale (μ 5,19; ds 2,04) Familiare/sociale (μ 4,95; ds 1,88), evidenziando, quindi, in linea con i dati della letteratura, il quadro di una popolazione di soggetti tossicodipendenti con caratteristiche di elevata vulnerabilità psicosociale.

Grafico 1. Medie delle valutazioni di gravità alle aree dello EuropeASI



In questa sede approfondiremo i risultati relativi al rapporto con le sostanze e al quadro psicologico, ma ci sembra opportuno evidenziare un dato relativo all'area medica: sebbene i punteggi medi di gravità ottenuti all'area medica (μ 4,31; ds 3.01) indichino una situazione globale in apparenza moderatamente problematica, il 74.13% del campione presenta una patologia cronica infettiva (76.7% Epatite, il 4.65% HIV), rispetto alla quale solo il 32,55% dei soggetti assume regolarmente farmaci.

Prima di procedere con l'analisi delle aree, puntualizziamo che, al fine di valutare l'affidabilità dei punteggi di gravità assegnati dagli intervistatori, sono stati calcolati i punteggi di correlazione tra i *Severity Ratings* ed i *Composite Score* attraverso il calcolo del coefficiente *rho di Spearman*. I dati ottenuti indicano la presenza di correlazioni significative per quasi tutte le aree in esame.

Tabella 1. Correlazioni Severity Rating e Composite Score ASI

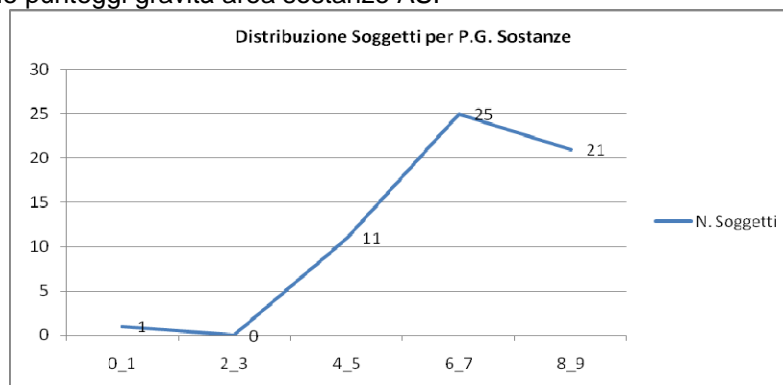
	Medica	Lavorativa	Alcool	Sostanze	Legale	Familiare	Psichica
Medica	,626**						
Lavorativa		,060					
Alcool			,427**				
Sostanze				,582**			
Legale					,360**		
Familiare						,072	
Psichica							,449**

** Correlazione significativa livello 0,01 (2-code)

Per quanto riguarda l'area "Sostanze", dall'analisi dei dati è possibile notare che il campione si colloca in maggioranza verso la coda di destra della distribuzione di frequenza rispetto ai punteggi di gravità, indicando la necessità di un trattamento aggiuntivo³ nel 98.3% dei casi.

³ Con la dizione *necessità di trattamento aggiuntivo* nell'ASI si intende segnalare che indici di gravità dell'area esaminata richiedono un trattamento dove esso non in atto o una rivalutazione dello stesso qualora il trattamento sia già stato avviato.

Grafico 2. Distribuzione punteggi gravità area sostanze ASI



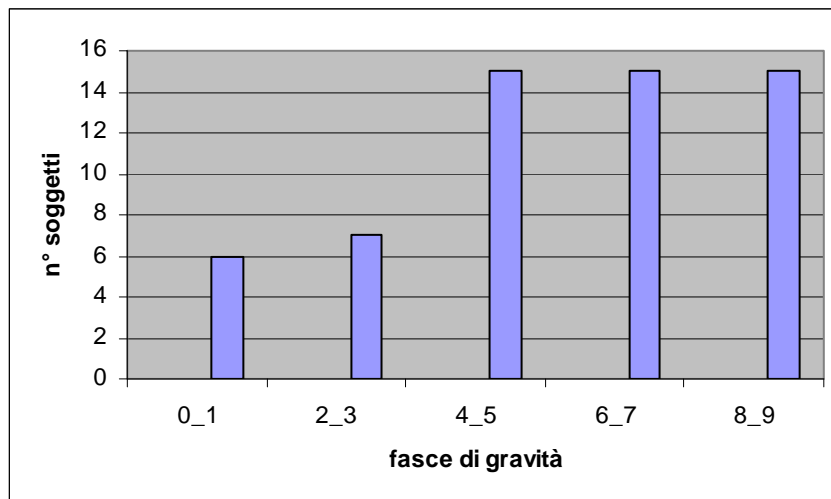
Le principali sostanze d'abuso risultano essere la cocaina (34.4%) e l'eroina (34.4%); su elevate percentuali si assesta anche la poliassunzione. Rispetto alle modalità di assunzione delle sostanze, la via principalmente utilizzata è quella endovenosa. Di rilievo è il numero medio (μ 2.94) di overdose avute nel corso della vita, con un *range* che va da 1 fino ad un massimo di 8.

L'ultimo dato rilevato, in quest'area, è relativo al numero e alla tipologia di trattamenti ricevuti nel corso della vita. Significativo il dato che dice come il 15.5% del campione non abbia mai ricevuto alcun tipo di trattamento precedentemente alla carcerazione: indicativo di una discreta presenza di soggetti che non si sono mai rivolti ai servizi sociosanitari e che, per la prima volta in carcere, hanno l'opportunità di avanzare una richiesta di aiuto per i propri problemi di dipendenza.

Il numero medio di trattamenti ricevuti dai soggetti del campione è di 2.55 con un range che va da 0 a 20 trattamenti. Dall'analisi emerge che il trattamento maggiormente diffuso è quello "sostitutivo ambulatoriale", ricevuto dal 62,07% del campione. Nonostante la maggior parte dei soggetti si sia sottoposto a numerosi trattamenti di disintossicazione, il 43,1% non si è mai astenuto dall'uso di sostanze psicoattive. In linea con quanto emerge dall'esame della letteratura (Hanlon, O'Grady & Bateman, 2000) l'insieme dei dati relativi all'area Sostanze tratteggia un quadro che presenta indici di gravità più elevati rispetto alla popolazione tossicodipendente dei servizi sociosanitari.

Per quanto concerne la condizione "Psichica", osservando la distribuzione del campione all'interno delle fasce di gravità si può notare come, anche per quest'area, la maggior parte dei soggetti si ponga nella coda di destra della curva di gravità, dato indicativo della necessità di un maggiore approfondimento diagnostico.

Grafico 3. distribuzione del campione all'interno delle fasce di gravità dell' "area psichica"



Rispetto alla tipologia di disturbi psichici, tutti i dati indicano una maggiore gravità nel corso della vita, piuttosto che nell'ultimo mese. Unica eccezione risultano essere le difficoltà di comprensione, concentrazione e memoria, presenti nel corso dell'ultimo mese nel 48,27% del campione, e il bisogno di assumere psicofarmaci, presente nel 32,76%; risultano, inoltre, presenti in modo significativo disturbi di ansia/tensione nervosa (84,48%) e depressione grave (34,48%).

L'approfondimento della condizione psichica è stato effettuato attraverso l'utilizzo dell'SCL-90. I dati relativi ai *global severity index* (GSI) del nostro campione confermano l'indicazione fornita dall'*EuropeASI*; si rileva, infatti, che una porzione significativa della popolazione (57,9%) supera la soglia minima (GSI>63) del GSI, oltre la quale è da considerarsi necessario un trattamento in una o più aree potenzialmente problematiche. L'analisi delle singole sottoscale ci permette di osservare che il punteggio medio ottenuto risulta essere molto elevato per la maggior parte delle aree: i valori delle sottoscale "Ansia" (μ 0,90), "Depressione" (μ 0,90) e "Obsessione e Compulsione" (μ 1,04), sembrano confermare il quadro sintomatologico evidenziato dall'analisi delle risposte fornite nell'area "Psichica" nello *EuropeASI*. Altre aree i cui valori risultano essere particolarmente elevati sono l'"Ideazione paranoide" (μ 0,90), la scala "Psicoticismo" (μ 0,76), l'area relativa ai "Disturbi del sonno" (μ 1,36) e quella della "Somatizzazione" (μ 0,90). Questi ultimi due valori si possono mettere in relazione anche con gli elevati livelli di ansia e di depressione caratterizzati da difficoltà nell'addormentamento, da risvegli precoci o ipersonnia: quadri che troviamo spesso accompagnati da un notevole corteo sintomatologico a livello fisico (es. spossatezza, sensazioni di pesantezza agli arti, dolori allo stomaco e mal di testa). Con l'obiettivo di analizzare il rapporto esistente tra la condizione sintomatologica emersa attraverso la somministrazione dell'SCL-90 ed il livello di gravità riscontrato all'area "Psichica" dell'*ASI* si è proceduto al calcolo del coefficiente *rho di Spearman*, indice che ci ha permesso di valutare la correlazione esistente tra i punteggi considerati. L'analisi mostra correlazioni fortemente significative fra i *composite scores* dello *EuropeASI* e le scale di Ansia (,666**), Disturbi del Sonno (,667**), Depressione (,607**) e Ostilità (,602**); tali dati confermano i quadri emersi attraverso l'analisi dei singoli strumenti: gravi sintomi depressivi, forte ansia e tensione nervosa, difficoltà di concentrazione, memoria e attenzione sono i disturbi maggiormente presenti tra i soggetti intervistati.

