

Editoriale

di Renzo Carli*, Rosa Maria Paniccia**

Si sono da poco concluse le elezioni per il parlamento europeo. I risultati evidenziano, in tutta Europa, un calo della sinistra e un avanzamento del centro destra.

Questo dato sembra confermare uno spostamento a destra dei valori sui quali si fonda la convivenza nel nostro continente: marginalità della solidarietà e della tolleranza, incremento della paura per la sicurezza, timore per la stabilità del lavoro e ostilità per chi sembra insidiare il locale mercato del lavoro, intolleranza per le situazioni che deviano dalle norme attese, rifiuto della convivenza multietnica, aumento dei pregiudizi per la diversità sociale, in tutte le sue manifestazioni. L'Italia non è sola, in questa problematica.

Sottolineiamo la rilevanza di questo dato: lo spostamento a destra della cultura in cui viviamo interessa direttamente, in modo preoccupante, la professione psicologica. Ricordiamo che la domanda sociale rivolta agli psicologi è, prevalentemente, una domanda d'intervento in favore dell'integrazione tra diversità: integrazione tra cittadino e pubblica amministrazione, integrazione delle differenze di genere, di generazione, di abilità intellettive, motorie, culturali entro la scuola e la formazione, integrazione di competenze, culture, etnie entro il mondo del lavoro o nella convivenza, integrazione dei diversi *credo* religiosi entro la comunità sociale. Questi problemi comportano una competenza diversa e un'attenzione più ampia di quelle dedicate alla sola malattia mentale, alla sua diagnosi o alla sua cura.

Da circa trent'anni, con il nostro gruppo di ricerca, stiamo seguendo i cambiamenti nella cultura del nostro paese. Sino alla metà degli anni novanta questa cultura vedeva, contrapposte, due tendenze: l'una fondata sui valori dello sviluppo e della competenza, l'altra orientata all'appartenenza ai gruppi di potere e al familismo. Da circa quindici anni si è rilevata una progressiva prevalenza della seconda cultura, ove ai valori dell'egoismo individualista o familista si affianca una valorizzazione irrefrenabile del potere senza competenza, delle appartenenze che procurano privilegi, con la diffusa propensione a perseguire un benessere di facciata, una sorta di dilagante elitarietà di massa. I valori dello sviluppo e della convivenza sono relegati a una piccola minoranza.

Insieme a questa tendenza è cresciuta l'anomia, ovvero la mancanza di fiducia nel futuro e il sentimento di assenza di regole. A nostro avviso l'arroccamento nel familismo e nei gruppi di potere, come pure la richiesta che si aumenti il controllo di tutte le estraneità e devianze, sono in profondo rapporto con tale disorientamento, cui si risponde reattivamente e difensivamente invece che con un rilancio nella costruzione di significati e valori condivisi. Si ricordi, in questo senso, la drammatica afasia di due agenzie sociali rilevanti: la sinistra politica, gli intellettuali.

Tutto questo s'accompagna a una sempre più valorizzata cultura massmediologica, alla spettacolarizzazione degli eventi, alla connotazione semplificata della realtà entro dicotomie emozionali esasperate, ove tutto si traduce nella dialettica amico – nemico. Una sorta di manicheismo spettacolarizzato, diffuso e mortificante ogni forma di pensiero aperto alla problematizzazione e all'approfondimento di quanto si sta vivendo. L'ironia è sempre meno praticata, e ad essa si sostituisce il sarcasmo che accompagna l'intolleranza per ogni dissenso. *Mala tempora currunt*, si potrebbe ripetere. Ma anche, con Livio, *tempus est etiam conari maiora*.

Come reagisce la psicologia italiana a questa situazione culturale?

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

** Professore associato presso la Facoltà di Psicologia 1 dell'Università di Roma "Sapienza".

Un profondo conflitto sta attraversando la cultura e la prassi psicologica nel nostro paese. Un conflitto tra una psicologia basata sul potere e il conformismo e una psicologia orientata a promuovere pensiero e autonomia nello sviluppo. Descrivendo questo conflitto, stiamo prendendo parte tra le due posizioni. Pensiamo alla psicoterapia: l'orientamento alla diagnosi e alla terapia dei disturbi mentali configura la relazione psicoterapeutica sempre più chiaramente quale relazione ove lo psicoterapeuta rivendica a sé lo stesso potere del medico nei confronti del paziente. Con una differenza fondamentale: il medico utilizza il suo "potere professionale" per rendere possibile un suo intervento terapeutico, dalla prescrizione farmacologica all'anestesia generale. Lo psicoterapeuta, di contro, utilizza il potere professionale come strumento fine a se stesso, per cambiare nell'altro il modo di pensare, di agire, di vivere le relazioni. Questo intervento di potere viene giustificato dai risultati che si devono necessariamente dimostrare, per avere un consenso sociale su tale agito entro la psicoterapia. Di qui l'enfasi sulla ricerca circa gli esiti della psicoterapia, in tutte le sue declinazioni scientiste. Il potere, d'altro canto, è entrato prepotentemente nella formazione psicologica, ad esempio nella formazione aziendale così come nella prassi riabilitativa. Si tratta di una deriva lenta, ma apparentemente inarrestabile.

Una seconda manifestazione del potere in psicologia, è visibile nella perdita della prospettiva di medio o lungo periodo. Sembra che lo psicologo si viva solo nel breve: il cambiamento, tema caro agli psicologi e agli psicosociologi degli anni sessanta e settanta, è visto oggi come cambiamento immediato, di assetti cognitivi più che di assetti emozionali, riferito ai comportamenti contingenti più che alle modalità simboliche di elaborazione della propria esperienza. Lo psicologo sembra impaziente, propenso a sospingere al cambiamento, attento a verificare un rapido risultato, orientato a evocare la soddisfazione immediata nell'altro.

C'è poi una psicologia che si propone obiettivi di medio e lungo periodo: nella psicoterapia come nella formazione, nell'intervento psicosociale come nei processi riabilitativi e di reinserimento. La mediazione tra intervento e cambiamento risiede necessariamente nel pensare emozioni. E' la dinamica della simbolizzazione emozionale che fonda il lavoro dello psicologo: la propria simbolizzazione della relazione come quella di chi condivide con lui la reazione professionale.

Individuo o relazione; successo o politica di medio periodo; visibilità personale o sviluppo della convivenza; correzione di deficit o promozione dello sviluppo; pensiero al servizio della ricerca o ricerca al servizio del pensiero; verifica al servizio del potere professionale o verifica al servizio del cliente; conformismo rassicurante o analisi conflittuale della relazione; adesione ai modelli vincenti o perseguimento di una specificità psicologica. Questi e molti altri i dilemmi in cui, a nostro modo di vedere, si dibatte la nostra psicologia, in particolare la componente clinica della psicologia italiana.

Per i prossimi anni il Comitato di Direzione della Rivista ha deciso di uscire con due numeri l'anno, a luglio e a dicembre.

Il tirocinio nelle strutture sanitarie e di salute mentale

di Renzo Carli

Premessa

Negli anni sessanta e settanta, ogni intervento psicologico volto a promuovere cambiamento degli atteggiamenti, finalizzato ad attivare un pensiero sulle emozioni, una consapevolezza delle dinamiche relazionali, volto ad evidenziare la componente emozionale delle relazioni con gli oggetti della realtà, veniva considerato “psicoterapeutico”. Una valenza psicoterapeutica, quindi, era insita in ogni intervento dello psicologo, a scuola come nell'azienda, nei sistemi sanitari come nel lavoro con l'handicap, con gli adolescenti o con la famiglia.

Successivamente, negli anni ottanta, la psicoterapia si separò dalla psicologia e venne identificata con la pratica della cura svolta dallo psicoanalista, dal terapeuta sistemico o da quello cognitivista. Iniziò l'era delle scuole di psicoterapia, che si affermò poi con la legge istitutiva della professione psicologica, la legge 56/89: con il suo articolo 3, questa legge ufficializzò la formazione quadriennale degli psicoterapisti nei differenti indirizzi che le scuole private seguivano. Si consumò, allora, una separazione tra psicologia (clinica) da un lato e psicoterapia dall'altro. La difficile qualificazione professionalizzante degli studi di psicologia, dovuta in gran parte all'inconsistente esperienza professionale dei docenti di psicologia all'epoca dell'istituzione dei Corsi di Laurea, all'ingresso massiccio di psichiatri e psicoterapisti nei ruoli di insegnamento delle discipline psicologiche, fece il resto: ne conseguì un progressivo deterioramento della funzione professionale dello psicologo e la convinzione, ancora oggi radicata in molti laureati in psicologia, che l'unico sbocco professionale dello psicologo sia quello di “diventare” psicoterapista, entro una delle molteplici correnti e dei numerosi modelli che la psicoterapia assume entro le scuole quadriennali private.

Questa evoluzione della psicoterapia, d'altro canto, non implica in sé una attività di tirocinio¹: nella psicoanalisi, per lungo tempo la forma di psicoterapia più diffusa tra gli psicologi nel nostro paese, la formazione si fonda sul binomio “analisi personale o didattica e supervisione di casi trattati psicoanaliticamente dall'allievo in formazione”. La supervisione, quindi, sostituisce il vero e proprio tirocinio; l'allievo si forma entro il suo studio privato, senza alcun contatto con contesti organizzativi di lavoro, dalla scuola alla sanità.

Ma facciamo un passo indietro. Nel 1976 abbiamo, nel nostro paese, i primi laureati in psicologia. Nel 1978 viene approvata la legge 180. Sino ai primi anni novanta, con il riconoscimento delle scuole quadriennali private di formazione alla psicoterapia, dove si sono formati professionalmente gli psicologi? Non sembri, questo, un interrogativo irrilevante. Gran parte dei giovani laureati in psicologia si misurava all'epoca con il lavoro psicologico entro le strutture sociosanitarie del territorio; quelle strutture che la 180 aveva istituite. Si praticava la psicoterapia, entro tali strutture? No di certo, se per psicoterapia s'intende quanto definito dalle scuole di psicoterapia e dai loro diversi indirizzi. Chi, tra i giovani psicologi, desiderava una formazione psicoanalitica si rivolgeva alla Società Psicoanalitica Italiana; allora, peraltro, poco propensa ad accettare psicologi al suo interno; o a qualche altra associazione di psicoterapia entro l'ambito psicoanalitico. In seguito si affacciarono alla ribalta della formazione psicoterapeutica anche le scuole di psicoterapia sistemica, comportamentista e poi cognitivista.

Nelle strutture sociosanitarie vigeva l'entusiasmo dell'operatore unico, con una negazione delle differenze professionali tra assistenti sociali, infermieri, psicologi, educatori: sotto la guida degli psichiatri, orientati alla realizzazione dei dettami della legge basagliana, si

¹ Tirocinio deriva dal termine latino *tiro*, *tironis*; *tirones* erano i giovani soldati, le *reclute* inesperte dell'arte della guerra. Il tirocinante, anche etimologicamente, è la persona “inesperta” che va avviata all'apprendimento.

lavorava per il mantenimento dei malati entro le famiglie e per l'evitamento della crisi psichiatrica in chi si voleva reinserire entro il tessuto sociale. Ma su questo torneremo tra breve.

Il lavoro di realizzazione della 180 avvenne con il reinserimento dei malati entro le famiglie d'appartenenza, o il loro contenimento nelle case famiglia, residenze-alloggio, comunità terapeutiche o riabilitative per chi non aveva una famiglia entro la quale ritornare, nel lungo viaggio di allontanamento dall'Ospedale Psichiatrico. Si trattava di un lavoro che aveva, nell'accezione prima ricordata, profonde valenze psicoterapeutiche; si trattava, d'altro canto, di un intervento che non faceva riferimento ad alcuna delle teorie della tecnica caratterizzanti le scuole di psicoterapia; un intervento che non si fondava su setting e condizioni di lavoro definite, ma che traeva la propria prassi dagli obiettivi perseguiti.

Negli anni novanta le cose cambiarono notevolmente, entro i servizi sanitari di salute mentale. Progressivamente, il lavoro di mantenimento psichiatrico dei malati "gravi" si restrinse alle stanze dei Centri di Salute Mentale distribuiti sul territorio; separatamente da questo lavoro di mantenimento, affidato alla prescrizione psicofarmacologica e ai consigli di vita di marca psichiatrica, ebbe inizio il lavoro di psicoterapia; una psicoterapia rivolta ad un'utenza nuova rispetto ai malati "psichiatrici", definita da più parti come utenza portatrice di "disturbi emotivi comuni". I motivi di questo cambiamento e di questo ingresso della psicoterapia entro la salute mentale, con le forme e le regole della psicoterapia "privata", non sono ancora ben chiari. Rimane il fatto che questo avvio del lavoro psicoterapeutico consentì, ai giovani² che si stavano formando alla psicoterapia di trovare, anche nei servizi territoriali di salute mentale, un luogo di tirocinio. Quest'ultimo venne poi sancito dalla normativa che regolamentò le scuole private di psicoterapia, con l'obbligo del tirocinio presso strutture ove si effettui psicoterapia e ove ci sia uno psicoterapeuta che sovrintenda al tirocinio stesso. Si apre, così, una profonda contraddizione tra l'orientamento delle scuole, spesso strettamente definito dalle condizioni della tecnica che fonda la psicoterapia alla quale si formano gli allievi e dagli obiettivi che la stessa tecnica implica, e l'esperienza di tirocinio che, per ragioni strutturali e relazionali che in questo lavoro intendiamo approfondire, propone forme di psicoterapia strettamente connesse al contesto e agli obiettivi ad esso collegati.

La domanda che ci si pone, a questo punto, è la seguente: la psicoterapia praticata nei servizi sociosanitari è equiparabile alla psicoterapia psicoanalitica, sistemica o cognitivista alla quale ci si prepara nelle scuole private? Se così non è, e molti indizi fanno pensare che ci siano profonde differenze tra la prassi psicoterapeutica "privata" e quella che possiamo chiamare "pubblica", di che differenze si tratta?

Non solo. In relazione alle possibili differenze, quale può essere l'utilità di un tirocinio nel pubblico, se la prospettiva professionale perseguita dai tirocinanti è, per così dire, orientata all'attività privata? Che significa "pubblico" e "privato" nell'area della psicoterapia, e in particolare della psicoterapia a orientamento psicoanalitico? E' a questi interrogativi che il presente lavoro intende proporre qualche risposta.

² La legge 56/89 rivoluzionò la professione psicologica. Con la legge istitutiva della professione di psicologo veniva separata l'attività del laureato in psicologia, descritto dall'articolo 1 della legge ("La professione di psicologo comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico, rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità") da quella di psicoterapista, descritta dall'art. 3 ("L'esercizio dell'attività psicoterapeutica è subordinato ad una specifica formazione professionale, da acquisirsi, dopo il conseguimento della laurea in psicologia o in medicina e chirurgia, mediante corsi di specializzazione almeno quadriennali che prevedano adeguata formazione e addestramento in psicoterapia, attivati ai sensi del *decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n. 162*, presso scuole di specializzazione universitaria o presso istituti a tal fine riconosciuti con le procedure di cui all'articolo 3 del citato decreto del Presidente della Repubblica"). La psicoterapia divenne ben presto, per ragioni complesse quanto ampiamente dibattute all'epoca, la "vera e unica" professione cui gli psicologi aspiravano.