Tabella 2. correlazioni severity ratings ASI e SCL

	Somatizz	OssComp	SensInte	Depres	Ansia	Ostilità	AnsFobi	Id Para	Psicoti	Sonno	GSI
PsicASI	,449**										
PsicASI		,472**									
PsicASI			,478**								
PsicASI				,607**							
PsicASI					,666**						
PsicASI						,602**					
PsicASI							,451**				
PsicASI								,287			
PsicASI									,567**		
PsicASI										,667**	
PsicASI											,656**

** Correlazione significativa livello 0,01 (2-code)

Discussione

I risultati del nostro studio forniscono spunti di riflessione clinica interessanti.

In primo luogo i robusti punteggi di correlazione ottenuti attraverso il calcolo del coefficiente *rho* di *Spearman* ci consentono di poter affermare che, almeno all'interno del nostro campione, l'ASI, pur non essendo uno strumento progettato appositamente per fornire diagnosi psicopatologiche, è comunque in grado di cogliere in maniera puntuale la maggiore o minore severità del quadro psichico sottostante ad un disturbo di dipendenza da sostanze. I dati ci consentono, inoltre, di osservare come all'interno del nostro campione, ad un quadro più severo di dipendenza patologica da sostanze psicoattive si associ una maggiore compromissione del quadro psichico. Le problematiche psichiche maggiormente presenti sono la depressione grave, l'ansia e la tensione nervosa, le difficoltà di concentrazione, memoria e comprensione. La presenza di indici di gravità così elevati potrebbe essere in parte ricondotta alla forzata sospensione dell'assunzione di sostanze psicoattive conseguente all'ingresso in carcere, come pure alla condizione di reclusione che può facilmente indurre vissuti di solitudine, perdita di interessi, astenia e demoralizzazione, sintomi di ansia libera (quali tensione ed intensi stati di nervosismo) e deflessione timica (che, nel nostro campione, non risulta essere accompagnata da pensieri di morte, indice di più grave compromissione).

Dall'*assessment* effettuato emerge, tuttavia, che nella maggior parte dei soggetti i disturbi evidenziati erano già presenti nel corso della vita e non solo dopo l'ingresso nel circuito carcerario. Questo dato può fare avanzare l'ipotesi, in accordo anche con l'esiguo numero di trattamenti specificamente mirati a tali problematiche, che la sofferenza psichica non sia mai stata riconosciuta né affrontata terapeuticamente, ma piuttosto autogestita dai soggetti stessi mediante il ricorso alle sostanze psicoattive. In questa stessa direzione sembrano porsi anche i dati relativi alla presenza di stati allucinatori⁴ che, per quanto riscontrati in un piccola percentuale della nostra popolazione, permangono anche dopo la sospensione dell'abuso di droghe conseguente all'ingresso in carcere.

A partire dal quadro emerso attraverso l'*assessment* multidimensionale, la presente indagine, come già anticipato nelle note introduttive, ha consentito di portare avanti

⁴ La permanenza di tale sintomatologia anche molto tempo dopo la sospensione dell'assunzione di sostanze, consente, infatti, di escludere la diagnosi di Disturbo Psicotico Indotto da Sostanze (DSM-IV-TR.) in cui gli stati allucinatori sono connessi ad una condizione di intossicazione acuta.

riflessioni cliniche rispetto alle possibili prospettive terapeutiche, al ruolo e al significato che può assumere l'esperienza di carcerazione.

All'interno dell'istituzione carceraria transitano e risiedono detenuti con problematiche di dipendenza che presentano rispetto alla popolazione tossicodipendente degli indici di vulnerabilità particolarmente elevati riguardo l'esordio, il decorso e la prognosi: modalità d'uso delle sostanze più intensa e più prolungata, frequente riscontro di politossicomania, elevata frequenza di problematiche psicopatologiche o psichiatriche, elevata frequenza di ricoveri e agiti suicidari, alta prevalenza di patologie correlate quali infezioni da HIV, virus epatici, endocarditi, grave compromissione sociale (perdita del lavoro o della casa, ricorso a comportamenti criminali, ecc.). La presenza di maggiori tassi di drop-out e di un numero considerevole di trattamenti (indicatori di una bassa compliance terapeutica), induce a riflettere sul fatto che a fronte della elevata complessità e gravosità sociale e gestionale che questa tipologia di utenti comporta, sia necessaria una presa in carico multipla ed integrata in grado di fronteggiare la compresenza di bisogni sanitari, sociali, psicologici, relazionali di questi soggetti.

La condizione di reclusione, imponendo una sospensione forzata (spesso anche abbastanza prolungata) dell'assunzione di sostanze, una brusca interruzione con le abituali modalità di fronteggiare la vita, le difficoltà relazionali e i propri stati interni, può essere l'occasione in cui proporre, ripristinare o rilanciare un progetto terapeutico che, se gestito con modalità cliniche adeguate, può divenire occasione per la conquista di nuove forme di consapevolezza rispetto alle proprie fragilità e alle proprie risorse, contribuendo così a rendere terapeutici un momento esistenziale e un contesto che altrimenti rischiano di essere vissuti esclusivamente come punitivi (Balier, 1999; Bergeret, Fain & Bandelier, 1999; Chemello & Zoncheddu, 2005; Rigliano, 2004). Mancare questa occasione non fornendo una risposta adeguata, finisce con l'alimentare il circuito di particolare marginalità e fragilità psicosociale di questi soggetti, aumentando i costi individuali e sociali, tanto esistenziali che economici (maggiore ricorso verso servizi a maggior costo quali pronto soccorso, reparti di degenza, carceri, ecc) che conseguono alla mancata o inefficace presa in carico di soggetti portatori di patologie così gravi e complesse.

La presenza puntuale di equipe multidisciplinari specializzate all'interno delle carceri potrebbe garantire che l'esperienza carceraria non segni l'interruzione rispetto a eventuali percorsi e legami terapeutici iniziati in precedenza assicurandone la continuità, anche utilizzando forme alternative di pena. Un accurato lavoro di rete con i servizi sanitari esterni consentirebbe di affrontare, inoltre, in modo adeguato, le complicità legate alle patologie correlate (in maggior parte infettive) che spesso accompagnano le lunghe storie di dipendenza patologica da sostanze come pure le eventuali forme di sofferenza psichica sottostante. Infine, considerando che nelle carceri transita un discreto numero di soggetti tossicodipendenti che non si sono mai rivolti ai servizi o che al momento del loro ingresso in carcere non sono in trattamento per il loro problema di dipendenza, potrebbe essere utile durante il periodo di reclusione, verificare se la sospensione forzata dalla quotidianità apre la possibilità di una domanda di aiuto e avviare lì dove possibile progetti terapeutici individualizzati.

Bibliografia

Balier, C. (1999). L'ascolto dei tossicomani in carcere. In J. Bergeret, M. Fain & M. Bandelier (Eds.), *Lo psicoanalista in ascolto del tossicomane*. Roma: Borla.

Bergeret, J., Fain, M. & Bandelier M. (1999). *Lo psicoanalista in ascolto del tossicomane*. Roma: Borla.

- Brochu, S., Guyon, L. & Desjardins, L. (1999). Comparative profiles of addicted adult populations in rehabilitation and correctional service. *Journal of substance abuse treatment*, 16, 173-182.
- Broner, N., Nguyen, H., Swern, A. & Goldfinger, S. (2003). Adapting a substance abuse court diversion model for felony offenders with co-occurring disorders: Initial implementation. *Psychiatric Quarterly*, 74, 361-385.
- Chemello, G. & Zoncheddu, L. (Eds.). (2005). *Carcere e dipendenze: tra esperienza e ricerca. Una ricerca nelle carceri venete e l'esperienza di lavoro di èquipe a Vicenza*. Vicenza: Pubblicazione "no profit".
- Consoli, A. & Bennardo, A. (2001). *Diagnosi e valutazione nelle tossicodipendenze e nell'alcolismo. Addiction Severity Index* (II edizione). Torino: Centro Scientifico.
- Daini, L. & Maremmani, I. (2000). Sintomi di comorbidità psichiatrica durante il trattamento della dipendenza da eroina. *Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo*, 23, 1. Retrieved from http://www.unicri.it/min.san.bollettino/bulletin_it/bull2000.htm.
- Darke, S., Williamson, A., Ross, J., Teesson, M. & Lynskey, M. (2004). Borderline personality disorder, antisocial personality disorder and risk-taking among heroin users: Findings from Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Drug and Alcohol Dependence*, 74, 77-83.
- Friedmann, P.D., Taxman, F.D. & Henderson C.E. (2007). Evidence-based treatment practices for drug-involved adults in the criminal justice system. *Journal of substance abuse treatment*, 32, 267-277.
- Grella, C.E., Greenwell, L., Prendergast, M., Farabee, D., Hall, E., Cartier J., et al. (2007). Organizational characteristics of drugs abuse treatment programs for offenders. *Journal of substance abuse treatment*, 32, 291-300.
- Hanlon, T.E., O'Grady, K.E. & Bateman, R.W. (2000). Using the Addiction Severity Index To Predict Treatment Outcome Among Substance Abusing Parolees. *Journal of Offender Rehabilitation*, 31, 67 – 79.
- Osservatorio Europeo sulle droghe e tossicodipendenze, *Relazione annuale 2009 - Evoluzione del fenomeno della droga in Europa*. Retrieved from http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_93236_IT EMCDDA_AR2009_IT.pdf
- Pellssier, B., Jones, N. & Cardigan, T. (2007). Drug treatment aftercare in the criminal justice system: A systematic review. *Journal of substance abuse treatment*, 32, 311-320.
- Rigliano, P. (2004). *Doppia diagnosi: Tra tossicodipendenza e psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Schimitz, N., Hartkamp, N., Kiuse, J., Franke, G.H., Reister G. & Tress, W. (2000). The Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R): A German validation study. *Quality of life research*, 9, 185-193.
- Taxman, F.S., Young, D.W., Wiersema, B., Rhodes, A. & Mitchell, S. (2007). The National Criminal Justice Practices survey: Multilevel survey methods and procedures. *Journal of substance abuse treatment*, 32, 225-238.
- Taxman, F.D., Pedroni, M.L. & Harrison, L.D. (2007). Drug treatment services for adult offenders: The state of the state. *Journal of substance abuse treatment*, 32, 239-254.