Nel 1992, chi scrive fondò e diresse per quattro anni la Scuola quadriennale di Specializzazione in Psicologia Clinica presso la Facoltà di Psicologia dell'Università Sapienza di Roma. Obiettivo di quella scuola era di formare psicoterapisti capaci di lavorare presso il servizio sanitario nazionale e presso le strutture socio-sanitarie più in generale. Obiettivo raggiunto, se si considera che la grande maggioranza degli allievi che frequentarono la scuola nei primi quattro anni, una volta diplomati entrarono nel servizio sanitario, e molti di loro si fecero apprezzare per preparazione e competenza. Poi le cose cambiarono e la scuola assunse nuovi connotati, perdendo la sua specificità formativa, divenendo un luogo di ricerca che segue gli interessi di un gruppo di docenti, senza un suo specifico connotato professionalizzante. Per questo ho preferito dedicare il mio lavoro universitario alla formazione di base: ho organizzato con alcuni colleghi e presieduto il Corso di Laurea "Intervento Clinico" sin dalla sua fondazione nel 1999 e per dieci anni ho accompagnato i differenti cambiamenti del corso, sino alla sua più recente riforma voluta con la legge 270. Ho lasciato la presidenza del CdL Intervento Clinico da qualche mese. Tre anni fa, considerata l'impossibilità di riorganizzare all'università una formazione specialistica volta a promuovere una competenza psicologica per il servizio socio-sanitario, ho avviato la scuola dello Studio di Psicosociologia, questa volta nel privato e assieme a un gruppo di colleghi che condividono il progetto di formazione per psicoterapisti capaci di operare nel "pubblico".

La nostra Scuola di Specializzazione "Psicoterapia psicoanalitica: Intervento psicologico clinico e analisi della domanda" si pone un obiettivo formativo ben preciso, che citiamo testualmente dal documento programmatico³:

Il Corso intende formare psicoterapeuti ad orientamento psicoanalitico, in grado di praticare la psicoterapia psicoanalitica individuale e di gruppo entro differenti contesti sociali: dal Servizio Sanitario Nazionale nelle sue differenti agenzie, alla Scuola; dalle strutture produttive aziendali alle organizzazioni di assistenza ad utenti "deboli" (anziani; giovani in situazione di disagio; tossicodipendenti; persone di culture "altre" e provenienti da paesi extracomunitari); dalle organizzazioni religiose, militari o carcerarie a quelle che operano nel terzo settore.

Ciò comporta un duplice livello di formazione: da un lato la formazione alla pratica psicoterapeutica psicoanalitica, dall'altro la conoscenza e la pratica dell'intervento entro le dinamiche culturali e strutturali all'interno delle quali la psicoterapia viene realizzata. Le due aree della formazione richiedono un profondo ed efficace processo di integrazione. Ciò comporta anche un orientamento della psicoterapia volto non solo a correggere deficit, ma a promuovere sviluppo.

Si può allora capire l'importanza, per la nostra Scuola, del tirocinio entro le strutture sanitarie e della salute mentale: sono il luogo privilegiato per l'apprendimento della psicoterapia entro un sistema organizzativo che coniuga i problemi del paziente con la relazione tra paziente, psicoterapista e contesto.

Vorrei soffermarmi brevemente su questa affermazione, per approfondire alcune modalità con le quali il contesto *interviene* entro la prassi psicoterapeutica nei servizi sanitari e di salute mentale.

Una breve premessa: nella pratica psicoterapeutica "privata", alla domanda di psicoterapia rivolta a uno specialista sulla base della sua qualificazione professionale (psicoanalista, terapeuta sistemico, terapeuta cognitivista ecc.), segue solitamente un'analisi di fattibilità della psicoterapia; alcuni colloqui servono allo scopo e consentono una decisione in merito, sulla base della disponibilità dello psicoterapista e della previsione di un possibile lavoro terapeutico; previsione che si fonda sulle caratteristiche della relazione intercorsa tra potenziale paziente e psicoterapista, nei pochi colloqui preliminari. La domanda "privata" avviene, quindi, in base alla qualificazione dello psicoterapista: "*vorrei fare un'esperienza psicoanalitica con lei*" significa che già si prefigura il campo pragmatico della psicoterapia e

Si può consultare l'intero documento "Fondamenti teorici e metodologici della scuola" nel sito: <http://www.sponline.it/Specializzazione01b/FondamTeorici.html>

la scelta dello psicoterapista. Nella pratica privata si è più orientati a scegliere la forma di psicoterapia che ad analizzare, approfonditamente, la dinamica della domanda. Per accedere a una psicoterapia psicoanalitica, in altri termini, è sufficiente dichiarare il proprio interesse per la cura psicoanalitica e la propria intenzione di “fare” quell’esperienza; non è necessario definire un disturbo, partecipare allo psicoanalista una propria sofferenza o un proprio disagio; non è necessario accusare specifici sintomi emozionali (ansia, panico, depressione, rabbia) o particolari problematiche comportamentali (disturbi alimentari, difficoltà a stabilire relazioni affettive, problemi nella sfera sessuale, dipendenze da sostanze, specifiche fobie che influenzano in modo restrittivo il comportamento), solo per fare qualche esempio. Chi chiede di fare un’esperienza psicoanalitica propone qualche problema, evidentemente; ma la decisione sulla psicoterapia viene presa in rapporto alla fattibilità della cura, più che in base ai motivi che portano la persona dallo psicoanalista. Di qui la possibilità di un’esperienza psicoanalitica anche per chi ha, quale sintomo, solo quello di voler diventare psicoanalista e accede alla psicoanalisi in nome di una prescrizione societaria, dettata dalla struttura formativa che intende frequentare.

Le cose vanno diversamente nel caso delle strutture di salute mentale, ove un servizio di accoglienza pone, solitamente, le basi conoscitive per un *invio* del paziente a uno degli psicoterapisti del servizio. Nell’accoglienza si decide il motivo dell’accettazione della domanda e l’assegnazione di *quel* paziente a *quello* specifico psicoterapista. Qui il paziente, o chi per lui, propone un problema, non l’intenzione di fare una specifica esperienza psicoterapeutica; sarà l’accoglienza, sulla base di criteri di volta in volta diversi, a decidere se accettare la domanda e avviare la psicoterapia, proponendo al paziente quello psicoterapista che l’accoglienza decide di attivare. Spesso si pensa che i disturbi presentati e proposti dal paziente, così come la diagnosi di tali disturbi, formulata in base a un qualche codice di psicopatologia, siano una ragione sufficiente per dare senso e ragione a una psicoterapia: il paziente vive emozioni di forte ansia, soffre di disturbi di panico, presenta una relazione di dipendenza acritica e passivizzante nei confronti di una figura parentale, ecco quanto basta per giustificare l’*invio* allo psicoterapista. Si tratta, nell’ottica che noi utilizziamo, di un tipico assetto collusivo tra accoglienza di un servizio di salute mentale, paziente e strutture di psicoterapia. Tutto questo ha profondamente cambiato obiettivi e prassi dei servizi di salute mentale. Non si pensa più che tali servizi siano dedicati a chi soffre di una malattia mentale, con gli stereotipi e i pregiudizi che la connotano. Si pensa, di contro, che i più diversi problemi che attraversano la vita emozionale delle persone e delle famiglie, possano essere affrontati con gli psicoterapisti del servizio sanitario. Ciò ha consentito di accedere alla psicoterapia ad una fascia della popolazione che non avrebbe potuto avvicinare la costosa e dispendiosa psicoterapia “privata”. Sarebbe anche interessante studiare la funzione preventiva nei confronti della crisi psichiatrica, svolta dalla psicoterapia dei disturbi emotivi comuni. Ma su questo la letteratura sembra povera e incerta.

In sintesi: nella psicoterapia “privata” il paziente chiede, in base ad alcune problematiche, di fare un’esperienza psicoterapeutica con uno specifico psicoterapista, caratterizzato da una definita tecnica di psicoterapia (psicoanalisi, terapia cognitivista ecc.); nel caso della psicoterapia entro i servizi di salute mentale, il paziente pone una specifica problematica e attende che la struttura di accoglienza decida l’accesso alla psicoterapia, senza conoscere né lo psicoterapista né la tecnica alla quale questi fa riferimento. L’esperienza di psicoterapia, inoltre, nel privato dipenderà dalla tecnica seguita dallo psicoterapista (da alcune sedute *vis a vis*, sino a qualche anno di lavoro sul lettino); nel pubblico, di contro, l’esperienza sarà vincolata alla diagnosi formulata entro l’accoglienza, così come alle norme che regolano la prassi psicoterapeutica in quel determinato servizio. Vincoli strutturali, quindi, che dipendono dai modelli diagnostici utilizzati, dalla teoria della tecnica adottata come dalle norme che la struttura di servizio si è data.

Una digressione in proposito. La nostra scuola basa la sua formazione sulla analisi della domanda. L'analisi della domanda⁴ è un costrutto che si propone quale alternativa alla diagnosi e all'intervento psicologico clinico fondato sulla diagnosi⁵. Nell'analisi della domanda si fa riferimento, quale alternativa alla connotazione clinica del paziente, alla relazione con lo psicologo e alle dinamiche simboliche che la caratterizzano. Per questo è del tutto fuorviante far riferimento al costrutto dell'analisi della domanda per poi codificare la domanda stessa quale implicita o esplicita, corretta o problematica e così via. Se si definisce la domanda secondo parametri valutativi o diagnostici, si trasforma un costrutto che fa riferimento alla relazione, in un costrutto "diagnostico" ove la diagnosi non è più esplicitamente riferita alla persona, ma è diagnosi della domanda che la persona porta allo psicologo clinico. Come dicevano i nostri vecchi, "se non è zuppa, è pan bagnato!".

Già, ma lo psicoterapista che opera nei servizi di salute mentale può, legittimamente, chiedere e chiedersi: cosa si aspetta, il paziente, dalla psicoterapia? Per quale motivo il paziente accetta la proposta di psicoterapia e si accinge alla relazione con lo psicoterapista? La risposta a questi interrogativi non può risiedere nei disturbi che il paziente racconta entro i colloqui di accettazione. Almeno per una psicoterapia ad orientamento psicoanalitico. I "disturbi" o i "problemi" che la persona porta al servizio sono, come abbiamo visto, i *pretesti* per accedere alla psicoterapia. Si tratta, infatti, di un servizio di salute mentale che gli utenti pensano dedicati al trattamento dei "disturbi psichici": ciò giustifica il fatto che le persone presentino, *ab initio*, i propri "disturbi psichici". Con questo, non sostengo che i problemi presentati all'accoglienza siano falsi o pretestuosi; tutt'altro. Ma l'attesa di una psicoterapia è attesa di sperimentare una relazione, non una prescrizione farmacologica o un trattamento che concerne il corpo. Ciò che interessa, nel caso della psicoterapia, è la modalità con la quale il paziente simbolizza la relazione con lo psicoterapista. Si tratta di un rilievo per noi importante: la relazione medica prevede un rapporto diretto e necessario tra diagnosi di un disturbo (ad esempio, una insufficienza renale) e intervento medico (per restare nell'esempio, la prescrizione e l'attuazione della dialisi). Si dà come scontato, e acriticamente accettato, che la presenza di una disfunzione corporea debba comportare, necessariamente, l'intervento medico. Il paziente è chiamato alla *necessità* della cura, se presenta disturbi diagnosticabili dal sistema medico; entro limiti che, nelle loro dinamiche estreme, vengono accesamente posti in discussione (dall'accanimento terapeutico al testamento biologico). Chi si avventura entro la dinamica della diagnosi è chiamato all'accettazione acritica (anche se informata) degli atti medici che configurano la cura, quindi alla passività nei confronti di un intervento univocamente deciso dal medico. La psichiatria, in quanto branca della medicina, funziona allo stesso modo delle altre aree della medicina.

Non si può affermare la stessa cosa per la psicoterapia, e più in generale per l'intervento psicologico. La psicoterapia, e in particolare la psicoterapia psicoanalitica, richiede necessariamente l'adesione del paziente. Una adesione non solo nella produzione di fantasie o nel dispiegamento di specifiche strutture cognitive, ma anche nella collusione con lo psicoterapista, entro la dinamica di sviluppo di un pensiero su quanto proposto emozionalmente, o agito, nell'ambito della relazione. Spesso si sottovaluta questa dimensione, sia nella psicoterapia "privata" come, ed è quello che qui ci interessa, entro la psicoterapia nell'ambito delle strutture sanitarie. Sottolineiamo la differenza tra quanto stiamo dicendo e il costrutto, spesso confuso e poco utile, di alleanza terapeutica.

Quest'ultima, se utilizziamo la definizione di Bordin (1979)⁶, concerne un reciproco accordo tra paziente e psicoterapeuta, in riferimento agli obiettivi (*Goal*) del cambiamento che si

⁴ Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003), *Analisi della domanda. Teoria e intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

⁵ Si veda in proposito: Carli, R. (2008), *Il resoconto e la diagnosi*, *Rivista di psicologia clinica*, 2, 154-170.

⁶ Bordin, E.S. (1979), *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*, *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-60.

intende perseguire con la psicoterapia, ai compiti (*Task*) utili per realizzare tali obiettivi e allo stabilirsi dei legami (*Bond*) che hanno la funzione di mantenere la collaborazione, da parte del paziente come dello psicoterapista, così come mette in gioco confuse dinamiche affettive di simpatia e di comprensione. E' interessante notare che, in un recente volume sulla diagnosi⁷, si pensa alla relazione, che il processo diagnostico comporta, nei termini della sola "alleanza diagnostica": una parafrasi che implica, subito dopo, l'alleanza terapeutica". L'alleanza terapeutica sembra strettamente connessa con la tematica del potere entro la relazione tra terapeuta e paziente⁸, così come tra diagnosta e paziente. Ciò implica che la relazione diagnostica sia vissuta, entro questi costrutti teorici, quale relazione di potere. L'analisi della domanda vuole porre l'attenzione sulla relazione simbolica tra paziente e terapeuta, non sulla dinamica del potere che consente all'uno di categorizzare l'altro entro categorie psicopatologiche; evento, di fatto, poco utile per la psicoterapia e, al contempo, fortemente problematico per l'influenza che può esercitare sulla relazione terapeutica.

Quanto sottolineiamo implica la condivisione simbolico - affettiva della relazione e la possibilità di sospendere l'agito, per sviluppare un pensiero emozionato sulle fantasie che la relazione psicoterapeutica evoca nel paziente come nello psicoterapeuta. Ciò, nell'ottica di promuovere lo sviluppo del paziente. Su quest'ultima affermazione torneremo in seguito.

Pensiamo al caso, è solo un esempio, in cui una paziente viene inviata allo psicoterapista di un servizio sociosanitario perché, a seguito di un intervento chirurgico al cervello, presenta una paresi sinistra accompagnata da eventi di depersonalizzazione e di anafettività. Il medico che segue il decorso post operatorio, ritiene opportuno richiedere l'intervento dello psicoterapista. La domanda che ci possiamo porre è la seguente: il medico ha buone ragioni per l'invio della paziente allo psicoterapista; quest'ultimo, d'altro canto, può legittimamente e doverosamente chiedersi: cosa si aspetta la paziente dal rapporto psicoterapeutico con lui? Senza un approfondimento di questo sistema di attese, è impossibile l'avvio di una psicoterapia. Qualcuno potrebbe, ingenuamente o aggressivamente, pensare che la risposta è ovvia: la paziente vuole stare bene, ha una richiesta di salute. Già, ma questa attesa, evidentemente legittima, va bene per giustificare l'accettazione passiva dell'intervento medico; è molto meno utile per fondare un assetto psicoterapeutico e una partecipazione al processo della psicoterapia. Lo psicoterapista ha quale compito importante, nella relazione che prelude a una psicoterapia, di chiedersi quale sia la priorità che caratterizza l'adesione del paziente al rapporto con lui; priorità che può essere colta nella simbolizzazione emozionale del rapporto psicoterapeutico da parte del paziente, entro la dinamica collusiva con lo psicoterapista e con il contesto in cui la psicoterapia si organizza. Nel nostro caso, l'invio allo psicoterapista è motivato dalla preoccupazione del medico curante che l'intervento neurochirurgico abbia provocato danni somatici (la paresi) come anche danni psichici, che è importante accertare e curare rapidamente. Su queste basi, la paziente accetta la prescrizione alla psicoterapia e su basi simili anche lo psicoterapista accetta di lavorare con la paziente in analisi. Pensiamo ora all'incontro tra psicoterapista e paziente, soli con le loro emozioni e con le loro simbolizzazioni emozionali della relazione. E' su tale fenomenologia che può essere avviato un lavoro, ed è importante cogliere le priorità simboliche che la paziente porta in tale relazione. Priorità simboliche che non sono anticipabili dallo psicoterapista sulla base dell'invio, e che con grande probabilità poco hanno a che vedere con la preoccupazione del medico curante.

Ciò apre a un problema di profondo interesse, entro l'area delle psicoterapie realizzate nel sistema sanitario: quello dell'*invio*.

Si pensi, ad esempio, al caso in cui uno psichiatra di un CSM abbia in terapia una donna di mezza età, con marito e due figlie; si pensi anche alla decisione, alla quale sono arrivati lo

⁷ Dazzi, N., Lingiardi, V., & Gazzillo, F. (2009), *La diagnosi in psicologia clinica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

⁸ Carli, R. (2009), Decostruire e riorganizzare il costrutto di Alleanza Terapeutica, *Rivista di Psicologia Clinica*, in questo numero.

psichiatra e la donna in terapia, circa l'utilità di un'esperienza psicoterapeutica anche per il marito, che ha un problematico e ambiguo rapporto con le figlie. La donna, su consiglio dello psichiatra, invita il marito a rivolgersi al servizio per chiedere una psicoterapia. Il marito accetta, per "quieto vivere", così almeno dice, e si reca al servizio ove viene accolto da uno psicologo tirocinante che svolge con il nostro uomo i primi colloqui. Il motivo per cui questa persona è stata "inviata" al servizio dalla moglie, non è lo stesso che l'uomo affronta nei primi colloqui con il tirocinante. Quest'ultimo porta in équipe il caso, che viene discusso anche dallo psichiatra che ha in terapia la moglie. Si sottolinea che, nella relazione tra il tirocinante e l'uomo, non stanno uscendo i veri problemi, quelli denunciati dalla moglie e fondati su precise basi fattuali. Ecco una situazione problematica e, per certi versi, difficile. Il tirocinante sperimenta una relazione ove sta alla persona con cui lavora la scelta di cosa dire e con quali modalità simbolizzare la relazione; ma si trova a fronteggiare anche le aspettative "ortopediche" della coppia terapeutica che ha funzionato da inviante del caso. Pensiamo al caso di una giovane donna che riceve, da un servizio psichiatrico, la diagnosi di schizofrenia di tipo paranoide e che, con questa diagnosi, viene inviata ad un tirocinante che si sta formando nel servizio. Qual è il senso di una psicoterapia a orientamento psicodinamico, ove la relazione tra paziente e psicoterapista sia segnata da una diagnosi di tale fatta? Come potrà interferire, l'atto diagnostico, sulle fantasie che si presentano alla mente del tirocinante psicoterapista o del paziente, ma soprattutto entro la relazione tra i due? Con questi esempi si vuole sottolineare che la prassi psicoterapeutica, se realizzata entro un servizio di salute mentale, si configura quale evento collegato, inevitabilmente, ad altri eventi e a specifiche aspettative che caratterizzano la rete delle relazioni entro cui si dispiega quella relazione psicoterapeutica.

L'invio, entro i servizi di salute mentale, può essere fondato sulla problematica portata dal paziente, trasformata in una diagnosi capace di giustificare l'avvio di una psicoterapia. Questa diagnosi, d'altro canto, ha il potere di orientare la mente dello psicoterapista, di motivarne gli obiettivi, di organizzare le attese circa l'esito della psicoterapia. Ricordo una giovane collega a cui è stata inviata una adolescente per la quale era stato diagnosticato un disturbo alimentare di tipo bulimico; la giovane chiedeva alla psicoterapista di affrontare i suoi problemi di relazione sociale, ma la mente della psicoterapista era "invasa" dal tema del disturbo alimentare e dall'urgenza di intervenire e ottenere risultati in quell'ambito; nonostante la priorità dell'adolescente fosse un'altra, collegabile alla relazione con la psicoterapista da un esplicito contenuto simbolico.

La psicoterapia, entro i servizi di salute mentale, ha un setting che non è deciso dalla contrattazione tra psicoterapeuta e paziente, ma segue le norme decise nel servizio, vincolanti entrambi. Ciò è rilevante, se si pensa ai frequenti attacchi al setting che gli psicoterapeuti conoscono, nel privato, da parte dei pazienti. E' frequente una richiesta di rarefazione del numero delle sedute, di cambiamento nelle modalità di pagamento, di cambio d'orario. In una psicoterapia ove il setting costituisce l'unica dimensione di "realtà" nella relazione terapeutica, questi attacchi comportano, specie nel caso di psicologi che sono agli inizi del lavoro psicoterapeutico, difficoltà nella gestione della relazione. Nel caso dei servizi, di contro, il setting è spesso riferito a una dimensione "terza", entro la relazione psicoterapeutica, alle consuetudini o alle norme del servizio. Ciò configura, per il tirocinante, una sorta di fantasia di dipendenza dalla dirigenza del servizio stesso, spesso in collusione con il paziente.

Invio, diagnosi, limiti temporali della psicoterapia, istituzione del setting, rapporto tra psicoterapista e altre strutture del servizio, queste e altre ancora le dimensioni che orientano gli obiettivi della psicoterapia entro i servizi sanitari o di salute mentale, ne contribuiscono a definire la dinamica. E' per noi importante che il tirocinante tenga accuratamente conto di questi fattori che configurano l'esperienza psicoterapeutica nelle strutture sanitarie: solo così, queste connotazioni possono diventare una risorsa per la psicoterapia e non un limite a modelli di prassi rigidamente assunti, quindi incapaci di considerare i limiti e le risorse del contesto. Limiti e risorse, è bene sottolinearlo, che con caratteristiche differenti sono all'opera anche nella psicoterapia "privata".

Vorrei ora porre l'interrogativo su quale psicoterapia sia possibile sperimentare, per i nostri tirocinanti, quando vengono a contatto con malati psichiatrici, ad esempio entro un SPDC, una comunità terapeutica o riabilitativa.

Alcune considerazioni in proposito. Usualmente pensiamo alla psicoterapia come a una prassi codificata da specifiche tecniche, differenti nell'ambito delle diverse teorie della tecnica e formalizzate, come s'è detto, entro la formazione impartita da differenti scuole di specializzazione alla psicoterapia: la tecnica psicoanalitica, sistemica, cognitivista ecc. La storia e le vicende esperienziali di queste aree della psicoterapia portano diritte a una concezione "duale" della psicoterapia: c'è un paziente (reale o potenziale) che vive, nella sua esperienza lavorativa, scolastica o più spesso familiare, alcuni problemi per i quali ritiene di poter ricorrere all'esperienza psicoterapeutica; per questo si rivolge a uno psicoterapeuta che con lui sperimenterà, nella prassi, la competenza per la quale si è formato. La psicoterapia, in quest'ottica, è una prassi che origina dai problemi vissuti da una specifica persona, così come dalla formazione professionale di uno psicoterapista che affronta quei problemi entro una relazione duale (o familiare, o di gruppo ma la dinamica duale non cambia), volta all'approfondimento o alla soluzione dei problemi stessi. La concezione duale nasce da due condizioni strutturanti la psicoterapia: il vissuto *individuale* dei problemi posti dal paziente e la tecnica psicoterapeutica applicata dal professionista, che comporta necessariamente una relazione individuale con il paziente. Interessante notare che, nella percezione della "gente comune", emergono due ipotesi circa la domanda di psicoterapia: quella di chi vede la famiglia come anello debole e indifeso di un sistema sociale fortemente competitivo, senza regole, trasgressivo, violento e pensa che lo psicologo possa intervenire a difesa di questa componente "fragile" di un sistema di convivenza minacciato dalla legge del più forte; quella di chi pensa che dallo psicoterapista si rivolgono le persone disturbate, unica componente problematica di un sistema sociale "sano" e apprezzato⁹. La seconda modalità di approccio alla psicoterapia è riferita sistematicamente agli "altri", mentre la prima a se stessi e fa riferimento alla propria esperienza. In questo primo caso, quindi, la psicoterapia si pone tra sistema sociale, famiglia e individuo. Ma, come esperienza, concerne sempre e solo il singolo individuo.

Le cose stanno diversamente nel caso della malattia mentale. Per varie ragioni. Un primo motivo, importante, sta nell'origine sociale e contestuale del disturbo mentale. La crisi psichiatrica, nella grande maggioranza dei casi, è *crisi del sistema di convivenza*. Una crisi che ha come *protagonista* il "malato mentale", d'accordo. Che vede quali *deuteragonisti* anche altri attori della relazione sociale: le varie componenti della relazione familiare, di quella condominiale, di lavoro, amicale. Senza crisi della convivenza e dei sistemi collusivi che la reggono (regole del gioco, copioni neoemozionali, dinamica dei ruoli e delle funzioni, sistemi di aspettative entro le relazioni) non si dà che raramente una crisi psichiatrica. Quest'ultima, quindi, è descrivibile come medicalizzazione (psichiatriizzazione) di una crisi della convivenza, a carico di uno degli attori del sistema di convivenza stesso. La medicalizzazione della crisi, si sa, è l'alternativa solidaristica alla criminalizzazione; in quest'ultimo caso, il sistema giudiziario si sostituisce a quello medico, per giudicare il responsabile di un evento che comporta trasgressione alle regole del gioco della socialità. Prima della 180 i protagonisti della crisi, una volta psichiatrizzati, venivano ricoverati in Ospedale Psichiatrico dove subivano vicissitudini le più varie, culminanti in ripetute dimissioni e ricoveri in successione temporale sempre più stretta, sino alla quasi generale

⁹ Si vedano al proposito le ricerche che chi scrive ha realizzato, con il suo gruppo di ricerca, per analizzare la domanda di psicologia: Carli, R., & Salvatore, S. (2001), *L'immagine della psicologia. Una ricerca sulla popolazione del Lazio*, Roma: Kappa; Carli, R., Paniccia, R. M., & Salvatore, S. (2004), L'immagine dello psicologo in Toscana, *Psicologia Toscana*, 10, 1, 7-100; Carli, R., Paniccia, R.M., Bucci, F., Dolcetti, F., & Giovagnoli, F. (2009), La domanda nei confronti della psicologia e l'immagine dello psicologo nella popolazione toscana, *Psicologia Toscana*, 15, 2, 5-24.

cronicizzazione del disturbo, quindi sino al ricovero irreversibile del malato. Ricordo la prima pagina delle cartelle cliniche dell'O.P. di Verona, nei primi anni sessanta, ove il susseguirsi dei ricoveri e delle dimissioni era, per una cultura "medica" che vuole la reversibilità della forma patogena, a dir poco imbarazzanti.

Con la 180 la psichiatria italiana si adoperò, per circa due decenni, nel rendere operativa la chiusura degli O.P.; strategia prevalente fu quella di restituire alle famiglie quei malati dei quali le famiglie (luogo prevalente della crisi) "si erano volute disfare". Il reinserimento dei malati mentali fu, all'epoca, massiccio e avvenne grazie alla cultura prevalente di quegli anni, che consentiva la "colpevolizzazione" di chi non voleva accogliere, all'interno del proprio sistema sociale, il "diverso": dall'handicappato al malato mentale, dall'anarchico al tossicodipendente, dall'emarginato sociale al barbone, all'extracomunitario. Solo chi non aveva una famiglia entro cui attuare il reinserimento, veniva inviato per l'accoglienza entro le case famiglia, le comunità terapeutiche, le case alloggio. Obiettivo prevalente della psichiatria del territorio, nei due decenni che seguirono l'approvazione della 180 avvenuta nel 1978, fu quello di evitare i fallimenti del reinserimento: a questo scopo gli operatori (per un lungo periodo "operatori unici", senza differenza di professionalità, preparazione, ruolo sanitario) si adoperarono per rendere possibile un nuovo sistema di convivenza del malato mentale. Si utilizzavano gli psicofarmaci, evidentemente, ma anche i colloqui con i familiari, le visite domiciliari di psichiatri, infermieri, psicologi e assistenti sociali, mentre si andavano organizzando in modo ambulatoriale le strutture del territorio ove seguire i casi più gravi. In queste strutture, con il passare degli anni e con l'ingresso di psichiatri o psicologi formati alla psicoterapia entro strutture e società private, prese corpo anche l'offerta psicoterapeutica; un'offerta che, come ho detto più sopra, non era rivolta ai malati mentali gravi ma alla nuova domanda (disturbi emotivi comuni) che nel frattempo, grazie al diffondersi della cultura psicoterapeutica, prendeva forma. Questi psichiatri e psicologi con una doppia formazione (psichiatrica e psicologico clinica da un lato, psicoterapeutica dall'altro) posero in atto una sorta di scissione nella prestazione dei servizi di salute mentale: sedare e facilitare l'inserimento familiare dei malati mentali, ma anche prestare cure psicoterapiche all'"altra" utenza che, sempre più numerosa, si rivolgeva ai servizi. Questa doppia funzione dei servizi di salute mentale si consolidò e proseguì per alcuni anni, diciamo sino alla metà degli anni novanta quando, anche in Italia, cambiò drasticamente il "vento di sinistra" e la destra, con Berlusconi, nel 1994 andò al potere. Le ragioni dell'avvento della destra furono molteplici e non è mia intenzione analizzarle, non avendone evidentemente la competenza; va però sottolineato che l'enfasi sull'ordine pubblico e il tema della sicurezza furono sempre al centro della campagna politica da parte della destra, assieme alla valorizzazione della famiglia quale istituzione da "difendere". In quel periodo iniziò una sorta di rivolta silenziosa nelle famiglie dei malati psichiatrici, ormai organizzate in attivissime associazioni; rivolta che rifiutava la colpevolizzazione in base alla quale, per troppi anni, si era fondato il reinserimento familiare dei malati stessi e che chiedeva a gran voce di interrompere la frequente distruzione di interi nuclei familiari per la convivenza difficile, a volte penosissima, con il malato mentale abbandonato a se stesso e al proprio delirio, entro la famiglia. Il progressivo affermarsi di questa protesta pose la psichiatria italiana di fronte a un compito sino a quel momento eluso, almeno in parte: quello di provvedere a una differente "sistemazione" sociale del malato psichico e di porsi obiettivi volti non solo al mantenimento del malato entro la famiglia, ma al "senso" riabilitativo di strutture ove, con obiettivi terapeutici (comunità terapeutiche) o di reinserimento, vengono raggruppati alcuni pazienti e viene loro dedicata una équipe multidisciplinare. Queste strutture, per vari motivi tra i quali anche la presenza di molti psicologi (pur con le funzioni più diverse), promuovono obiettivi e tecniche che non sono più di semplice contenimento dei pazienti, ma di sviluppo di specifiche competenze volte a perseguire l'autosufficienza del malato mentale. Il malato mentale "psichiatrico", difficilmente guarisce; l'intervento riabilitativo si propone, in primo luogo, di scongiurare la cronicizzazione del malato; al contempo di promuovere un suo sviluppo nella competenza a stare con gli altri, che gli consenta il reinserimento familiare e, in qualche caso, anche lavorativo. Questo duplice obiettivo è perseguito con la psicoterapia, assieme alle cure psicofarmacologiche. Non si tratta, d'altro canto, della psicoterapia fondata sulle tecniche che, come abbiamo visto, ha