di Mario Bertini*

Caro Renzo,

Con un po' di ritardo prendo visione di un tuo articolo sulla Rivista di Psicologia Clinica¹, nel quale si trova un capitoletto dal titolo: *“La psicologia della salute in Italia”*. Inutile dire che sono rimasto sorpreso per il modo con cui si affronta, con critiche sbrigative, un tema di questa complessità. Replico di getto, mentre rimando per un maggior chiarimento del mio pensiero ad un articolo comparso di recente sulla Rivista di Psicologia della Salute². Mi auguro comunque che questi spunti critici siano utili per l'apertura di un confronto disteso e produttivo che vada aldilà delle etichette linguistiche, le quali, come in altri campi, servono più a rinforzare “pregiudizi di appartenenza” che a uno sviluppo genuino di idee.

La tua nota comincia così: *“Salute e benessere sono i termini ai quali viene sovente ancorata una recente visione della psicologia. E' importante notare come questi due termini, di chiara derivazione medica, siano fortemente, indissolubilmente ancorati all'individuo”* (qui e successivamente, la sottolineatura in grassetto è mia). E' curioso questo punto di vista: mi domando come sia possibile restringere l'ambito della psicologia della salute, a livello d'intervento su un singolo individuo, astratto dal contesto. Più avanti si trova una perentoria conferma: *“Si suol dire che la psicologia della salute comporta una nuova visione nell'ambito della psicologia e della prassi psicologica: non si occupa di correggere deficit, ma di promuovere benessere. **Già, ma che vuol dire 'salute', se il termine è riferito alla dimensione psicologica di una singola persona?**”* Sarebbe semplice controbattere: “Già, ma che vuol dire ‘promuovere le risorse e lo sviluppo’ all'interno del termine ‘clinica’, (dal greco klinos = letto) che indica chiaramente la posizione passiva di un paziente a cui il medico rimuove il deficit? Non è difficile capire che la posizione tua e del tuo gruppo all'interno della dizione psicologia clinica si troverebbe ancora più nei guai, quanto a derivazione medica e al riferimento al singolo individuo. Ma il problema non è semplicemente di tipo terminologico. E' sufficiente un piccolo accenno di carattere storico per capire che, al di là delle etichette, la psicologia clinica e la psicologia della salute si sono mosse entrambe sulla scia di un forte imprinting medico legato alla malattia.

Per quanto riguarda la psicologia clinica - almeno fino ad anni recenti - la sua caratterizzazione nella famosa trinità: “ricerca, diagnosi, terapia” (vedi il manuale di Korchin) rivela bene il livello di appiattimento al *setting* medico-psichiatrico dove fin dalle origini si è trovata ad operare. Non sarebbe difficile citare in quest'area una molteplicità di ricerche e d'interventi applicativi che, pur producendo risultati di sicuro interesse, sono prevalentemente orientati alla correzione dei deficit e quindi certamente da collocarsi - riportando la tua citazione di Salvatore - in quella linea *“epistemologica di matrice neopositivista, che concepisce le categorie del linguaggio scientifico come il precipitato di un processo controllato di organizzazione sistematica dei dati dell'esperienza”*. Ma la psicologia clinica ha fatto altri passi, e non mancano orientamenti nella direzione della promozione dello sviluppo, di cui la posizione tua e del tuo gruppo è certamente esemplare: *“Da più di un decennio, il mio gruppo di ricerca propone e pratica una psicologia clinica volta a promuovere sviluppo, non limitandosi a correggere deficit”*.

* Dipartimento di Psicologia, Università di Roma “Sapienza”. Fondatore della Scuola quadriennale di Specializzazione in “Psicologia della Salute”, Roma.

¹ Carli R. (2008) Il resoconto e la diagnosi. *Rivista di Psicologia Clinica* n.2

² Bertini, M. (2008) Dal “modello malattia” al “modello salute”: difficoltà del passaggio e insufficienza delle parole. *Psicologia della salute*, 3, 107-140

La psicologia della salute, per quanto di origine più recente, non è certo esente da forti influenze medico-psichiatriche. Formalmente, come noto, essa nasce negli Stati Uniti, alla fine degli anni '70, con questa definizione: "La psicologia della salute è l'insieme dei contributi specifici (scientifici, professionali, formativi) della disciplina psicologica, alla **promozione e mantenimento della salute**, alla prevenzione e trattamento della malattia e all'identificazione dei correlati eziologici, diagnostici della salute, della malattia e delle disfunzioni associate, e all'**analisi e miglioramento del sistema di cura della salute e di elaborazione delle politiche della salute**". Come si può notare, questa definizione, sebbene ponga al primo e all'ultimo posto la promozione della salute, comprende una varietà di posizioni che riflettono in larga parte l'influenza del modello medico-sanitario, orientato al versante della prevenzione e della terapia. Si tratta di posizioni importanti perché danno un contributo, a partire da conoscenze e applicazioni di tipo psicologico ad una domanda di natura sistemica oggi presente nel sociale. Le scuole di formazione in psicologia della salute tengono presenti tutti gli elementi contenuti nella definizione suddetta, così come credo si faccia, per altro verso, nell'ambito delle scuole di specializzazione in psicologia clinica. Tuttavia fin dagli inizi degli anni ottanta personalmente, come altri, non ho provato un particolare interesse alle iniziative della psicologia della salute che, per quanto arricchite nel modello biopsicosociale, appaiono perlopiù una semplice estensione della vecchia psicologia medica. Al contrario sono stato sempre più attratto dall'idea della salute come una realtà completamente nuova da esplorare, immaginando per la psicologia l'inizio di una fase nuova, in qualche modo impegnativa quanto quella dedicata dalla medicina, e in particolare dalla psichiatria, allo studio dello stato di malattia³. Parafrasando la tua affermazione potrei anch'io affermare che "da oltre un ventennio, *il mio gruppo di ricerca propone e pratica una psicologia della salute volta a promuovere sviluppo, non limitandosi a correggere deficit*".

A questo punto si potrebbe dire, semplificando, che il "gruppo Carli" e il "gruppo Bertini", pur all'interno di larghi contesti tradizionalmente più orientati alla correzione del deficit, tendono a privilegiare l'orientamento verso la promozione dello sviluppo individuale e sociale. Ma nel contesto di un'analisi critica rivolta ad un articolo di Miglioretti e Romano, aggiungi: "*Costringere la psicologia clinica entro la correzione del deficit, **pretendere che la psicologia della salute abbia quale mission caratterizzante quella di promuovere sviluppo, senza proporre alcun modello** atto a definire e organizzare concettualmente le due aree della professione psicologica, sembra davvero un'operazione curiosa, che ignora quella vasta e profonda conoscenza a cui è giunta la psicologia clinica attualmente*". Per quanto ho detto in precedenza, ed essendo consapevole che nell'area della psicologia clinica ci sono vari modelli che da tempo si muovono nella direzione opposta, vedi per l'appunto il modello da te sostenuto, capisco e sono quindi d'accordo che non è corretto affermare che la psicologia clinica debba essere relegata entro l'ambito della correzione dei difetti: del resto, non ho mai pensato e non si troverà in alcun mio scritto questa affermazione⁴. A mia volta mi domando tuttavia quale conoscenza si abbia del progresso in atto nella psicologia della salute per negarle un analogo diritto. Sono sinceramente sconcertato nel leggere le seguenti parole a proposito del concetto di salute: "*.....**Già, ma che vuol dire "salute"?** Significa che la persona non ha problemi? Che è felice? Che sta bene? Che è realizzata? Ci si può chiedere: è possibile utilizzare questo termine, al di fuori del contesto in cui la persona vive? E' possibile considerare il "benessere" quale dimensione disposizionale di un individuo? A ben riflettere scopriamo che, nella nostra cultura, questi termini assumono una valenza metaforica, applicati a un singolo come a un'organizzazione o a un'istituzione. **In quanto espressioni metaforiche, quindi allusive, non richiedono modelli e proposizioni teoriche a loro fondamento. Si tratta di allusioni evocative di emozioni rassicuranti; tanto quanto possono essere evocative di emozioni ansiose o***

³ Il titolo della relazione che presentai al 1° Congresso Italiano di Psicologia della Salute (Orvieto, 1993) così diceva: "Psicologia della salute o sviluppo salutare della psicologia?"

⁴ Se negli anni passati fu richiesto a te e a Rosa Maria Paniccia di fare docenza presso la Scuola di Specializzazione in psicologia della salute, è stato proprio per il riconoscimento della vostra significativa apertura al modello della promozione delle risorse.

perturbanti, espressioni collegate alla psicopatologia". E' veramente difficile accettare l'idea che le parole "salute-benessere" siano espressioni metaforiche, quindi allusive, che non richiedono modelli e proposizioni teoriche a loro fondamento. Per la verità queste frasi sembrano farci tornare indietro di sessanta anni, quando ancora si definiva la salute come semplice "assenza" o "evocazione" di malattia".

Per un pubblico meno aggiornato rispetto al tema, mi permetto di fare qualche accenno al concetto di "salute", partendo dalla classica e storica definizione della salute come "uno **stato di ben-essere**, fisico, psichico e sociale" (WHO,1948), alla quale tutte le discipline dell'arco biopsicosociale fanno riferimento, dai rispettivi angoli di competenza. Uno sguardo alla letteratura ci dice che la psicologia si pone probabilmente all'avanguardia rispetto ad altre scienze nel proiettarsi verso il "modello salute"⁵; di sicuro rispetto alla medicina, dove il concetto di promozione della salute o è trascurato o è spesso confuso con il concetto di prevenzione, che si colloca ovviamente all'interno del "modello malattia". In che modo gli psicologi hanno affrontato questo compito? Schematicamente possiamo rilevare due linee generali di tendenza: "il benessere soggettivo" e il "ben-essere psicologico". Da una parte cioè si possono includere gli studi mirati alla valutazione soggettiva del benessere (da Bradburn a Diener, allo stesso Kahneman⁶) e, dall'altra, gli studi orientati ad individuare le dimensioni "vitali" di quello che si può definire il ben-essere psicologico. In questo ambito, di gran lunga più rilevante per la psicologia della salute, i riferimenti sono ovviamente molteplici ma mi limito a citare la posizione esemplare di Carol Ryff⁷. Per altro verso potrei riferirmi a tutto il movimento della "*Positive Psychology*" che, pur con le riserve su cui non mi soffermo, oltre ad innumerevoli articoli, libri, manuali, ha dato vita a nuove Riviste e numerose organizzazioni associative in tutto il mondo. E neppure mi sembra il caso di segnalare, nel cambiamento di paradigma in atto, la varietà e la complessità degli scenari che si aprono nella ricerca degli assunti teorici, dei modelli e delle tecniche applicative coerenti con la promozione delle risorse, di cui tu stesso sei un protagonista autorevole. In questa direzione, da non sottovalutare inoltre il coinvolgimento delle neuroscienze che, solo da poco tempo, hanno cominciato a pubblicare articoli su riviste prestigiose, come *Science of Nature*, intorno alle dimensioni positive di salute. Perfino gli economisti, come è noto, s'interrogano e spesso si sostituiscono agli psicologi sul tema del benessere. Come non vedere quindi che si sta passando da un paradigma articolato di conoscenze orientate alla malattia come mal-essere, verso un paradigma altrettanto articolato di conoscenze orientate alla salute come ben-essere?

Pertanto sembra necessario, per gli psicologi porre le basi - e ci vorranno anni e l'umiltà necessaria per riconoscere le incertezze e le ambiguità degli inizi - per realizzare il passaggio dall'approccio categoriale della diagnostica psichiatrica (vedi DSM), all'approccio dimensionale della linea del ben-essere; dall'approccio patogenetico a quello salutogenetico; dalle metodologie terapeutiche a quelle "promotive" e, più in generale, dall'uso di metodologie quantitative alla ricerca di metodologie più orientate alla qualità.

Solo per dare un esempio di queste difficoltà, basta pensare al passaggio dalla patogenesi alla salutogenesi. Come dice Antonovsky⁸ - il fautore della salutogenesi - il punto di partenza sollecita ad andare oltre un assioma paradigmatico condiviso dai proponenti della medicina curativa e della medicina preventiva. Alla base dell'orientamento patogenetico diffuso nel pensiero medico occidentale, si pone il concetto dell'organismo umano come un sistema splendido, un'organizzazione meccanica che prima o poi viene attaccata da fattori patogeni e quindi danneggiata in modo acuto o cronico o fatale. La teoria multifattoriale e il

⁵ La dizione "*health model*" vs. "*illness model*" ricorre sempre più frequentemente in letteratura: per semplicità la uso spesso anch'io, per quanto non del tutto esplicativa.

⁶ Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (eds) (1999). *Well-being. The Foundations of Hedonic Psychology*. Russel Sage.

⁷ Ryff, C.D., (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological wellbeing. *J. of Personality and Social Psychology*. 57, (6), 1069-81.

Ryff, C.D., Singer, B., (1998) The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*. 9, (1) 1-28.

⁸ Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, Vol.11, N° 1, pp.11-18. Oxford Univ. Press.

modello biopsicosociale non mettono in dubbio questo assioma e nemmeno la tematica degli stili di vita. Purtroppo anche i proponenti della promozione della salute, almeno implicitamente, condividono questo assioma, cadendo spesso nella fondamentale debolezza del paradigma correntemente dominante che segue dal suddetto assioma: la classificazione dicotomica che distingue le persone che soccombono temporaneamente, permanentemente o fatalmente a qualche forma di malattia elencata nel DSM, dalla categoria residuale delle persone che sono dichiarate sane. Antonowsky ci offre un'interessante metafora paragonando la situazione dei malati a dei nuotatori che arrancano in un fiume. La metafora parte dal cosiddetto errore del "downstream focus", cioè dalla devozione del sistema di cura della malattia a salvare i nuotatori nella corrente di un fiume, e continua con la considerazione della fondamentale debolezza del paradigma dominante: la classificazione delle persone in quelle che sono incorse temporaneamente, permanentemente o fatalmente in qualche malattia (indicata nel DSM), e la categoria residua (presumibilmente una grande maggioranza, almeno nella popolazione occidentale), di quelli che stanno sulla riva. La medicina curativa, per ritornare alla metafora, si dedica ai nuotatori che affogano nella corrente; la medicina preventiva, a quelli in pericolo di essere spinti nel fiume. Se invece si parte dall'assunto che il sistema umano (come tutti i sistemi viventi) è intrinsecamente guasto, soggetto ad un processo entropico inevitabile e ad una morte finale inevitabile, quello che segue è una serie di idee che possono fornire una base teorica particolarmente congeniale ai proponenti della promozione della salute consentendole un'esistenza autonoma – sebbene indubbiamente in partnership con la medicina curativa e preventiva. E conclude: "Se, in realtà, per il fatto di essere un sistema vivente, ognuno di noi è nel fiume, e nessuno sulla riva, ne segue che una classificazione dicotomica è inappropriata. Un modello del "continuum", che considera ognuno di noi, in un dato momento nel tempo, in una qualche posizione lungo il continuum sano/malato, rispecchia, io credo, una concezione più potente e più accurata della realtà; una concezione che apre la via ad una teoria forte della promozione della salute. Per rimanere nella metafora: siamo tutti, sempre, nel fiume pericoloso della vita. Il problema è: quanto è pericoloso il fiume? Come sappiamo nuotare?". In linea con questa visione salutogenetica occorrerebbe lavorare in profondità per superare il concetto di normalità e di devianza verso il concetto di **normatività**, cioè competenza ad istituire nuove norme, ampiamente presente nel pensiero di Canguilhem⁹ e centrale nella visione del modello salute; l'uso indifferenziato della parola "normale", ci trattiene ancora all'interno di un mondo epistemologico che non appartiene ai proponenti della promozione della salute come stato di ben-essere. Per ovvi motivi di sintesi, tralascio d'intrattenermi in altre riflessioni su temi fondamentali come, per esempio, il passaggio dalla "psicoterapia", alla "psico-promozione"¹⁰.

Da questi pochi accenni si capisce quanto lavoro si prospetta nella linea di una nuova ottica che sul piano scientifico e culturale va affrontata a tutti i livelli, dalla ricerca alle applicazioni, ivi compreso quello importantissimo della formazione. Si tratta di coltivare in profondità un terreno epistemologico che consenta a tanti studiosi la libertà creativa di proporre modelli diversi ma tutti coerenti con l'ottica di partenza: ampio spazio per la creatività degli scienziati del ben-essere!