una sua genesi recente e che è improntata alla dinamica relazionale duale. Qui, per psicoterapia s'intende la competenza dello psicologo o dello psichiatra a utilizzare tutte le vicissitudini di rapporto che i malati intrattengono tra loro, con gli operatori e la gerarchia della struttura, con i familiari e con il contesto in cui la struttura è iscritta, al fine di sviluppare una competenza a "pensare le emozioni" incontrate in se stessi e negli altri, nelle diverse occasioni di relazione. Due sembrano essere gli obiettivi più rilevanti di queste esperienze di psicoterapia istituzionale: aiutare i pazienti a tener conto dell'"altro" come di un essere dotato delle stesse emozioni, degli stessi desideri, delle stesse esigenze che sono proprie a se stessi; nello stesso tempo, tener conto delle regole del gioco e dei vincoli che la convivenza pone a sé e agli altri. La scoperta dell'"altro", infatti, può avvenire solo entro un sistema di relazioni "regolato", quindi retto non da norme ma da regole del gioco; non da vincoli voluti da un giudice nemico e minacciante, ma da regole condivise che rendano possibile la convivenza e quindi la conoscenza sociale. E' importante sottolineare che queste vicende relazionali, proprie di ogni esperienza di comunità, si possono considerare da una duplice ottica: la dimensione che fa riferimento alla realtà strutturale, sia essa normativa o concordata tra persone, e la realtà simbolico emozionale. Un esempio: una paziente di una comunità entro la quale alcune nostre allieve fanno il tirocinio, si allontana dalla comunità per recarsi a casa della sorella, senza preavviso e senza aver concordato l'uscita con gli operatori. Per questi ultimi la paziente è "fuggita dalla comunità"; per la paziente, di contro, l'episodio è descritto come un "andare a trovare la sorella". Per leggere il punto di vista degli operatori serve ricordare la norma che prevede l'uscita dalla comunità, da parte dei pazienti, come un evento concordato, motivato e deciso tramite un permesso ufficiale; per leggere il punto di vista della paziente è importante cogliere il senso del suo cercare la sorella, in quel momento della sua esperienza riabilitativa, così come la delusione per una ricerca che non poteva dare quell'accoglienza affettiva benevola, sostitutiva del disagio vissuto entro le relazioni in comunità. Per una lettura strutturale della vita di comunità serve cogliere il senso riabilitativo assegnato al rispetto delle norme di vita e di cura del proprio corpo, dei propri oggetti personali o condivisi con gli altri ospiti (l'armadietto, il letto, le stanze della comunità). Per cogliere la dinamica simbolica, è importante condividere modelli psicologici della relazione. Abbiamo proposto la nozione di collusione quale modello di comprensione della relazione sociale, considerata sotto il profilo simbolico emozionale. Pensiamo che l'analisi dei processi collusivi possa essere utile per comprendere le vicende relazionali entro una comunità, coglierne quelle dimensioni simboliche che, una volta restituite ai protagonisti, possano essere di una qualche utilità nell'organizzare il senso delle relazioni per gli ospiti. Credo che il tirocinante, non caricato del compito di far rispettare le norme strutturali della vita in comune, possa trovarsi in una posizione privilegiata per cogliere le componenti simboliche della relazione e per sviluppare con gli ospiti dei rapporti fondati sull'analisi di tale dinamica. Nel caso sopra citato, l'allontanamento dalla comunità può essere visto come realizzazione simbolica dell'ambiguo rapporto, nella mente della paziente, tra famiglia e comunità: una famiglia che rifiuta di tenere con sé la paziente, una comunità che, almeno nelle intenzioni riabilitative, vuole ritornare alla famiglia la paziente stessa. La paziente sembra anticipare l'esito riabilitativo del suo stare in comunità, tornando in famiglia; famiglia e comunità, collusivamente rifiutano questo tentativo e prescrivono nuovamente la residenza nella comunità.

Il malato mentale, chiusi i manicomi, è inserito nella famiglia o nelle comunità. Può, peraltro, vivere una crisi di questo reinserimento sociale. In questo caso viene ricoverato, spontaneamente o con TSO, entro i Servizi Psichiatrici per la Diagnosi e la Cura. L'SPDC è un altro contesto di tirocinio. Un contesto interessante, se si tiene conto che al suo interno il tirocinante può venire a contatto e fare esperienza dell'agire psichiatrico. Se nella comunità i rapporti tra ospiti possono assumere valenza terapeutica e riabilitativa, non è la stessa cosa, almeno in alcuni casi, per l'SPDC. Qui la relazione importante è quella del singolo malato con l'équipe psichiatrica: obiettivo di questa relazione è la diagnosi e l'impostazione della cura psicofarmacologica. Il contesto, assimilato simbolicamente ad un insieme di malati mentali, problematici nella relazione tra loro e nella convivenza con gli operatori del servizio, viene vissuto in molti casi come pericoloso, senza valenze psicoterapiche.

Interessante che in un SPDC ove arriva un giovane uomo intelligente e colto, assistito da una madre apprensiva e idealizzante le competenze e le capacità del figlio, la decisione psichiatrica è quella di sedare sino al sopore, e per lungo tempo il giovane, quasi a sottrarlo alle relazioni interne al servizio. La funzione psicologica, in questo servizio, può essere quella di farsi carico delle relazioni con i pazienti, provvisoriamente ricoverati per un controllo farmacologico della crisi. Curare le relazioni significa da un lato comunicare un interesse per la persona e la sua capacità di stabilire rapporti, pur entro la problematica della crisi; significa, anche, stare nelle relazioni sociali che, inevitabilmente e ineluttabilmente, prendono forma entro il servizio: nei corridoi, nelle stanze comuni, entro le riunioni di staff come durante le visite psichiatriche. Interessante notare come lo psichiatra tenda, sovente, a sottovalutare la rilevanza delle relazioni entro l'SPDC; si pensi, ad esempio, a un servizio ove risiede da lunghi anni un paziente grave, contravvenendo alla norma del ricovero "breve" prevista dalla 180; un paziente problematico, perché agisce il proprio delirio entro i rapporti con gli altri ospiti del servizio, costringendo il responsabile, a volte, a dimettere precocemente alcuni malati presi di punta dal paziente delirante. Il mantenimento di un paziente così problematico, e per lungo tempo, all'interno del servizio è un buon indicatore di quanto sia trascurata, ai fini della cura psichiatrica, la relazione tra le persone che popolano il servizio stesso. Sta allo psicologo che non si è ancora psichiatrizzato, vale a dire che non ha ancora messo in atto dinamiche di identificazione con l'aggressore, di lavorare entro le relazioni e di dare un senso al processo collusivo che i partecipanti al contesto agiscono o comunicano, entro la loro esperienza di socializzazione nel servizio. Ecco una funzione che il tirocinante psicologo può svolgere, avvicinando la malattia mentale ma al contempo salvaguardando la sua funzione di sviluppo della relazione, quale fattore di cura.

Conclusioni

Il tirocinio, per gli allievi delle scuole di specializzazione come per gli studenti universitari, rappresenta l'occasione per incontrare situazioni reali ove la professione psicologica o psicoterapeutica viene esercitata. Ciò significa, per il tirocinante, avere a che fare con le proprie emozioni, nell'incontro con persone e situazioni ove avviare il proprio processo di apprendimento "pratico". La fase istituyente del tirocinio mette in evidenza la modalità emozionale con cui il tirocinante entra in relazione con l'estraneità. In questo senso la fase istituyente del tirocinio, la modalità con cui si incontrano le persone della struttura entro la quale si lavorerà (tutor, operatori, colleghi tirocinanti), le relazioni che si instaurano con il contesto, sono per il tirocinante dimensioni di grande rilievo per cogliere le proprie equazioni personali nella relazione professionale. La nostra scuola dedica molta attenzione all'analisi di queste modalità di istituzione della relazione di tirocinio.

Il tirocinio ha due caratteristiche per noi molto importanti.

La prima concerne la *committenza della scuola* presso la quale il tirocinante si sta formando.

Il tirocinante della nostra scuola si muove tra due ordini di committenza: quella del servizio e quella della scuola. Il tirocinio, se parte integrante di un processo di apprendimento, non può essere disgiunto dai contenuti e dalle dinamiche della formazione entro la scuola. Il tirocinio dei nostri allievi, in altri termini, non è un'esperienza a se stante, affidata totalmente al contesto di tirocinio; l'esperienza fatta dagli allievi nei differenti contesti viene analizzata, confrontata, discussa, verificata all'interno della scuola. Ciò significa, per l'allievo in tirocinio, il fare esperienza di una doppia appartenenza: al servizio, in quanto persona che opera al suo interno sotto la guida e la supervisione del tutor; alla scuola, in quanto l'esperienza di tirocinio va iscritta entro i modelli, la teoria della tecnica e il processo di apprendimento promossi e analizzati con l'attività di formazione della scuola. E' importante che il tirocinante sviluppi la capacità di inserirsi nel lavoro del servizio, per costruire un committenza alla sua esperienza, per comprenderne le regole del gioco, per adattarsi al sistema di valori, ai modelli, agli obiettivi che il servizio si propone; al contempo, è importante che sappia

organizzare un pensiero sull'esperienza di tirocinio, per confrontarla con gli altri allievi e con i docenti della scuola. Il tirocinio, in quest'ottica, comporta la competenza a promuovere, attivare e comunicare un pensiero sull'esperienza fatta. Questo è il motivo per cui invitiamo gli allievi a resocontare sistematicamente sulla loro esperienza di tirocinio e fondiamo la valutazione del primo e del secondo anno su questi resoconti, ampiamente discussi entro gli incontri di riflessione sul processo di apprendimento. Il confronto sul tirocinio comporta anche un interesse al tirocinio dei colleghi che compongono il gruppo di formazione, in un apprendimento che affianca, all'esperienza diretta, la riflessione sulle esperienze di tutto il gruppo. In alcuni lavori¹⁰ ho sottolineato la rilevanza del resoconto quale espressione di un pensiero sull'esperienza, parte integrante dell'esperienza stessa. La committenza della scuola, in sintesi, consiste nel motivare gli allievi a sviluppare l'esperienza di tirocinio attraverso il resoconto, e la riflessione in comune sui differenti resoconti. Ciò viene realizzato sin dal primo contatto dei singoli allievi con le strutture del tirocinio. E' l'analisi di queste esperienze che consente un apprendimento clinico, in riferimento all'equazione personale con cui viene realizzata la relazione tra allievo e "realtà altra", entro la quale applicare e sviluppare la propria teoria della tecnica. La riflessione sui resoconti, quindi, non concerne solo l'esperienza clinica in senso stretto, il rapporto con i pazienti e l'attività psicoterapeutica; fa riferimento, con grande attenzione, alle fasi di costruzione della committenza e all'insieme delle relazioni tra allievo e contesto.

La seconda caratteristica del tirocinio, apparentemente ovvia, è la provvisorietà reversibile dell'esperienza. Una riflessione al proposito; quando manca la committenza della scuola, il tirocinio può essere banalizzato nella ricerca di situazioni psicoterapeutiche coerenti con la tecnica di riferimento o, in alcuni casi, nel disinteresse per l'esperienza. Ma nel tirocinio si possono anche strutturare appartenenze profonde, impegnate emozionalmente e operativamente nel servizio; appartenenze che comportano una identificazione con il ruolo svolto nel tirocinio; sino alla confusione, nel lavoro svolto, tra ruolo di tirocinante e appartenenza al servizio. Si tratta di un processo difensivo problematico, in quanto fondato su dinamiche "come se": si fa "come se" l'appartenenza alla scuola e ai suoi obiettivi d'apprendimento non ci fosse; al contempo si fa "come se" si appartenesse al servizio, senza peraltro quel ruolo che deriva soltanto da una appartenenza reale. La reversibilità del tirocinio è possibile solo se lo si vede coerente con un processo d'apprendimento. Un apprendimento, come abbiamo visto, fondato contemporaneamente sull'esperienza fatta nel servizio e sulla riflessione nei confronti del tirocinio stesso, svolta entro la scuola. La dimensione di reversibilità è strettamente connessa con la durata del tirocinio entro una specifica struttura. Riteniamo che la durata ottimale di un tirocinio sia di due anni. E' un periodo che consente di fare esperienza non solo di situazioni cliniche classiche (lavoro psicoterapico con alcuni pazienti, conoscenza approfondita del gruppo di ospiti di una comunità) ma anche del contesto entro il quale il tirocinio si svolge. L'integrazione tra esperienze cliniche, quelle con i "pazienti" e quelle non meno importanti con il contesto di tirocinio, consente di sviluppare una competenza ad intervenire clinicamente entro dinamiche di rapporto complesse, istituzionalmente iscritte.