Dopo quello che ho cercato d'illustrare in modo necessariamente molto sintetico, confesso che non riesco proprio a capire la tua affermazione che la psicologia della salute non avrebbe un modello di sviluppo. E se io domandassi qual è il modello di sviluppo della psicologia clinica? Non sembrerebbe una domanda un po' strana? Penso che all'interno della psicologia clinica, sia per quanto riguarda l'orientamento verso il deficit, sia per quanto riguarda l'orientamento verso le risorse, si possano riconoscere una molteplicità di modelli teorici e applicativi, in cui differenti scuole di pensiero possono trovare un legittimo spazio di approfondimento. Il concetto di sviluppo è trasversale ad una molteplicità di orientamenti, da quello psicodinamico della psicoanalisi a quello del costruttivismo, alla varietà di modelli nel filone della psicologia umanistica e così via. Sempre a proposito di sviluppo, mi è difficile

⁹ Canguilhem, G. (1998). *Il normale e il patologico*. Torino: Einaudi (Titolo originale: *Le normal et le pathologique*, 1966. Paris, Press Universitaires de France).

¹⁰ Qualcuno vuol suggerire un neologismo più appropriato?....

capire questa frase: *“Tempo fa, con il mio gruppo di ricerca, ho proposto lo sviluppo quale obiettivo dell’intervento psicologico clinico, in alternativa all’intervento che corregge deficit. La nozione di sviluppo differisce profondamente da quella di salute. Lo sviluppo è strettamente connesso al contesto in cui si propone e si persegue”*. Che senso ha affermare che la nozione di sviluppo differisce dalla nozione di salute? Sarebbe come dire: *“la nozione di sviluppo differisce profondamente da quella di... ‘clinica’*. La nozione di sviluppo è una condizione *sine qua non* per chiunque intenda promuovere la salute, cioè le risorse, o il benessere individuale e sociale, ed è assolutamente centrale nella scuola di psicologia della salute cui appartengo, anche se non lo è nella maggioranza di chi si muove all’interno della psicologia della salute, sia sul piano nazionale sia sul piano internazionale. Negli anni di formazione in questa scuola, gli studenti condividono l’obiettivo di maturare un cambiamento di paradigma ampiamente in atto nella psicologia contemporanea che prevede l’esplorazione a tutto campo del modello salute e conseguentemente, il passaggio dalla terapia del deficit alla promozione dello sviluppo individuale e sociale: un cambiamento che non vedo per quale motivo dovrebbe riguardare il solo individuo. Gli studenti apprendono contestualmente che il concetto di promozione di sviluppo sia a livello individuale, sia a livello organizzativo o istituzionale, implica coerentemente tener conto di alcuni principi fondamentali: dinamico-evolutivo, sistemico e co-costruttivo. L’impegno condiviso dei docenti e degli studenti è di saper rispettare questi principi qualunque sia il modello di sviluppo liberamente adottato. (E’ anche presente nella nostra scuola l’impegno, certamente non facile, a istituire un processo di formazione da cui traspaia chiaramente un metamessaggio coerente con i principi di promozione dello sviluppo che sono oggetto della stessa professionalità). Siamo quindi d’accordo quando si dice che: *“lo sviluppo è una nozione che prevede una teoria psicologica della relazione e modelli di analisi, sperimentalmente fondati, della relazione tra individuo e contesto. Lo sviluppo di una relazione si può osservare, misurare, resocontare; è possibile un intervento psicologico clinico per la sua implementazione”*. Mi auguro tuttavia che nel panorama della psicologia non ci sia un solo modello di sviluppo e, soprattutto, che non prenda piede l’idea bizzarra che la psicologia della salute si occupa dell’individuo fuori dalla relazione e dal contesto e quindi debba occuparsi solo di correggere deficit.

Vogliamo rivolgere insieme uno sguardo al futuro guardando oltre le ambiguità nominalistiche? La dizione "psicologia clinica" deve scomparire così come la dizione "psicologia della salute" dovrebbe assumere una connotazione diversa. Purtroppo, sia l’una sia l’altra è probabile che rimarranno a lungo anche per la forza d’inerzia del linguaggio¹¹ che veicola forti resistenze ancorate al “modello malattia”. Immaginiamo la loro scomparsa e cerchiamo di ragionare sulla scienza psicologica attraversata dai due orientamenti in discussione. Per entrambi gli orientamenti si deve naturalmente riconoscere un’ampia e differenziata gamma di modelli coerenti nel passaggio dal piano generale della teoria e metodo al piano della prassi applicativa. Tuttavia è facile riconoscere che i modelli orientati alla promozione del ben-essere devono essere sorretti da un’ottica diversa da quella che sorregge i vari modelli orientati alla rimozione del mal-essere, con tutta la difficoltà di sbarazzarsi dalla solidità pervasiva di quest’ultimi.

Cammino da compiere tanto, e tanto spazio per tutti gli psicologi sia quelli più inclini alla ricerca sia quelli più orientati all’esercizio della professionalità.

L’ampiezza e la complessità del cammino da compiere si può intravedere anche sulla base di un’ulteriore considerazione. Scoprire la dimensione ‘positiva’ del ben-essere non significa l’abbandono della dimensione ‘negativa’ del mal-essere, ma obbliga a superare la tradizionale visione del continuum bipolare, secondo la quale mal-essere e ben-essere sono dimensioni alternative, verso una visione bivariata nella quale le due dimensioni sono coinvolte in un processo dinamico di interdipendenza. Il passaggio da una visione bipolare ad una visione bivariata ci obbliga a riconoscere, in qualche modo, la relativa co-presenza di queste due dimensioni. Passaggio difficile, sia sul piano concettuale (perché, in certo senso, prevede la copresenza degli opposti: malessere-benessere, morbilità-vitalità) ma anche sul piano del vissuto personale, perché ci invita a riconoscere ed accettare che la sofferenza, la

¹¹ Al riguardo rimando al mio articolo citato nella nota 1.

malattia, la morte, fanno parte della vita. L'affermazione della salute, non può significare negazione della malattia. Da qui si prospetta la necessità di affrontare il problema dell'integrazione fra le due dimensioni, problema tanto più complesso quando si considera la malattia/mal-essere non più come deviazione dalla norma ma nella diversa accezione che richiama il senso del rapporto fra essere vivente e ambiente. Il concetto del continuum bivariato non deve essere confuso con il tradizionale continuum bipolare e richiede una parola espressiva in grado di rappresentarlo. In teoria la parola più appropriata potrebbe essere proprio la "salute": una parola non più intesa come assenza di malattia e nemmeno come uno stato separato, ma come espressione di un processo dinamico d'integrazione tra mal-essere e ben-essere. L'implicazione di questa affermazione è rilevante in quanto comporterebbe la modificazione della classica definizione della salute da "stato" a "processo" (Mi sono quasi pentito di quest'ultima considerazione, che richiederebbe ben altro spazio di argomentazione...).

In conclusione, riconoscendo che la propensione verso le dinamiche dello sviluppo si trovano trasversalmente in tutte le aree della psicologia, e riconoscendo altresì la grande difficoltà di affacciarsi a questo versante con la piena consapevolezza del cambiamento necessario, sarebbe auspicabile un rispettoso ascolto reciproco fra tutti quelli impegnati nella svolta paradigmatica, piuttosto che la chiusura polemica all'interno di recinti difficili da smantellare. Muoversi nella direzione della scienza della salute, equivale ad una sfida che ha richiesto alla scienza della malattia oltre tre secoli di storia per ottenere i risultati di cui oggi tutti beneficiamo.

Bibliografia

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, Vol.11, 1, pp.11-18.

Bertini, M. (1993). "Psicologia della salute o sviluppo salutare della psicologia?" Relazione al 1° Congresso Italiano di Psicologia della Salute (Orvieto, 15, 16, 17 Ottobre1993).

Bertini, M. (2008). Dal "modello malattia" al "modello salute": difficoltà del passaggio e insufficienza delle parole. *Psicologia della salute*, 3, 107-140.

Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*, Paris: Press Universitaires de France (trad. it.: Il normale e il patologico. Torino: Einaudi, 1998).

Carli, R. (2008). Il resoconto e la diagnosi. [Electronic Version], *Rivista di psicologia Clinica*, 2 (nuova serie). Retrieved from: www.rivistadipsicologiaclinica.it.

Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (eds) (1999). *Well-being. The Foundations of Hedonic Psychology*. Russel Sage.

Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological wellbeing. *J. of Personality and Social Psychology*. 57, (6), 1069-81.

Ryff, C.D., & Singer, B., (1998) The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*. 9, (1) 1-28.

Caro Mario,

di Renzo Carli*

ti ringrazio moltissimo per il tuo contributo alla definizione di Psicologia della Salute, prezioso per la Rivista di Psicologia Clinica che, nella sua forma cartacea, fondammo assieme tanti anni fa.