Committenza della scuola e reversibilità del tirocinio, concernono la prassi dei singoli tirocinanti e la loro analisi all'interno del processo di formazione. C'è un terzo elemento di grande importanza, meritevole del detto *last but not least*: la relazione tra scuola di formazione alla psicoterapia e strutture sanitarie di tirocinio. Sappiamo che questa relazione è regolata da norme ministeriali concernenti quella convenzione che rende possibile il tirocinio stesso. Non è a questo che mi riferisco. Penso, di contro, ad una relazione tra docenti della scuola e responsabili del tirocinio, che possa facilitare un confronto sugli

¹⁰ Carli, R. (2007), Notazioni sul resoconto, *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 186-206; Carli, R. (2008), Il resoconto e la diagnosi, *op. cit.*

Si possono anche consultare i differenti contributi pubblicati sul numero 2/08 e 3/08 della *Rivista di Psicologia Clinica*, in riferimento alle "Giornate sulla resocontazione come metodo di intervento in Psicologia Clinica".

obiettivi formativi, sull'andamento dell'esperienza, sull'interazione reciproca tra cultura del contesto sanitario e cultura della scuola di formazione. Questo confronto di culture è sicuramente molto difficile, ma anche importante, penso reciprocamente. Chi scrive ha una lunga esperienza di formazione universitaria degli psicologi. Sa quanto il tirocinio degli allievi del triennio, come quelli del biennio specialistico o magistrale, sia stato difficile e poco utilizzato, in questi anni. Nel corso di laurea "Intervento Clinico" che, come ho detto, ho presieduto per molti anni, il tirocinio dei triennialisti ha in molti casi mostrato i suoi limiti, sfiorando dinamiche tragiche o comiche. Giovani studenti messi a far fotocopie, a seguire inutili corsi di formazione locali, ad assistere passivi e lontani all'operato di colleghi chiusi nel proprio mondo pragmatico; spesso il resoconto dell'esperienza di tirocinio ha potuto ridare un senso ad esperienze mortificanti o profondamente negative. A volte anche il tirocinio dei biennialisti seguiva la stessa sorte. Al contempo, alcuni potevano esperire nel tirocinio vicende interessanti, capaci di integrare la formazione universitaria con una formazione efficiente sul campo. Situazioni le più diverse, ove l'andamento del tirocinio viene vissuto da molti studenti come affidato al caso, una sorta di aspettativa aleatoria del "terno al lotto". Perché tutto questo? Non credo sia un interrogativo di poco conto.

Torniamo a quanto detto in precedenza sulla formazione psicologica, dopo la legge 56/89 e l'avvento delle scuole private di psicoterapia. Molti colleghi che attualmente operano nelle strutture ove è possibile fare il tirocinio, provengono da formazioni le più diverse, orientate a teorie e a tecniche differenti, spesso lontane tra loro. Ciò che più conta, queste impostazioni pragmatiche hanno sovente un legame debole con la psicologia e la competenza psicologica. Manca quindi, nei casi più problematici, una base comune, teorica e pratica, che dia senso ad una prassi entro il campo della psicologia. Ritengo che questo problema si riproduca nelle scuole di formazione alla psicoterapia, con una presenza multiforme di specialismi fortemente scissi gli uni dagli altri, entro modelli che, spesso, poco hanno a che vedere con le necessarie basi comuni della psicologia. Sono consapevole che questo evento, nella misura in cui si verifica, non è attribuibile in toto agli operatori dei servizi o alle scuole di psicoterapia; la formazione universitaria ha la sua responsabilità, con quel debole legame con la pratica che molte aree della docenza universitaria manifestano. Il rischio di tutto questo è che nel nostro paese ci sia un numero elevatissimo di psicologi (abbiamo ormai superato i 70.000 iscritti all'Ordine degli Psicologi) e che al contempo non ci sia una professione psicologica unitaria, quel tanto che basta per dare un'identità importante a chi opera nel campo. La dispersione dell'identità si accompagna, come la psicologia sociale insegna, a diffidenze reciproche, svalorizzazioni di chi fa riferimento a teorie della tecnica diverse dalla propria, conflitti che si riflettono negativamente sulla credibilità e la reputazione della professione. Non tutta la professione mostra questi problemi, beninteso, ma il problema c'è e dovrà essere affrontato con decisione. Il tirocinante incontra problemi diversi se nel contesto del tirocinio incontra una cultura psicologica attiva e capace di differenziare la propria funzione, o se di contro la prassi psicologica è assente o appiattita su altre professioni, quella psichiatrica in particolare. Torniamo alla relazione tra scuole di psicoterapia e contesti culturali del tirocinio. Questi confronti servono, credo, a valorizzare le differenze di prospettiva della prassi psicologico clinica. Considerando la psicologia clinica come l'alveo naturale per le differenti prospettive psicoterapeutiche e di intervento, se esercitate da psicologi. Forse dimentichiamo che la comune formazione psicologica può accomunare, nel confronto, una pratica psicoterapeutica anche se fondata su teorie della tecnica diverse; così come una prassi psicoterapeutica, apparentemente orientata da un riferimento teorico comune, può differenziarsi, anche di molto, se esercitata da persone di formazione psicologica da un lato, psichiatrica dall'altro. Anche questo non sempre, evidentemente; ma la formazione di base, lo hanno mostrato diverse ricerche e lo suffraga l'esperienza di tutti i giorni, non è irrilevante entro la psicoterapia o l'intervento psicosociale. Credo che le differenze siano una ricchezza, non un ostacolo; purché siano consapevoli e ci si confronti su di esse. Di qui la rilevanza di un confronto sul tirocinio, tema comune a chi forma nelle scuole e a chi forma nel tirocinio stesso.

Bibliografia

Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance, *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-60.

Carli, R. (2007). Notazioni sul resoconto, *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 186-206.

Carli, R. (2008). Il resoconto e la diagnosi. *Rivista di psicologia clinica*, 2, 154-170.

Carli, R., & Salvatore, S. (2001), *L'immagine della psicologia. Una ricerca sulla popolazione del Lazio*. Roma: Kappa.

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

Carli, R., Paniccia, R.M., & Salvatore, S. (2004). L'immagine dello psicologo in Toscana. *Psicologia Toscana*, 10, 1, 7-100.

Carli, R., Paniccia, R.M., Bucci, F., Dolcetti F., & Giovagnoli, F. (2009). La domanda nei confronti della psicologia e l'immagine dello psicologo nella popolazione toscana. *Psicologia Toscana*, 15, 2, 5-24.

Carli, R., Paniccia, R.M., Bonavita, V., Terenzi, V., & Giovagnoli, F. (2009). Decostruire e riorganizzare il costrutto di Alleanza Terapeutica, *Rivista di Psicologia Clinica*, in questo numero.

Dazzi, N., Lingiardi, V., & Gazzillo F. (2009). *La diagnosi in psicologia clinica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Presentiamo ora le relazioni sul tirocinio, elaborate dagli allievi della scuola SPS

Relazione 1 - L'esperienza di tirocinio entro le Comunità riabilitative

di Filomena Brescia, Pamela Crisanti, Francesca Magrini, Gabriella Mazzeo

Premessa

Il nostro contributo verte sull'esperienza di tirocinio svolta in due comunità di Roma, la prima di tipo socio - riabilitativo, la seconda a finalità terapeutica.¹

La comunità riabilitativa ospita dieci pazienti, con diagnosi di schizofrenia. Si occupa di loro una équipe multidisciplinare.

La comunità terapeutica ospita 12 pazienti e lo staff è interamente formato da psicologi. In questa comunità l'intervento terapeutico - riabilitativo si fonda sul concetto di *affido terapeutico*, vale a dire sulla relazione privilegiata che si stabilisce tra il paziente e l'operatore di affidamento.

Ciò che accomuna le due comunità è la dimensione della residenzialità: i pazienti vivono insieme per un tempo limitato e fanno esperienza della quotidianità con altri pazienti e con gli operatori.

Il tirocinio ci ha sollecitato alcuni interrogativi; ad esempio: cosa motiva una famiglia o un CSM ad inviare un paziente in comunità, e ancora: come è possibile integrare una diagnosi psichiatrica con l'obiettivo della riabilitazione e del reinserimento sociale.

Nel tirocinio abbiamo provato a costruire alcune ipotesi su tali questioni. Proponiamo alcune riflessioni su un evento critico: l'allontanamento di un paziente dalla comunità, non convenuto con gli operatori. Tale evento ci consente di trattare alcuni aspetti del rapporto tra pazienti, famiglia e comunità.

Ci occuperemo di questo evento attraverso la storia di Angela, ospite della comunità socio - riabilitativa. L'obiettivo che ci proponiamo è quello di dare un senso all'evento dell'"andar via", mettendolo in rapporto con la storia dei pazienti e con la loro domanda alla comunità.

Parliamo di Angela

Al nostro arrivo in comunità, di prima mattina, veniamo avvertite dagli operatori in turno che, Angela, si è allontanata dalla comunità. Gli operatori ci parlano di questo evento come di una fuga. Per l'équipe sembra importante e urgente evitare altri episodi di questo tipo. Ci chiedono, quindi, di accompagnare personalmente i pazienti, ogni volta che andranno al bar o a fare qualche compera. Proponiamo di trattare direttamente con i pazienti, l'episodio della fuga. Pensiamo di utilizzare, a questo scopo, il gruppo di confronto tra i pazienti, da noi attivato proprio in quei mesi.

C'eravamo accordate con la nostra tutor di istituire dei gruppi di confronto con i pazienti entro cui connettere le azioni e le regole entro la comunità, con i vissuti dei pazienti. L'obiettivo è quello di esplorare il rapporto tra pazienti e operatori, coglierne le evoluzioni (il qui ed ora) e capire come l'esperienza della comunità sia in relazione con la storia personale dei pazienti (il là ed allora).

¹ Le Comunità terapeutiche sono strutture a carattere residenziale con prevalenti finalità terapeutiche e ospitano utenti giovani con problemi psichiatrici o psicologici in genere, fino ad un massimo di venti persone. (Regolamento Regione Lazio n. 9 del 27.6.85 e delibera della Regione Lazio n. 11887 del 23.12.88).

Le comunità riabilitative sono strutture a carattere residenziale per l'assistenza psichiatrica di utenti medio - lungo degenti con funzioni terapeutiche di riabilitazione per un massimo di venti persone art. 1 regolamento regionale 27giugno 1985 n. 8, Delibera della Regione Lazio n. 11887 cit.

Ci siamo occupate, quindi, a partire dalla nostra posizione di tirocinanti dei rapporti che i pazienti vivono. Vedremo più avanti quali elementi possiamo cogliere come peculiari della figura del tirocinante entro la comunità.

Nella riunione di gruppo, quella mattina, un paziente, si ribella all'uso del termine *fuga* dicendo: "*delinquenti fuggono! Angela è andata a casa*". Con queste parole appare evidente come, per i pazienti, l'episodio dell'andar via di Angela venga rappresentato come un tentativo di riavvicinarsi alla famiglia: non riferiscono ad Angela la colpa per una trasgressione, ma solo il desiderio di tornare a casa.

La parola "fuga" ci fa pensare a luoghi di reclusione, all'obbligo, a situazioni in cui le persone sono tenute contro la propria volontà. Nel nostro lavoro è importante cogliere che si sta parlando di vissuti: sembra che tra operatori e pazienti si faccia "come se" lo stare in comunità sia vincolato da un obbligo. I pazienti, di contro, non sono formalmente obbligati alla permanenza in comunità.

Procediamo, nel tentativo di rintracciare elementi per capire come il paziente arriva e rimane in comunità.

Angela ci racconta di essersi allontanata, per andare a trovare sua zia che abita a Roma; una zia a cui è molto affezionata e che da tempo voleva rivedere. Racconta che il giorno precedente la sua uscita dalla comunità, era stata rimproverata da un'operatrice per essersi preparata un caffè, contravvenendo ad una regola condivisa. Dice di non essere riuscita, in quel frangente, a parlarne con l'operatrice.

Angela ci parla di desideri che hanno bisogno di essere realizzati. Il modo in cui ce ne parla, fa venire in mente una posizione di pretesa, che non le consente di interloquire né con gli operatori, né con la zia. Il suo atteggiamento può porre l'altro nell'impossibilità di capire quale sia la sua richiesta.

L'allontanamento di Angela dalla comunità evoca in noi la fuga degli adolescenti da casa, dalla famiglia vissuta come ostacolo all'indipendenza. Andare via da casa è l'occasione per cercare altre immagini di sé.

Durante il gruppo con i pazienti, una di loro, Silvia, dice che "*si va fuori per cercare amici; il problema è che gli amici non si trovano*". Silvia sta parlando del vissuto di solitudine e della sua difficoltà ad avviare e mantenere rapporti. Queste stesse emozioni sembrano organizzare la vita stessa della comunità. Il vissuto iniziale con cui ci siamo confrontate nel nostro tirocinio è stato il dover sorvegliare i pazienti, per evitare che si mettessero in situazioni di pericolo. Sentiamo che questi vissuti ci convocano ad un rapporto asimmetrico, il rapporto tra un adulto accudente e un bambino imprevedibile.

Angela è vezzeggiata, nella comunità, da tutti i pazienti: è Angelina. Angela ha 37 anni, ci appare fin da subito come l'adolescente del gruppo, spende gran parte dei suoi denari acquistando riviste per *teen-ager*, rivestendo le pareti della sua stanza di poster con le foto di attori e cantanti. Spesso dice di sé: "*Angela è una schifezza*" sorridendo e guardando fisso l'interlocutore, come a cercare una conferma. Quando questo accade, ci sentiamo interpellate a restituirle una immagine meno deteriorata.

Quello che colpisce, in Angela, è il contrasto tra la sua apparente debolezza e la fragilità e la sua capacità di implicarci nel fare delle cose per lei e non con lei.

Proviamo a connettere la storia di Angela con l'immagine che lei tende a evocare nella comunità.

Nel colloquio di accoglienza, la madre racconta che i problemi di Angela cominciano quando a 16 anni, si fida; sua madre interviene per far finire questo rapporto. Pensa che sua figlia non sia adeguata ad avere un rapporto di coppia. Angela risponde con una violenta reazione contro la madre che, per difendersi, chiama i carabinieri. Angela viene ricoverata in SPDC: così inizia la sua carriera psichiatrica.

Sembra delinearci un rapporto simbiotico tra le due: in un eterno gioco di amore ed odio, Angela cerca di allontanarsi dalla madre, ma non può fare a meno di lei.

Questa relazione ambigua di Angela con la madre è condivisa, negli incontri di gruppo, da altri pazienti che parlano della loro ambivalenza nei confronti dei familiari, simbolizzati come la causa dei loro problemi e al contempo come "tutto ciò che possiedono". Esprimono sentimenti di amore sconfinato e allo stesso tempo, nella narrazione dei pazienti, i familiari sembrano lontani, come se fossero morti.

Nel caso di Angela, sembra che la madre chieda alla comunità di essere un prolungamento di sé, nella sua intenzione di esercitare una stretta influenza su Angela. La comunità è chiamata a elaborare una strategia utile a trattare la domanda di differenziazione tra Angela e sua madre, valorizzando la discontinuità tra l'essere genitore e l'essere operatore.

Conclusioni

Abbiamo resoconto di relazioni, di rapporti familiari, di domande di intervento ai servizi territoriali. La comunità, quale anello della più complessa catena dei servizi per la salute mentale, vuole rispondere a problemi connessi con i problemi di convivenza.

Abbiamo proposto, all'inizio di queste riflessioni, alcuni interrogativi: cosa motiva una famiglia o un CSM ad inviare un paziente in comunità. Quali problemi pone la riabilitazione e il reinserimento sociale di questi pazienti.

Il caso trattato può essere visto come evento critico.

L'evento critico può essere visto quale sintomo di un assetto emozionale in crisi e quale segnale di possibili linee di sviluppo. Pensiamo all'allontanamento della paziente dalla comunità, al suo tentativo di tornare a casa, presso un familiare. C'è il segnale di un fallimento collusivo entro la sua permanenza nella comunità, ma anche di un fallimento collusivo entro la famiglia. Rifiuta la comunità, è rifiutata dalla famiglia. E' in mezzo a un guado, è sola con la sua difficoltà di socializzazione e di convivenza. E' in questa situazione che può prendere corpo una sua decisione di stare provvisoriamente in comunità, una sua domanda nei confronti della comunità e del suo processo di sviluppo. L'allontanamento mette in evidenza una mancata accettazione consapevole dell'esperienza comunitaria, vissuta quale ingiunzione non compresa, e al contempo un avvicinamento a una realtà familiare vissuta emozionalmente in modo ambiguo. L'evento critico richiede che venga fatto un po' d'ordine entro le emozioni associate alla comunità e alla famiglia. In questo senso l'evento critico è una risorsa per gli obiettivi di terapia e di riabilitazione.

I pazienti, spesso, lasciano la comunità per andare a casa, hanno una meta precisa, ricongiungersi ai propri familiari. L'evento critico ci sembra non sia l'uscita dalla comunità, quanto il rientro. Potremmo dire che andando a casa è come se i pazienti anticipassero il momento del proprio reinserimento sociale, l'obiettivo a cui stanno lavorando in comunità. Le famiglie sembrano sentirsi minacciate da questo tentativo, hanno esperienza della difficoltà di convivere con il proprio familiare, per questo sentono la comunità come un contesto protettivo.

In quest'ottica si può cogliere l'importante funzione di questo servizio: creare confini nei rapporti simbiotici e ambivalenti tra pazienti e familiari e allo stesso tempo costruire una rete sociale intorno ai pazienti che offra relazioni meno invischianti.

Vorremmo aggiungere un'ultima considerazione, a proposito di quali siano le peculiarità della funzione tirocinante che abbiamo sperimentato.

Da questa posizione abbiamo pensato la comunità come caso clinico.

Sembra che essa riproduca al suo interno questioni legate alla convivenza.

Riemerge, anche per quanto riguarda il suo funzionamento interno, il problema della differenziazione. La comunità è un servizio in cui la residenzialità comporta molteplici situazioni di vita e di relazione tra operatori e pazienti: dal pranzare insieme, al fare la lista della spesa, al fare una gita, eventi atti a evocare rapporti di tipo familiare. La comunità può essere pensata come un setting *diffuso*², in cui è importante per poter comprendere cosa accade quotidianamente, capire chi dice cosa, a chi, in quale circostanza.

Nella nostra esperienza i tirocinanti, come presenza temporanea e non identificabile con la struttura, possono sollecitare più facilmente rapporti altri rispetto a quelli familiari. Pensiamo che il tirocinante possa sviluppare lavorando in comunità la competenza psicoterapeutica nell'istituire un setting, che permetta di differenziare situazioni e rapporti e che possa funzionare da cornice di riferimento per dare senso a ciò che accade.

Bibliografia

² Mazzone, Tedone & Niuà (1998), Il mandato delle comunità terapeutico – riabilitative, *Reverie - Rivista semestrale sulle strutture intermedie in psichiatria*; consultato nel sito: <http://www.psychomedia.it/index1.htm>

Mazzone, R., Tedone, E., & Niuà, G. (1998). Il mandato delle comunità terapeutico – riabilitative, *Reverie - Rivista semestrale sulle strutture intermedie in psichiatria*; consultato nel sito: <http://www.psychomedia.it/index1.htm>

Relazione 2 - Il Tirocinio nel Spdc

di Fiorella Bucci, Salvatore Gibilisco, Rossella Roselli

In questa relazione proponiamo il resoconto di un caso affrontato nella nostra esperienza di tirocinio presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'ospedale Carlo Forlanini di Roma. Proveremo ad evidenziare la specificità di obiettivi e problemi metodologici relativi all'organizzazione di un intervento psicologico clinico - psicoterapeutico entro questo specifico contesto.

Nel corso del nostro tirocinio abbiamo maturato l'idea che l'organizzazione di una qualsiasi iniziativa psicoterapeutica che si proponga come utile entro il reparto, pone un problema: la conoscenza dei vincoli del contesto, vincoli strutturali e culturali.

Parleremo del caso di un ricovero al quale abbiamo partecipato nel tirocinio e che, nel nostro percorso di formazione, ha assunto la funzione di caso "critico". Si è trattato di una situazione che, per le sue caratteristiche di potente sconfirma del nostro sistema di attese, ha mobilitato un imprevisto insieme di discorsi, di interesse e di studio, nel nostro lavoro con gli psicologi tutor del tirocinio nell'SPDC così come nella formazione con i docenti e i colleghi della scuola.

Viene ricoverato un ragazzo di 18 anni, Lorenzo. Arriva in pronto soccorso, accompagnato dai familiari, per un episodio di confusione verificatosi sul luogo di lavoro, con allucinazioni uditive e mispercezioni. Lo psichiatra del SPDC, chiamato dal pronto soccorso per una consultazione, ha ritenuto utile il ricovero in reparto. Lorenzo ha appena compiuto diciotto anni, studia, lavora come attore, ha vissuto con i suoi genitori in Australia fino al 2001, quando è tornato in Italia con la madre e la sorella con le quali vive attualmente. I genitori sono separati. Queste le informazioni che leggiamo nella cartella clinica.

Incontriamo Lorenzo al suo quarto giorno di ricovero. Uno degli psicologi del reparto, nostro tutor, ci propone di fare alcuni colloqui con lui e con la famiglia, per conoscerne "il problema", i problemi. Parlando con il tutor - che, lo ricordiamo, rappresenta la committenza del Servizio nei nostri confronti - capiamo meglio che tipo di difficoltà si sta ponendo nel reparto, in relazione al ricovero di questo paziente. Il tutor ci dice di aver parlato, la mattina stessa, con lo psichiatra che si era occupato del ricovero di Lorenzo; si sono confrontati circa una possibile diagnosi. Il tutor si dice in dubbio sull'interpretare la crisi di Lorenzo come indizio di un esordio psicotico o come un disturbo dell'umore, forse un disturbo bipolare. In ogni caso lo psichiatra pensa di dimettere Lorenzo nel più breve tempo possibile, ritenendo che la permanenza nel reparto, accanto ad altri malati gravi, sia potenzialmente dannosa per il ragazzo. Lo psicologo propone invece di tenerlo in reparto qualche giorno, per effettuare dei colloqui e analizzare meglio la situazione; se si trattasse di un esordio, infatti, sarebbe importante intervenire subito. Ci dice, inoltre, che nei giorni scorsi è stata somministrata al ragazzo una terapia sedativa, per attenuare l'impatto dell'ingresso in reparto.

Le informazioni che il tutor ci dà contengono dati di realtà (come l'età del ragazzo, il tipo di terapia che sta prendendo) ma anche emozioni, modi emozionali di simbolizzare il rapporto tra il problema del paziente e l'intervento del reparto. L'idea dello psichiatra che la permanenza di Lorenzo possa essere dannosa per lui e di doverlo perciò dimettere in breve tempo, sono processi di simbolizzazione caratteristici del contesto SPDC che poggiano su una storia e su un lungo processo culturale, quello che dagli anni '70 ha determinato la chiusura degli ospedali psichiatrici e l'organizzazione di un sistema di servizi territoriali.

Rileggendo la legge 833 e i successivi progetti-obiettivo nazionali del '94 e del '98 che stabiliscono funzione e caratteristiche dei diversi servizi che avrebbero composto il DSM, sulla funzione degli SPDC si dice poco. Rimane inscritta nella sola denominazione del servizio, servizio psichiatrico per la diagnosi e la cura. Ciò che viene detto chiaramente, nel testo della legge, è che i vari servizi territoriali, primo tra tutti il CSM, sono chiamati ad operare in modo da ridurre il più possibile il numero dei ricoveri nel reparto ospedaliero. I

ricoveri nel SPDC sono quindi culturalmente rappresentati come altrettanti fallimenti collusivi del nuovo sistema per la salute mentale, quel sistema nato per perseguire uno scopo principale: chiudere i manicomi.

Nel confronto tra lo psichiatra e il nostro tutor, il vissuto di dannosità del ricovero e di urgenza della dimissione, coerente con l'idea che la "custodia" del malato debba comunque essere la più breve possibile, ci sembrava, era stato messo in discussione; si era organizzata la possibilità di prendersi un tempo per occuparsi del problema. Ora lo psicologo ci chiedeva di aiutarlo ad occuparcene, di sostenere con nostre iniziative la sua ipotesi che il ricovero potesse rivelarsi utile e che il reparto potesse prendersi carico del paziente. Concordiamo con lui un nostro primo colloquio con Lorenzo per esplorare origine e significato della crisi.

Iniziamo l'incontro proponendo a Lorenzo di aiutarci nel conoscere qualcosa di lui, di come è avvenuto il ricovero, come si era sentito e come si sente in questo momento.

Ci racconta che fino allo scorso anno frequentava il liceo scientifico in una scuola pubblica; poi ha iniziato a lavorare come attore e, dopo tre anni, si è iscritto ad un corso privato di recupero, del quale, però, è molto insoddisfatto. Il ragazzo è anche un esperto di sicurezza informatica, e dopo un periodo come *hacker* è passato a lavorare in questo settore come collaboratore esterno di grandi aziende. Ma continua anche nel suo lavoro di attore: ora sta girando un film. E' molto impegnato, ci mostra la sua agenda elettronica zeppa di impegni. Con il suo lavoro, dice, aiuta a mantenere la sua famiglia. La crisi si è manifestata sul set: mentre indossava gli abiti di scena, si era sentito confuso, angosciato; poi aveva cominciato a udire dentro di sé delle voci, alcune confortanti, altre "cattive".

Cominciamo a formarci un'ipotesi sul significato della crisi che ha portato Lorenzo nel SPDC. Il problema sembra avere a che fare con le relazioni, con l'ambivalenza emozionale sollecitata dalle relazioni, e ha a che fare con quanto Lorenzo sta affrontando, forse la ricerca di un'identità, di una integrazione tra i molti piani e contesti di esperienza entro i quali si cimenta. Concludiamo proponendo a Lorenzo di fare altri colloqui nei giorni seguenti, con lui e anche con sua madre. Lorenzo ci dice che è d'accordo.

Parliamo di questo primo colloquio con lo psicologo tutor, il quale ci incarica di seguire il caso "intensivamente" nei giorni successivi.

Nella stessa mattina vengono in reparto la madre di Lorenzo e lo zio, fratello della madre. Li incontriamo mentre parlano con lo psichiatra che si era occupato del ricovero. I familiari chiedono allo psichiatra che tipo di farmaci Lorenzo stia prendendo e quanti giorni durerà il ricovero; la madre appunta ogni cosa sul suo taccuino.

Lo psichiatra rassicura la madre, dicendole che Lorenzo uscirà presto, che verrà dimesso al massimo in una settimana, il tempo di assestamento della terapia farmacologica. Inoltre le dice che gli psicologi somministreranno dei test, facendo cenno a noi. Su nostra proposta, la signora si rende subito disponibile ad un colloquio.

A partire da quanto resocontato finora, proponiamo alcune riflessioni sulle peculiarità di questo che abbiamo considerato come un "caso critico" rispetto al funzionamento del SPDC.

Riteniamo che il ricovero in reparto di Lorenzo abbia sollecitato in noi e nell'equipe la problematica dell'SPDC rispetto alla valenza terapeutica del ricovero.

L'equipe pensa che la crisi possa riferirsi ad un esordio di un disturbo dello spettro schizofrenico o ad un disturbo dell'umore. "Esordio" entro la cultura della psichiatria ospedaliera, evoca il desiderio della cura, di una remissione totale della malattia. Aspettativa che in psichiatria è sempre frustrata. Ma in ordine alla simbolizzazione del SPDC come un luogo di custodia, di contenimento dell'acuzie, la dimensione terapeutica del ricovero è come se venisse marginalizzata, negata.

Siamo confrontati con due diversi modi di rappresentare il reparto come luogo di cura rispetto al problema di Lorenzo: da una parte emerge una rappresentazione del servizio come luogo antiterapeutico. Un luogo di cura che si utilizza quando la situazione è molto critica, quando non ci sono altri contesti in cui la cura può aver luogo. Avendo Lorenzo una famiglia premurosa, che si occupa di lui, sembra non ci sia ragione per trattenerlo in

ospedale. L'ospedale, implicitamente, serve nel caso in cui la crisi non sia più contenibile dal contesto sociale.

In una seconda prospettiva, che sembrerebbe maggiormente assunta dallo psicologo nostro tutor, il reparto viene rappresentato come luogo in cui si tratta la crisi, anche in presenza di un contesto sociale collaborativo e non espulsivo; nel caso in cui la famiglia è presente e partecipa al problema, la si può includere nel processo di comprensione. Per cui è possibile che il servizio funzioni in un'ottica non solo sostitutiva, vicariante la famiglia, ma anche integrativa delle risorse familiari.

Quindi da una parte l'ospedalizzazione è simbolizzata come una condizione spiacevole, indesiderabile e quindi evitabile finché possibile, dall'altra si sostiene la bontà, il valore del ricovero.

Ma torniamo al percorso di intervento. Nel colloquio con la madre e lo zio abbiamo cominciato ad organizzare un'ipotesi di lettura del significato della crisi e a vedere con la famiglia che la crisi poteva avere un senso rispetto alla storia dei loro rapporti familiari.

La madre ci presenta Lorenzo come un ragazzo di grande intelligenza. E' stato precoce in tutto, dice, già da giovanissimo partecipava a convegni di matematica e informatica.

La vita di Lorenzo è molto cambiata da quando è stato ingaggiato come attore. Tale è stato l'impegno, tra la scuola, le consulenze informatiche e il cinema, che Lorenzo era sempre molto stanco; così si è deciso che interrompesse la scuola pubblica, per iscriversi ad un corso di preparazione individuale all'esame di maturità.

Introdottosi nel mondo del cinema, e dopo un incontro deludente con il padre che aveva perso di vista da molti anni, Lorenzo ha cominciato a fumare hashish, sia pure senza nasconderselo a casa e apparentemente consapevole dei rischi connessi. Ma qui c'è stato un problema. Giusto poche settimane prima della crisi, quando aveva appena compiuto la maggiore età, Lorenzo viene arrestato dalla polizia per detenzione di hashish in una quantità superiore ai limiti consentiti dalla legge.

L'esperienza dell'arresto è stata molto traumatica, tanto più che giungeva a ridosso di una importante lite con la madre relativa alla autonomia economica del ragazzo, e di un duro confronto telefonico con il padre, accusato da Lorenzo di averlo sempre trascurato.