Se si restasse nell'ambito del nominalismo che definisce i vari ambiti della psicologia, sono d'accordo con te sul fatto che molte definizioni della nostra disciplina siano ben criticabili: che vuol dire psicologia "generale"? O psicologia "del lavoro"? Che significa psicologia "dinamica"? Basterebbe scorrere i programmi di una qualsiasi facoltà di psicologia, per imbatterci in dizioni e definizioni molto opinabili della nostra disciplina. In primis, e sono d'accordo con te, le dizioni di "salute" e di "clinica". Ho lavorato per lunghi anni nel cercare di dare alla Psicologia Clinica fondamenti teorici e modelli operativi utili per una sua definizione quale *Psicologia dell'Intervento entro la relazione tra individui (in rapporto tra loro) e contesti entro i quali convivono*. A questo scopo servivano costrutti e modelli che superassero la dimensione individuale. Ove per individuo, in psicologia, s'intendono due cose; individuo come chi mette in atto comportamenti in risposta a stimoli o a piani; individuo come realtà intrapsichica individuale, di impronta psicoanalitica. Con la nozione di collusione¹ ho proposto un modello sperimentalmente fondato e sperimentalmente rilevabile che analizza la relazione sociale entro una prospettiva psicologica di orientamento psicoanalitico; emancipando così la psicoanalisi da visioni intrapsichiche o bipersonali alla Modell. Questo per dire che la psicologia clinica, quale la intendo e la pratico, ha a suo fondamento costrutti e modelli *pragmatici* che diano senso alla professione psicologica e al suo modo d'intervenire entro i sistemi sociali e alla domanda di questi ultimi. Non penso, ovviamente, che la mia proposta esaurisca ogni modo d'intendere la prassi psicologica, ma ne propone un aspetto capace di dare risposte utili alla domanda di psicologia.

Si tratta, come vedi, di uno specifico modo d'intendere la psicologia clinica. In sintesi, una psicologia clinica come intervento entro i contesti e fondata sull'analisi della domanda rivolta allo psicologo. La dizione "clinica", ma di questo ne abbiamo parlato assieme più volte, va veramente stretta a questa prospettiva dell'intervento psicologico. La parola "intervento", nella proposta di teoria della tecnica che con il mio gruppo ho elaborato, assume una precisa fondazione nei riferimenti teorici e metodologici, sperimentalmente verificabili.

Vale solo la pena ricordare brevemente la responsabilità che noi universitari ci siamo presi, e continuiamo a prenderci, laureando migliaia di psicologi: siamo arrivati a circa 75.000 psicologi nel nostro paese, e scarse, spesso inattendibili, sono le stime di quanti psicologi siano in professione, di quanti siano sottooccupati o disoccupati. Il problema prioritario, d'altro canto e come più volte ho sostenuto, non è che gli psicologi siano troppi; il problema prioritario è dato dall'univoca tendenza a professionalizzare la psicologia entro la sola area della psicoterapia, così come è stata definita dalle scuole che propugnano una tecnica specifica, non una risposta ai problemi di chi si rivolge allo psicologo. E' l'articolo 3 della legge 56/89 che ha aperto, caro Mario, una problematica pesante per la professione: problematica con la quale hanno colluso i Corsi di Laurea che hanno di fatto rimandato alle scuole post lauream la formazione professionalizzante di chi si avvia alla Facoltà di Psicologia. Per questo una formazione professionalizzante sin dai corsi di laurea, la necessità di dare a tutte le proposte formative universitarie uno sbocco professionale *reale* è di fondamentale importanza per chi lavora nell'ambito.

* Professore ordinario di Psicologia clinica presso la Facoltà di Psicologia 1 dell'Università "Sapienza" di Roma, membro ordinario della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association.

¹ Si veda al proposito: Carli R. (2006), La collusione e le sue basi sperimentali, Rivista di Psicologia Clinica, 2-3, 179 – 189. Carli R. & Paniccia R.M. (2004), L'analisi emozionale del testo. Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi, FrancoAngeli, Milano.

E' su queste basi, peraltro ineludibili a mio modo di vedere, che ho scritto parole molto critiche nei confronti della psicologia della salute. Non per problemi nominalistici. Non vedo, infatti, nella nozione di salute o di benessere, una fondazione teorica e una prospettiva metodologica d'intervento per lo psicologo. Molte affermazioni sulla salute sono riconducibili ad una critica mossa alla nozione di "malattia", di "patologia". Capisco che in medicina, l'attenzione alla salute sia importante. Non ho ancora capito quale utilità possa rivestire questo costrutto in psicologia. Mi chiedo: dove sta una domanda, per lo psicologo, che faccia riferimento alla salute?

Vorrei spiegarmi con un esempio. La cultura che oggi viviamo è influenzata da una prospettiva aconflittuale² che il berlusconismo propone, e spesso impone tramite il dominio dei mass media; siamo immersi in modelli culturali che condannano ogni tipo di conflitto: sociale, sindacale, etnico, generazionale, politico, economico o di genere. Non è un caso se si è parlato, e a lungo, in tempi recentissimi, di "partito dell'amore": un partito – stato che propugna l'amore aconflittuale e condanna ogni dissenso o ogni proposta alternativa a quel potere che, come i media ci ricordano ad ogni istante, "viene direttamente dal popolo italiano". Ebbene, in questa cultura aconflittuale si pongono, per molti gruppi sociali, problemi di grande rilievo. Chi propone un dissenso e quindi un conflitto, anche all'interno del partito dell'amore, viene criticato e tendenzialmente espulso. Ogni dissenso, anche se motivato e sostenuto da buone ragioni, viene ignorato o marginalizzato. Questo succede nelle aziende, nella scuola, nel sindacato, nelle istituzioni culturali, nella vita civile, nella famiglia e, sempre più accentuatamente, nei sistemi di convivenza. Anche nell'opposizione, che sembra a volte contagiata da questo modello culturale. La domanda rivolta agli psicologi, sempre più frequentemente, concerne le più differenti reazioni a questa cultura diffusa dell'aconflittualità³. Senza conflitti non c'è convivenza. Il conflitto si fonda sull'alterità e sta alla base dello scambio e della reciprocità⁴. E' interessante rilevare come molti fautori dell'aconflittualità berlusconiana sostengano che soltanto per questa via si persegue il benessere individuale e sociale. Benessere, in altri termini, è una parola dai mille significati, non fondata su precisi costrutti psicologici, utili per orientare una prassi d'intervento.

Tu citi, a difesa della diffusione della nozione di salute e di benessere, gli economisti: è vero che entro i modelli economici si parla di etica, di felicità (forse più che di benessere), e a volte di frugalità. Ma vediamo, per sommi capi, il senso di questi riferimenti. L'etica è invocata dagli economisti quale deterrente nei confronti di un sistema economico fondato, nei loro modelli, sull'egoismo e sulla sopraffazione dell'uno sull'altro. Il superamento del modello keynesiano, che utilizzava il costrutto psicologico di incertezza quale fattore di controllo dell'inflazione, ha portato al tentativo di modellizzare il rischio (misurabile) alla nozione di incertezza. Le conseguenze, dovute all'applicazione del principio di dispersione del rischio, hanno portato alla crisi recente dell'economia mondiale; una crisi dalla quale non si è ancora usciti e della quale non si conoscono i confini. La felicità è diventata un problema, per gli economisti, quando si sono accorti che non c'era una correlazione positiva tra Prodotto Interno Lordo (PIL) degli stati e "felicità" degli abitanti di quegli stessi stati. Così come la frugalità viene utilizzata dagli stessi economisti come un deterrente nei confronti dell'ipotesi che le relazioni economiche siano basate sull'avidità. Quindi etica, felicità o frugalità sono valori che la scienza economica prende in considerazione, ma in alternativa a dimensioni residuali che la teoria economica non sa considerare, vista la sua rigidità. La teoria economica, d'altro canto, vede sistematicamente in discussione i suoi presupposti concettuali: si pensi, ad esempio, ai modelli macroeconomici che assumono come assioma la convinzione "*markets capital work perfectly*", ignorando così l'economia

² Si può vedere, al proposito, il mio editoriale su questo stesso numero 1/2010 della Rivista.

³ Sottolineo che per riconoscere l'"aconflittualità" perseguita con la politica berlusconiana, servono *modelli psicologici* di lettura della proposta politica fatta dal partito che fa capo a Berlusconi. E' con l'analisi della cultura, diffusa con l'esaltazione dell'aconflittualità quale modello di convivenza, che si può cogliere una parte rilevante della domanda rivolta agli psicologi in questi anni.