Iniziamo a comprendere da ciò che la madre ci dice quanto idealizzi suo figlio, e lo abbia investito di grandi aspettative. Aspettative che Lorenzo ha da sempre confermato con i suoi prodigiosi successi e talenti. Ci sembra che la madre abbia investito Lorenzo di un ruolo emozionale difficile da sostenere per il ragazzo, quello di compagno che ripara alle delusioni e all'abbandono che la madre ha vissuto nel rapporto con il marito. Il tema del doversi fidare l'uno dell'altro, dell'allearsi per proteggersi da un persecutore sembra un tema importante nel rapporto tra la madre e il figlio. Pensiamo ad un altro aspetto. Nella rappresentazione della madre Lorenzo è un bimbo precoce. Sul piano simbolico un bimbo precoce è un bimbo prodigioso, nato a dispetto delle leggi naturali, maturo prima del tempo naturale, ma è al contempo un bimbo immaturo, più fragile, più a rischio di vita dei bambini nati a tempo.

Ora il compimento dei 18 anni di Lorenzo appare essere stato l'evento che ha mandato in crisi il sistema familiare. Nell'arco di poche settimane sembra che Lorenzo abbia vissuto una serie di forti delusioni che nell'insieme lo hanno fatto precipitare nell'angoscia. Si è sentito tradito dagli amici che a sua insaputa avevano messo dell'hashish nel suo zaino, motivo del suo arresto. Ha avuto forti scontri sia con la madre che con il padre, nell'ambito dei quali ha manifestato una profonda diffidenza nei confronti di entrambi i genitori.

Nella precocità degli impegni di Lorenzo nel mondo produttivo, il mondo degli adulti, pensiamo che il ragazzo non abbia avuto il tempo, quindi lo spazio dentro di sé, per comprendere le confuse e ambivalenti emozioni sollecitate da questa fase della sua vita emozionale: la separazione dalla madre, la ricerca di una propria identità, di un modo autonomo di dare senso alle molte e diverse scelte intraprese. Pensiamo che la crisi confusionale che il ragazzo ha avuto sul set fosse espressione di questa problematica. E' come se Lorenzo stesse chiedendo un aiuto a costruire dentro di sé un modello di fiducia nelle relazioni non fondato sul controllo dell'altro attraverso l'idealizzazione o la svalutazione, ma sulla conoscenza e lo scambio. Ipotizziamo che l'abbandono del liceo abbia significato per Lorenzo il distacco da un mondo in cui si identificava, da un gruppo di

coetanei con cui forse condivideva degli interessi e da un sistema di regole che lo rassicuravano nell'avviarsi ad una propria esperienza emozionale svincolata dalla madre e nella costruzione di relazioni con dei coetanei.

I familiari, in particolare la madre, non sembrano consapevoli della fatica che i cambiamenti che Lorenzo e loro stessi stanno affrontando implicano sul piano emozionale. Ma con altrettanta fatica la madre ci dice che ha bisogno di un aiuto per rimettere anche lei ordine in questi ultimi eventi, che sembrano essere accaduti velocemente sfuggendole di mano.

Nei giorni successivi affiancheremo lo psicologo tutor in altri colloqui con Lorenzo e i suoi familiari finalizzati a concordare con la famiglia un progetto terapeutico da seguire presso il CSM dopo la dimissione dal reparto. Un aspetto centrale dell'intervento su questo caso a cui abbiamo partecipato pensiamo riguardi l'aver implicato la famiglia in un processo di comprensione del significato della crisi, della componente simbolica della crisi. Abbiamo agito su una zona di confine dell'operatività del SPDC che in questi anni del tirocinio abbiamo compreso essere molto rilevante: il rapporto tra paziente, famiglia e servizio.

Quest'ambito operativo va oltre gli obiettivi dell'intervento psichiatrico, limitato programmaticamente al contenimento della crisi e alla remissione sintomatica, e introduce nel trattamento categorie di lettura della problematica relazionale all'origine della crisi utili a sviluppare, entro il mandato sociale di custodia del SPDC, una funzione psicoterapeutica.

In questo senso la risorsa-tirocinio degli psicologi nel SPDC può intendersi come un *task* di interfaccia fra l'interno e l'esterno del servizio: e dunque una risorsa specifica per la connessione degli obiettivi interni di superamento della fase critica della sintomatologia con gli obiettivi esterni - tipicamente familiari e del gruppo primario di riferimento - nella prospettiva di una reintegrazione del paziente alla sua vita quotidiana, entro una rete di relazioni sociali che l'intervento psicologico-clinico abbia reso, per quanto possibile, più consapevoli e competenti.

Relazione 3 - Il Tirocinio presso le Strutture Sanitarie e di Salute Mentale

di Simona Bernardini – Antonella Giornetti

Nel presente lavoro proporremo alcune questioni che abbiamo affrontato nella nostra esperienza di tirocinio svolto presso il Servizio di Accoglienza del Centro di Salute Mentale della ASL Roma D. Partiremo dal modo in cui ci siamo occupate di alcune domande giunte al servizio per ripensare alcuni aspetti del funzionamento organizzativo del servizio stesso.

Il servizio di accoglienza del CSM della Roma D ha la peculiarità di organizzarsi su interventi limitati ad 8 colloqui psicologico-clinici. L'accoglienza, così organizzata, non si propone come un sistema di filtro ad altri specialisti ma istituisce una proposta clinico-organizzativa: attraverso interventi limitati ad 8 colloqui, il CSM chiede di essere guardato con la propria dimensione di limite.

E' possibile un parallelismo tra l'esperienza del tirocinante nel CSM e l'esperienza del paziente nel servizio di accoglienza: entrambi, dentro un'appartenenza limitata nel tempo, possono sperimentare che il tempo, pensato nella propria dimensione di limite, diventa la risorsa da cui guardare al problema ovvero l'opportunità di allargare la dimensione duale, implicita nel rapporto psicoterapeutico, entro la dimensione contestuale.

Non solo il tirocinante ed il paziente, dunque, ma anche il contesto del CSM e il sistema sociale di riferimento diventano centrali perché l'intervento possa avere efficacia, proprio nel tentativo di connettere sintomi e sistemi sociali, di esplorare possibilità di sviluppo.

Proponiamo un caso esemplificativo di come sia stato possibile muovere le risorse in un'ottica di sviluppo, utilizzando il *limite* come criterio che organizza il modo in cui trattare una domanda.

In particolare, presentiamo un caso che offre l'occasione di riflettere su come esso possa essere assunto e simbolizzato: sul rischio che il limite assuma una dimensione valoriale ed adempitiva anziché sulla possibilità che esso costituisca la risorsa attraverso cui costruire una separazione, ovvero, per usare le parole del paziente, "la capacità di pensare la propria solitudine".

In estate, F., un ragazzo di 30 anni, si rivolge al servizio di accoglienza, su prescrizione medica, per uno stato depressivo che teme possa riattivare comportamenti bulimici pregressi. Riferisce di aver messo fine ad un lungo rapporto di amore e di non riuscire a gestire tale separazione per il senso di vuoto che ha lasciato.

Tre coordinate sembrano organizzare la richiesta di consulenza: un invio medico che veicola nel paziente l'aspettativa di una guarigione, una malattia quale la bulimia che minaccia la propria sanità fisica e mentale, una separazione che lascia uno spazio che deve essere riempito.

Ciò che accomuna gli elementi che organizzano la domanda è l'atteggiamento passivo entro cui si posiziona il paziente: è inviato dal medico, è affetto da bulimia, è stato abbandonato.

Tale passività, agita nel rapporto terapeutico attraverso la pretesa di una soluzione, racconta di una modalità del paziente di stare in rapporto alle proprie emozioni come dati di fatto per poterle controllare: chiudere le proprie emozioni in razionalizzazioni pacificanti o in abbuffate di cibo consente al paziente di mantenere la propria immagine che altrimenti sentirebbe minacciata.

E' sempre la passività che organizza il rapporto con lo psicologo: adempiere alla chiusura del rapporto a prescindere dagli obiettivi costruiti o in costruzione. Questa dimensione adempitiva rende problematico per il paziente intraprendere un proprio progetto di vita.

Il primo ciclo di colloqui si conclude senza una esplicita esplorazione degli aspetti valoriali con cui il paziente e lo psicologo trattano la separazione, ossia non riconoscendo la posizione adempitiva e il vissuto di abbandono con cui il paziente accetta la fine dell'intervento.

E' quando F. torna in autunno, sempre su indicazione del medico di base, che è possibile riconoscere e lavorare queste dimensioni.

Allora la separazione, sperimentata nella prima consulenza, diventa la possibilità per F. di significare il sentirsi abbandonato come una difficoltà ad abbandonarsi alla complessità e imprevedibilità delle emozioni e insieme l'occasione di ripensare la propria immagine, costruita in rapporto a ciò che non si conosce e a ciò che si è conosciuto.

Connettere la nuova richiesta di consulenza al desiderio di non essere abbandonato ha permesso al paziente di riconoscere una propria domanda e soprattutto ha permesso di riconoscere una propria implicazione nel volerla trattare. Una posizione attiva, di scelta, uscendo da una logica di relazione

organizzata sul chi si prende cura e chi è curato per costruire altri significati possibili della propria esperienza.

L'obiettivo trasformativo di questa relazione terapeutica ha comportato la comprensione della separazione come competenza a pensare la propria solitudine.

E' significativo che al termine dei colloqui F. non viva più la separazione come un vuoto da colmare attraverso l'ingurgitare ma in rapporto ad una vita da riempire di senso con elementi di novità quali il desiderio di occuparsi di un cane e di investire attivamente in un progetto lavorativo da tempo in cantiere.

Occuparsi della domanda di F. ha significato riconoscere nel limite del tempo l'istituzione del tempo dell'intervento, in cui la funzione fondamentale della relazione psicoterapeutica diventa pensare con quale progetto di sviluppo ci si separa.

In particolare occuparsi della domanda di F. ha significato ripensare i vincoli proposti dal servizio proprio in rapporto al lavoro svolto con il paziente entro il servizio stesso.

In altre parole, ripensare il vincolo degli 8 colloqui ci ha permesso di offrire al paziente la possibilità di un secondo ciclo di colloqui, ossia di lasciare aperta una nuova disponibilità: le risorse limitate del servizio, trattate nella loro simbolizzazione emozionale, hanno permesso un intervento capace di orientarsi sui tempi di elaborazione del paziente.

Concedersi la possibilità di tornare e sperimentare uno spazio, un tempo, una relazione, in cui è possibile esplorare le proprie paure, le proprie ossessioni in rapporto ai propri desideri ed ai propri progetti, ha permesso al paziente di pensare la separazione come una scelta, un desiderio di mettersi alla prova, di implicarsi nel realizzare la vita che desidera.

E' proprio l'ancoraggio allo sviluppo del paziente, da dentro la cultura del CSM, che ha fatto la specificità della nostra esperienza di tirocinio.

Il paziente, ossia il cliente esterno, ci ha aiutato a guardare al cliente interno, a pensare al funzionamento del servizio come una proposta clinico-organizzativa istituita su una dimensione temporale propria del CSM, che in quanto tale si connota come una regola di rapporto.

Una proposta clinico-organizzativa dunque che non traguarda soluzioni con psicoterapie brevi o lunghe, terminabili o interminabili, ma che, utilizzando il limite, si propone di attivare processi, di muovere risorse, di implicare le persone a farsi carico della propria domanda in un'ottica di sviluppo.

Relazione 4 - La funzione psicologica entro il contesto ospedaliero come competenza a pensare le relazioni. Due unità di psicologia.

di Isabella Conti, Simona Sacchi, Grazia Stocchino

Con questo contributo proponiamo una riflessione sulla funzione psicologica entro l'ospedale, vista come competenza organizzativa fondata su modelli psicologico clinici. Intendiamo proporre che tra competenza organizzativa fondata sulla psicologia clinica e prassi psicoterapeutica ci sia una stretta relazione, sviluppando questa tematica: dal setting identificato con la stanza dello psicologo, che tutela la prassi psicoterapeutica dagli agiti dell'organizzazione chiudendo la porta, al setting dello psicologo che si muove entro i reparti promuovendo relazioni organizzative emozionalmente competenti e perciò psicoterapeutiche.

La psicologia clinica ci dice che ogni prassi organizzativa è fondata su relazioni organizzate emozionalmente. Si tratta di relazioni connotate da un significato simbolico, che permettono all'organizzazione di perseguire i suoi fini. Ogni organizzazione ha i suoi propri modelli simbolici, destinati a questo scopo. Pensando all'ospedale ne vengono in mente due, entrambi fondati su premesse fortemente individualistiche, che ignorano la relazione. Questo ignoramento produce eventi critici, su cui pensiamo che la psicologia possa intervenire. Il primo di questi modelli, tendenzialmente egemonico, è quello economico, che ipotizza un rapporto sociale fatto da individui razionali; esso ignora l'emozionalità vissuta nella relazione. Il secondo modello di relazione che viene in mente pensando all'ospedale è il modello medico, anch'esso tendenzialmente egemonico. Nel modello medico, la simbolizzazione emozionale della relazione è prevista entro una ritualità precisa, ben descritta da Fornari come scissione in parte malata e parte sana del paziente, con conseguente aggressione della parte malata, vista come "altro da sé" e nemica, mentre la parte sana si allea con il medico. Questa alleanza vede un tecnico forte che si confronta con un utente debole, che accetta una dipendenza acritica perché reversibile e garantita dalla competenza medica. Noi ipotizziamo che i casi in cui, entro l'ospedale, tali modelli di organizzazione emozionale della relazione si rivelano inadeguati fallendo nel loro scopo, vengano proposti alle unità di psicologia.

Stiamo concludendo il secondo anno di tirocinio presso due diversi ospedali. Abbiamo utilizzato un singolo caso per parlare dell'esperienza presso le unità di psicologia perché, sebbene i due servizi si organizzino in maniera diversa, le questioni con cui si confrontano sono vicine. Scegliamo inoltre di proporre un caso che non si presenta come un esempio di ciò che si deve fare, ma che permette di esplorare le difficoltà che si incontrano quando ci si mette nell'intento di promuovere relazioni emozionalmente competenti entro l'ospedale. Utilizziamo in questo modo la posizione di tirocinanti come risorsa: come di chi può esplorare e discutere i limiti della propria competenza. Parleremo della richiesta di un dipartimento di oncologia, con cui l'unità di psicologia collabora da diversi anni. La collaborazione nasce dalla richiesta del Primario di avere come membro dell'équipe multidisciplinare anche uno psicologo. La richiesta è riferibile alla difficoltà di ridurre la relazione con il paziente oncologico e con i suoi familiari alla ritualità dell'intervento medico. Le emozioni che è difficile trattare sono in relazione con l'angoscia di morte suscitata da una malattia ove il fallimento dell'intervento medico è vissuto come probabile.