⁴ Alterità, scambio e reciprocità sono termini tratti dal linguaggio comune, ma vengono utilizzati quali costrutti fondanti una specifica e precisa base teorica. Si veda al proposito: Carli R. & Paniccia R.M. (2003), *Analisi della domanda. Teoria e intervento in psicologia clinica*, Il Mulino, Bologna.

finanziaria. Nell'ultima crisi finanziaria, del 2007 – 2010 e oltre, Wall Street operò “come se” i prezzi delle case americane potessero crescere all'infinito, trasformando la teoria economica in una sorta di tragico *wishful thinking*. Il premio Nobel per l'economia del 2008, Paul Krugman, ha recentemente affermato che le teorie macroeconomiche degli ultimi trent'anni sono state “spettacolarmente inutili” nel loro aspetto migliore, “positivamente dannose” nel loro aspetto peggiore. Un nuovo importante ambito degli studi economici, l'economia comportamentale, concentra le sue riflessioni sulle conseguenze delle “azioni irrazionali”⁵. La trasformazione delle simbolizzazioni emozionali collusive in azioni irrazionali, d'altro canto, assume come linea guida la razionalità e vede la dinamica collusiva quale scarto dal modello della razionalità individuale. E' questo il limite profondo della teorizzazione economica. Una teorizzazione che ha interpretato il benessere come incentivo a consumi non coerenti con il reddito, per milioni di americani, sulla base di prestiti fondati, come si diceva, sulla previsione di una crescita infinita del valore degli immobili negli USA. Prestiti trasformati in una serie infinita di scatole cinesi, i derivati, rivenduti quale speranza di investimento redditizio, ma ben presto senza alcun valore, in tutto il mondo. L'ipotesi era quella di un benessere inteso quale arricchimento facile, quale consumismo sfrenato e quale incremento artefatto del tenore di vita; ipotesi che si è poi trasformata in maggiore povertà, in perdita drammatica del lavoro, della casa, dei risparmi di una vita, della sicurezza sociale, in una sorta di fallimento esteso a molteplici strati del sistema sociale americano e, più estesamente, mondiale. E' questa la felicità, è questo il benessere degli economisti? Non credo che l'adozione della nozione di benessere da parte degli economisti sia un motivo di vanto per chi sostiene, nell'ambito psicologico, questo costrutto.

Caro Mario, quando tu parli di salute quale “benessere fisico, psichico e sociale”, citando una datata definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, utilizzi un costrutto che ha senso quale indicazione generale che l'OMS ha dato a governi e nazioni in un particolare momento storico, il 1948. Il mondo era appena uscito dalla seconda guerra mondiale e le dittature precedenti, come quelle che si sarebbero susseguite negli anni del dopoguerra, avevano perseguito spesso una “salute fisica” (chi non ricorda le parate ginniche del fascismo?) cui corrispondeva una costrizione psicologica entro l'assenso forzato ai vari regimi e una pressione sociale all'unanimità accettante le iniziative dei differenti regimi. Anche la pulizia etnica fu giustificata con i principi della salute fisica, biologica della razza. Molti non sanno che l'ospedale Sant'Eugenio era stato costruito dal fascismo come un luogo, denominato Eughenos, per lo studio genetico della razza. Il cosiddetto “modello bio psico sociale” di fatto non sembra affatto un modello, quanto un auspicio dell'OMS affinché si persegua e si attui una nozione di salute che tenga conto dei fattori implicati. Affermazione importante e storicamente valida; affermazione che andrebbe riconsiderata nella sua attualità anche entro i regimi dell'aconflictualità. Ma entro questo auspicio, la psicologia e la sociologia mantengono la loro autonomia di modelli e di prassi d'intervento. Le connessioni tra modelli *bio*, modelli *psico* e modelli *sociali* si possono porre e approfondire solo a partire dall'autonomia e dalla specifica fondazione scientifica dei modelli stessi.

Se psichico fa riferimento allo stato di benessere mentale, così come il termine viene utilizzato nel senso comune, passi. Ma se “benessere psichico” fa riferimento alla psicologia, allora i problemi divengono seri. Credo che il benessere psicologico si possa definire in negativo: c'è benessere, ad esempio in una famiglia, quando non c'è violenza nelle relazioni, quando si riesce a superare la dinamica del possesso incrementando quella dello scambio, quando alle proibizioni si sostituisce la motivazione alla realizzazione. Questo può andar bene in generale, senza alcuna informazione sulla realtà di una specifica famiglia. Siamo ancora all'ambito degli auspici, all'ambito dell'*ut erat in votis*. Qui, credo, sta la differenza tra noi. Se si utilizza l'ottica di una psicologia volta all'intervento e all'analisi della domanda, il costrutto di benessere psichico serve a poco o a nulla; se si descrive il benessere quale esigenza per orientare politiche economiche o sociali, questa linea guida

⁵ Leaders (2009), *What went wrong with economics*, *The Economist*, July, 11-12

può essere utile, anche se marginale. Vorrei essere chiaro al proposito. Le scienze economiche o sociologiche dell'organizzazione, ma egualmente alcuni approcci antropologici e psicologici, studiano sotto varie angolature gli individui, le strutture o le dinamiche organizzative, con l'obiettivo di *descrivere* l'oggetto di studio e di *approfondirne la conoscenza*. L'intervento sulla realtà delle persone o delle organizzazioni, è poi delegato al potere istituzionale, economico, bancario, produttivo, consulenziale, etico; questi poteri, sulla base delle conoscenze sviluppate, possono stabilire nuove norme per i sistemi di convivenza o per le organizzazioni, nuovi assetti strutturali, nuove regole del gioco o possono auspicare nuovi comportamenti, funzionalmente o eticamente orientati. L'ottica che il mio gruppo ha proposto è molto diversa. Si tratta infatti di una prospettiva che coniuga i modelli di conoscenza e di analisi delle persone, delle relazioni, dei processi organizzativi con quelli dell'intervento e del cambiamento entro le stesse dimensioni. Un cambiamento coerente con la domanda che singole persone, sistemi di relazione o organizzazioni pongono allo psicologo. Come altri psicologi, dunque, penso che la psicologia si differenzi profondamente dalla sociologia, dall'economia o dall'antropologia perché non delega l'intervento sulla realtà a poteri forti in grado di farlo utilizzando le conoscenze raggiunte dalle scienze citate; no, la psicologia pensa di poter coniugare conoscenza e intervento entro un'unica professionalità. In questo fonda il suo intervento sulla diagnosi o sull'analisi della domanda. Credo che diagnosi e analisi della domanda siano il bivio con il quale si confronta ogni psicologo in professione. La prospettiva che sostengo, comporta lo stabilirsi di una relazione tra chi interviene e chi pone la domanda d'intervento. Una relazione emozionalmente fondata, capace di utilizzare le simbolizzazioni emozionali, evocate entro la relazione, quali elementi di analisi sui quali istituire una comprensione delle dinamiche affettive che caratterizzano la relazione d'intervento e le problematiche che in essa vengono riprodotte. Si tratta di una prospettiva che istituisce l'intervento psicologico (clinico) quale luogo ove far emergere la dinamica emozionale collusiva che fonda la struttura dei rapporti di convivenza e ne consente il cambiamento. La storia di questa pratica di intervento è molto articolata: si va, per fare qualche esempio, dalla ricerca – azione di marca lewiniana alla teoria e alla pratica di Wilfred R. Bion sui gruppi, dalla *psicosociologie* francese attiva dagli anni sessanta alla lunga esperienza del *Tavistock Institute* o di Elliott Jaques sin dal suo intervento alla *Glacier Metal Company* di Londra negli anni sessanta. Ad eccezione di Lewin, le altre citazioni concernono autori di formazione psicoanalitica, che hanno esteso la loro pratica e la teoria della tecnica che fonda la psicoanalisi anche all'intervento entro i sistemi sociali. La formazione psicoanalitica consente questa stretta connessione tra conoscenza e intervento volto al cambiamento. Anche il nostro contributo, dagli anni settanta, si è proposto di definire psicoanaliticamente la relazione sociale, quindi la relazione che organizza l'intervento psicologico. Per noi è stato importante il lavoro di Ignacio Matte Blanco e il suo approfondimento del sistema inconscio⁶, a partire dalla prima topica freudiana. La proposta del costrutto di *collusione*, quale simbolizzazione emozionale del contesto da parte di chi condivide il contesto stesso, definisce la relazione sociale quale dinamica inconscia capace di ridurre la variabilità individuale della simbolizzazione emozionale e di organizzare un comune e condiviso processo simbolico. Tale processo simbolico, condiviso emozionalmente, consente la costruzione di dispositivi categoriali che contribuiscono al formarsi dei sistemi sociali, organizzativi, di convivenza entro i quali si origina la domanda d'intervento rivolta allo psicologo.

Caro Mario, le mie critiche alla psicologia della salute, che ti hanno motivato a scrivere alla Rivista, non concernevano che marginalmente le tue iniziative nell'ambito della psicologia della salute. Sai che ho qualche perplessità sull'utilizzazione dei costrutti di salute e di benessere a fondamento di un intervento psicologico, quindi nella professionalizzazione di questi costrutti. Ma, come ben sai, nella Facoltà dove abbiamo insegnato per anni è stato proposto e realizzato, nel 2008 e quindi all'epoca del mio intervento, un corso specialistico in "Psicologia Clinica e tutela della Salute" che ti invito a considerare nel suo programma,

⁶ E' presente in questo numero della RPC un contributo mio e di Giovagnoli sull'inconscio in Matte Blanco.

oltre che nella sua denominazione. Il termine “salute” rischia davvero di diventare una coperta con cui si cerca di proteggere l’assenza di modelli fondanti un intervento psicologico. Un qualsiasi intervento psicologico, purchè fondato su una credibile teoria della tecnica. Mi chiedo, al proposito, se la nozione di salute, che tu proponi, vada “tutelata”. Che vuol dire “tutela della salute”? Quale può essere il costrutto professionale psicologico nell’ambito di tale tutela della salute? Quali esperienze professionali consolidate e validate consentono di prevedere che la tutela della salute abbia uno sbocco professionale per gli psicologi?

Il vero problema sta, a mio modo di vedere, nell’intervento quale strumento di lavoro degli psicologi; quindi nelle proposte metodologiche che possano dare credibilità alla professione di psicologo. Tu dici che è difficile accettare il costrutto di salute come “espressione metaforica”. I modelli dicotomici malato - sano o benessere – malessere sono estranei, da sempre, alla psicologia, e tu lo sai bene. Per restare nella metafora di Antonowsky, da te citata, penso che nessuno psicologo, seriamente formato, abbia mai pensato di stare sulla riva a guardare i “malati” che stanno nuotando a fatica nel fiume. Ma il sentirci entro il fiume, con caratteristiche diverse ma tutti implicati entro le difficoltà della vita, non ci esime dall’assumere uno specifico ruolo e una specifica funzione, quando si sia chiamati a rispondere a una domanda di intervento. E difatti, nella metafora di Antonowsky si parla di medicina curativa, non di psicologia.

Bibliografia

- Carli, R. (2006). La collusione e le sue basi sperimentali, *Rivista di Psicologia Clinica*, 2-3, 179 – 189.
- Carli, R. (2010). Editoriale 1/2010. [Electronic Version], *Rivista di psicologia Clinica*, 1 (nuova serie). Retrieved from: www.rivistadipsicologiaclinica.it.
- Carli R., & Paniccia R.M. (2003). *Analisi della domanda. Teoria e intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccia R.M. (2004). *L’analisi emozionale del testo. Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi*. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., & Giovagnoli, F. (2010). L’inconscio nel pensiero di Ignacio Matte Blanco. [Electronic Version], *Rivista di psicologia Clinica*, 1 (nuova serie). Retrieved from: www.rivistadipsicologiaclinica.it.
- Leaders, (2009). What went wrong with economics. *The Economist*, July 18th, 11-12.

Sport e riabilitazione: resoconto di un'esperienza di riabilitazione psichiatrica attraverso lo sport

di Piero Carbutti* e Stefania Caramia*

Introduzione

In questo lavoro presentiamo l'esperienza realizzata quest'anno con alcuni utenti del Centro Diurno del C.S.M. di Manduria, in cui lavoriamo in qualità di tecnici della riabilitazione psichiatrica.

Questo anno la normale attività di riabilitazione del nostro centro diurno si è arricchita di una nuova esperienza, la partecipazione al progetto "Ancora Insieme Volley", organizzato dalla Lega Pallavolo regionale Uisp, dalla Lega Disabilità Uisp e da due associazioni locali: l'APTSM ALBA Manduria e l'Associazione Arcobaleno. Il progetto ha rappresentato per noi l'occasione per riflettere sull'utilizzo della pratica sportiva come strumento di riabilitazione e ha permesso alle istituzioni locali di sperimentare nuovi percorsi nell'ambito della salute mentale.

Il Progetto

Il progetto si poneva come obiettivi generali l'avviamento al minivolley e la risocializzazione per gli utenti del Centro Diurno psichiatrico del C.S.M. di Manduria della'ASL TA\1.

Nella prima fase del progetto abbiamo effettuato la scelta degli utenti da inserire nel progetto, seguendo come criteri di inclusione la buona autonomia sul piano fisico e l'interesse nell'attività.

Durante la prima fase oltre ai colloqui, gli utenti venivano invitati ad una giornata dimostrativa per avere una visione complessiva dell'attività.

Superata questa fase preliminare si è passato all'attività vera e propria, stabilendo un calendario di tre incontri settimanali, di 2 ore ciascuno, presso un palazzetto dello sport messo a disposizione da un comune del distretto del CSM di Manduria.

L'incontro era suddiviso in 4 momenti distinti: l'incontro, l'attività, il dopo-partita e una fase di coordinamento non diretta sull'utente. In ognuna di queste fasi abbiamo previsto delle abilità da valutare ed eventualmente dei sotto-obiettivi da sviluppare durante il progetto. Nell'incontro si valutava l'utente secondo la puntualità, il presentarsi vestito adeguatamente (in tenuta sportiva o con quest'ultima ben piegata nella borsa) e gli si chiedeva una piccola autovalutazione sulla forma fisica (hai dolori? ti senti in forma?). Una volta giunti al palazzetto dello sport si passava alla seconda fase che sostanzialmente era scandita da una scaletta già stabilita precedentemente e strutturata in: riscaldamento, esercizi con e senza il pallone (individuali, a coppia o di gruppo) e una partitella finale in cui venivano anche spiegate le regole fondamentali durante il gioco. All'interno delle due ore di attività era prevista una breve pausa di 20 minuti, pensata all'inizio per favorire il recupero delle forze e destinata a scomparire con l'intensificarsi dell'attività fisica. In realtà ciò non è accaduto perché con il passare del tempo questa interruzione si è trasformata da fase di recupero in un momento in cui ognuno dava un proprio contributo, favorendo manifestazioni spontanee di gioco o di dibattito. Nel dopo-partita abbiamo potuto osservare alcune abilità come il mettere a posto gli attrezzi e gli spazi comuni, il raccogliere commenti e impressioni

* Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica presso il Centro Diurno del Centro di salute mentale di Manduria (TA).

sull'attività. L'osservazione continuava anche presso il domicilio dell'utente laddove si controllava che gli utenti facessero regolarmente la doccia e mettessero a posto la divisa. Parallelamente alle attività con l'utente, ci siamo occupati della pianificazione dell'attività settimanali e della verifica del programma.

Strutturare l'attività in questa maniera ci ha permesso di intervenire su varie aree dell'utente: l'area psichica (la volontà e l'attenzione), l'area psico-sociale (la cooperazione e la comunicazione), e l'area fisica (il coordinamento e il tono muscolare).

Durante questi mesi abbiamo sperimentato come sia utile coinvolgere nelle varie attività dei volontari, non necessariamente esperti nello sport che si intende praticare, per omogeneizzare il livello di gioco, così come è utile chiamare un "vero allenatore", per validare appieno l'esperienza sportiva e mettere l'utente in condizioni di partecipare ad un reale allenamento e non ad un'attività riabilitativa "protetta". Anche per queste figure c'è stata una prima fase in cui sono stati "informati e formati" su patologie e finalità del progetto e sono state previsti degli incontri per trattare le loro impressioni.

La funzione del tecnico della riabilitazione psichiatrica

L'utilizzo dello sport come attività terapeutico-riabilitativa permette di fare alcune riflessioni sul rapporto operatore-utente; infatti l'attività sportiva, quando praticata insieme da operatori e utenti, si pone al limite tra il discorso clinico e quello umano, anche perché l'attività grupppale è basata su di un principio di parità (escluso l'allenatore) ben distante dal rapporto "formale di cura".

Il "fare insieme" è anche un mezzo per trasformare la relazione di cura asimmetrica del "chiedere" da parte del paziente e del "dare" da parte dell'operatore e quindi contribuire ad operare un cambiamento nell'utente, portandolo gradualmente ad essere una persona capace di procurarsi le cose da solo. Nel gruppo sportivo l'operatore ha rivestito delle funzioni importanti di supporto e aiuto nell'esperienza e ha assunto una funzione relazionale: creare relazioni significative con l'utente, per far sì che l'utente riscoprisse l'interesse per le relazioni umane. Nel fare ciò, l'operatore coglieva i momenti di stanchezza, di isolamento, di sofferenza degli utenti e interveniva al fine di creare un clima favorevole allo sviluppo di una progettualità di cura e di mantenere vivo l'interesse.

In questa esperienza, inoltre, noi operatori abbiamo occupato uno spazio "non protetto" anche per noi stessi, entrando in contatto con gli utenti entro un luogo di vita caratterizzato da modalità diverse dai rapporti formali di "cura". In questo luogo, l'operatore ha funzioni diverse: una prima funzione è quella della cura rivolta all'utente, la seconda quella della formazione rivolta al volontario e la terza concerne l'informazione da fornire ai tecnici sportivi riguardo l'esperienza che si vuole perseguire. Questo si può trasportare su un contesto di comunità più ampio diventando così a partire dall'ultimo, prevenzione, supporto sociale e cura vera e propria.

Conclusioni

L'esperienza della creazione di un gruppo sportivo di minivolley ci dà lo spunto per riflettere in maniera più "aperta" su alcuni temi rilevanti per la riabilitazione psichiatrica.

Una prima riflessione concerne i luoghi. La palestra rappresenta il luogo "protetto" dell'attività di riabilitazione sportiva, non inteso come luogo separato e esclusivo. E' protetto nel senso che ci si può sperimentare e sbagliare senza conseguenze "definitive"; è uno spazio tollerante che, aiutato dal clima ludico, permette di aiutare l'utente psichiatrico a sostenere il giudizio (sportivo) degli altri, il conflitto, l'angoscia, la crisi.

La piazza che ha ospitato il momento finale dell'esperienza rappresenta la visibilità. Il gioco può aiutare ad emergere dalle barriere metaforiche del nascondimento dallo sguardo dell'altro. Ciò può aiutare soprattutto i pazienti psicotici cronici la cui chiusura psicotica è

l'espressione della sua angoscia ad esporsi ad esperienze troppo intense, e quindi della mancanza di fiducia nelle proprie capacità di stare con gli altri.