Veniamo al caso. La dottoressa M. telefona dal dipartimento di oncologia all'unità di psicologia e chiede di parlare con la tirocinante che negli ultimi mesi ha collaborato con loro più di frequente. Le chiede di incontrare con urgenza Francesco, un paziente di 18 anni che sta facendo la chemioterapia in regime di *day hospital*; aggiunge che è depresso. La richiesta arriva mentre all'unità di psicologia è in corso una riunione dell'équipe che collabora con il dipartimento di oncologia. Nonostante nella riunione si accenni alla possibilità che l'urgenza sia una pressione collusiva che è utile comprendere, essa viene trattata come un fatto e la tirocinante va immediatamente nel dipartimento.

Varrà la pena di ricordare che andare in dipartimento per incontrare un paziente è molto diverso che riceverlo nella stanza dedicata ai colloqui entro l'unità di psicologia. Se individuare chi sia il paziente entro la propria stanza è relativamente semplice, individuarlo in un dipartimento è ben più difficile. La psicologa entra nel dipartimento e cerca la dottoressa M. nell'ipotesi di poter avere qualche informazione in più. Viene però a sapere da un'infermiera che la dottoressa è già andata via. L'infermiera conosce Francesco e indica la madre del ragazzo, che sta aspettando in sala d'attesa che il figlio finisca la terapia. La sala d'attesa è quasi vuota. La psicologa si presenta alla signora dicendole che l'oncologa le ha chiesto di incontrare Francesco e ha l'impressione che la signora la stesse aspettando. La madre dice che sono stati lei e il marito a richiedere una consulenza psicologica per il figlio, dopo avere parlato più volte con l'oncologa delle loro preoccupazioni. La signora parla di Francesco, facendo una lunga lista di comportamenti secondo lei inappropriati e sottolinea l'impotenza sua e del marito come genitori. I loro tentativi di intervenire sono costantemente frustrati dal figlio, che li rifiuta entrambi. Francesco è stato operato, l'intervento è riuscito ed ora c'è l'indicazione per la chemioterapia. Nonostante la chemioterapia, Francesco continua a mangiare da McDonald e fuma come prima. Arriva in sala d'attesa il padre del ragazzo e la moglie lo presenta alla psicologa. Da quel momento è lui che parla, continuando per altro il discorso della moglie sui comportamenti del figlio, non adeguati, dice, ad un malato grave. Aggiunge che preferirebbe che la posizione dell'oncologa fosse più dura, che imponesse dei divieti. Racconta che Francesco rifiuta il suo suggerimento di accorciarsi i capelli, accorgimento che secondo lui renderebbe meno traumatico il momento in cui cadranno. Quando la psicologa chiede al padre come pensa che il figlio stia vivendo questo periodo, quello risponde che Francesco sta bene, che fa come se niente fosse. Sta quasi sempre con gli amici, mentre a casa è silenzioso e se ne sta per conto proprio. Insomma, vive come prima della malattia. La psicologa intuisce come i genitori, a partire dal vissuto di impotenza che hanno espresso, stiano cercando di riprendere l'iniziativa attraverso un tentativo di infantilizzare il figlio; vogliono riprendere potere su di lui, non potendolo avere sulla malattia. Lascia per altro da parte questa intuizione, limitandosi ad accennare ai genitori che il processo di separazione tra loro e Francesco, che sta diventando un adulto, sembra sia stato reso difficile dall'irruzione della malattia. Il padre a questo punto dice che forse è lui ad avere bisogno di uno psicologo. Parlando del figlio, si è accorto che sta continuando a vivere nonostante il tumore, lui e la moglie no. Chiede alla psicologa se potrà incontrarla, lei gli lascia il numero di telefono dell'unità di psicologia e si salutano. Nonostante questo colloquio segnali alla psicologa di aver incontrato i suoi clienti, la tirocinante decide di andare anche da Francesco. Lui le dice che la chemioterapia "è una flebo come un'altra". Le chiarisce che gli amici sono per lui un punto di riferimento più di quanto non lo siano i genitori. Dice di avere una ragazza. Comunica alla psicologa che lui ha già un contesto di relazioni che lo supporta, attraverso un atteggiamento cordiale che sembra un modo per chiedere di essere lasciato in pace, che poi è la stessa richiesta che fa ai suoi genitori.

Solo dopo l'incontro la psicologa recupera l'emozione di imbarazzo che aveva sentito prima di incontrare Francesco. Emozione che le permette di riconoscere, finalmente, che non è lui il suo paziente, di fare un passo indietro e di iniziare a pensare a cosa stia succedendo. Perché l'oncologa ha chiamato l'unità di psicologia? Che cosa è fallito nella relazione tra il dipartimento, il paziente e i suoi genitori? Dopo qualche giorno la tirocinante e l'oncologa si incontrano nel dipartimento. Si fermano nella sala medici, e la psicologa parla di Francesco, chiedendo alla dottoressa M. il motivo dell'invio. Quest'ultima dice che i genitori del ragazzo sono veramente assillanti. Durante le visite, spesso il padre si sovrappone al figlio nel fare domande ed esprimere dubbi, perplessità e paure. Pretende che lei si imponga su Francesco usando l'autorità medica, perché il figlio si comporti come a suo avviso ci si deve comportare quando si è malati. L'oncologa dice che se i genitori sono davvero difficili, Francesco è un paziente tranquillo e facilmente gestibile. La sua cura esiterà nella guarigione con una probabilità del 90%. Il paziente ha reagito bene alla malattia, i suoi genitori no. "Ma allora Francesco era depresso o no?", chiede infine la psicologa. No, risponde la dottoressa. La psicologa tace stupita e non le resta che supporre che la dottoressa M. lo abbia definito così per facilitare il fatto che l'unità di psicologia si interessasse al caso e intervenisse.

Pensiamo che questo caso sia denso di tracce interessanti sulla complessità delle relazioni implicate, e sulla necessità di smettere di agirle e di iniziare a pensarle per poter individuare un possibile percorso terapeutico. C'è la relazione tra oncologa e tirocinante. Quando finalmente le si dedica del tempo, si scopre che il problema è nel rapporto tra lei e i genitori di Francesco. C'è la relazione tra unità di psicologia e dipartimento. Se l'oncologa ha proposto come urgente l'intervento, aggiungendo l'esca della diagnosi di depressione, forse

temeva di non essere ascoltata dall'unità. Infatti, entro gli incontri tra unità di psicologia e dipartimento, negli ultimi tempi si erano verificate diverse assenze degli psicologi. Questo dipendeva dal vissuto dell'equipe degli psicologi di non essere utile al dipartimento. Vissuto causato, crediamo, da quella tendenza ad agire l'urgenza senza analizzarla, che è presente anche nel caso di Francesco. C'è la relazione tra tirocinante e genitori di Francesco, dove la tirocinante si accorge, sia pure con fatica, che i suoi clienti sono loro. Quando si ricostruisce e si pensa l'insieme dei rapporti entro cui l'evento viene agito, si aprono diverse possibilità di intervento: con l'oncologa, con i genitori di Francesco, entro l'equipe.

Relazione 5 - La funzione psicologica entro il contesto ospedaliero come competenza a pensare le relazioni: un servizio di prevenzione e protezione dai rischi.

di Elena Lisci

L'intervento che presento concerne la mia esperienza di tirocinio, durata due anni e avviata a conclusione, svolta presso il Servizio Prevenzione e Protezione dai Rischi dell'ospedale di una città italiana. Il Servizio nasce nel 1994 per rispondere al decreto legislativo 626, concernente la tutela della salute e la sicurezza dei lavoratori, e si aggiorna insieme alle modifiche della legge, fino all'attuale inclusione della valutazione del rischio psicosociale. Da un esordio che aveva sottolineato gli aspetti strutturali del rischio – non a caso servizi analoghi in altri ospedali sono gestiti da ingegneri – si è andati via via includendo, in modo sempre più esplicito, aspetti concernenti la cultura dell'organizzazione.

Il Servizio ha due specificità: è gestito da medici e ha al suo interno una dirigente psicologa. Terremo presente quindi che in esso convivono competenza medica e psicologica, con i loro differenti modelli. Inoltre, in linea con l'evolvere dell'attenzione dagli aspetti prevalentemente strutturali all'inclusione di quelli culturali, si sta attuando un passaggio da una funzione prevalentemente ispettiva e di controllo a una volta anche alla consulenza organizzativa.

In tale evoluzione la competenza psicologica interna al servizio sta assumendo una funzione particolarmente rilevante. Essa infatti permette di rispondere alla legge in un modo che non sia puramente adempitivo, ma di sostanziare la valutazione di rischio psicosociale con modelli che permettono una reale conoscenza delle relazioni entro l'ospedale e un intervento sulle loro componenti disfunzionali, quindi rischiose per la salute emotiva e mentale delle persone.

Nella cultura ospedaliera il modello di organizzazione delle relazioni che tende decisamente a prevalere è quello medico. Le relazioni che fanno da cornice al rapporto tra la tecnica forte del medico e la parte malata del paziente tendono ad essere trascurate e ignorate. Ciò si traduce in un fare frenetico e faticoso, caratterizzato da quel vissuto di urgenza che accompagna un lavoro poco pensato e non organizzato da criteri e strategie, dove si producono tanti casi percepiti come eccezionali e singoli, e al tempo stesso come sempre uguali a se stessi. Questa cultura spesso richiede alla psicologia di assumersi l'onere degli aspetti problematici legati alla relazione, riconducendo individui restii, ad esempio i pazienti, al modello di relazione funzionale all'intervento medico. La funzione psicologica del Servizio, piuttosto che colludere con questa domanda di intervento sull'individuo, si pone invece quale competenza a pensare le relazioni e a promuovere cambiamento al loro interno. Relazioni con i pazienti, ma anche quelle tra operatori entro un gruppo di lavoro o tra Unità Operative.

Nell'anno in corso la dirigente psicologa del Servizio – la cui responsabile è un medico - ha ritenuto la novità costituita dall'obbligo di effettuare la valutazione del rischio psicosociale un possibile pretesto per sondare l'utilità, per l'ospedale, di istituire degli spazi di pensiero sul proprio operato. Io sono stata implicata nel progetto, che costituisce un importante elemento di promozione dell'attività di consulenza offerta dal servizio, e si avvale in modo consistente del contributo di tirocinanti psicologi. In precedenza questi ultimi, entro una funzione del Servizio prevalentemente ispettiva, stentavano ad essere visti come una vera risorsa.

L'ipotesi psicologico clinica che fonda la valutazione del rischio psicosociale entro il progetto è che il rischio si crei quando le motivazioni, le attese, i vissuti di coloro che lavorano confliggono con gli obiettivi che l'azienda intende perseguire. Sintomatica di tale conflitto tra cultura e obiettivi è la disattenzione alla domanda del cliente, intendendo per cliente sia quello interno (gli operatori dell'azienda) che quello esterno (i pazienti e i familiari che si rivolgono all'ospedale). Presenterò dopo un caso esemplificativo di tale conflitto.

Al progetto lavorano quattro psicologhe: la tutor e tre tirocinanti della scuola di specializzazione in psicoterapia di cui faccio parte. Esso prevede una fase esplorativa, nella quale si sta lavorando con 16 Unità Operative, individuate insieme con la Direzione

Sanitaria, rappresentanti le varie funzioni e servizi offerti dall'ospedale. Inizialmente vengono effettuati due colloqui, uno con il dirigente ed uno con i coordinatori delle diverse funzioni professionali presenti nell'Unità Operativa, con lo scopo di concordare obiettivi e iniziare a conoscere l'Unità. Segue un incontro di restituzione al dirigente e ai coordinatori insieme. Vengono poi effettuati due focus group con alcuni rappresentanti di ciascuna categoria professionale, scelti dai loro dirigenti come rappresentativi di diverse modalità di rapportarsi al lavoro. Nei focus si avvia un confronto e una riflessione su questioni incontrate nell'attività lavorativa, con una particolare attenzione per quelle più problematiche.

Parlerò ora dell'incontro, al quale ho partecipato, con una Unità Operativa Complessa. L'Unità Operativa in oggetto è caratterizzata da una funzione trasversale alle altre Unità, ed è incaricata di garantire l'igiene e la sicurezza delle prestazioni erogate al cittadino, e di promuoverne la qualità e l'efficienza. Svolge funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo attraverso l'aggiornamento continuo di procedure e protocolli operativi, dei quali deve anche garantire l'omogeneità entro le differenti Unità. Nel colloquio iniziale con la direttrice dell'Unità, condotto dalla dirigente psicologa che è anche mia tutor del tirocinio, al quale ho partecipato, sembrava che la cosa più importante fosse mostrare, attraverso una dettagliata e ininterrotta descrizione di attività, un'alta efficienza organizzativa, e comunicare come lì nulla venisse improvvisato. Io ho provato una reazione di noia, mi sono distratta, avevo voglia di andarmene. Mi sentivo ignorata; non capivo, ma non sentivo di poter chiedere chiarificazioni. Cosa ho potuto fare di tali emozioni?

È necessario un inciso. In questa fase dell'intervento la mia funzione è stata quella di contribuire alla resocontazione degli incontri, sia quelli con i dirigenti che quelli di focus group. La scuola di specializzazione che frequento sta investendo molto, nella nostra formazione, sulla metodologia della resocontazione come competenza a riorganizzare un'esperienza alla quale si è partecipato emozionalmente, attraverso categorie di lettura che permettano di restituirla alle persone con cui si lavora, per favorire la possibilità di pensare l'emozionalità che il lavoro sta comportando piuttosto che agirlo. Tale esperienza emozionale, riorganizzata da categorie, è un'essenziale fonte di conoscenza su quanto si va facendo. Ripensare le emozioni che ho sperimentato nel corso dell'intervista con la direttrice, durante il lavoro di resocontazione, si è rivelato molto utile nell'iniziare a costruire delle ipotesi sulle dinamiche collusive proprie dell'Unità Operativa.

Prima di parlare di queste ipotesi, aggiungo qualche nota derivante dal successivo incontro con il coordinatore degli amministrativi e quello degli infermieri e dai due focus group con gli operatori. Ci viene presentata una questione problematica. L'Unità della quale parliamo ha un duplice scopo. Da un lato, quello di offrire una consulenza organizzativa lì dove le Unità clienti non riescono a perseguire la qualità auspicata. Dall'altro, quello di controllare che si stia facendo quanto si deve per perseguire la qualità. La convivenza di consulenza e controllo crea un conflitto, per altro non pensato dalle persone, ma agito. Diversi vissuti, apparentemente contraddittori, si susseguono. Si auspica un rapporto di collaborazione con le Unità clienti, consapevoli del fatto che "presentarsi come maestrine" non è una strategia vincente. Al tempo stesso, si desidererebbe possedere strumenti di sanzione più pesanti. Emerge la frustrazione del non vedere rispettati i protocolli che l'Unità crea, in uno sforzo continuo di perseguire l'eccellenza attraverso attività di studio e ricerca. Un evento molto problematico è quello della consegna delle cartelle cliniche. È previsto che le Unità clienti inviino all'Unità in oggetto le cartelle cliniche dei pazienti entro 10 giorni dalla loro dimissione (pena la perdita dell'obiettivo di budget), in modo che queste siano disponibili per i pazienti che ne fanno richiesta. Nella realtà questo non avviene. Ne deriva che la relazione con il paziente, che non ottiene la cartella che gli spetta di diritto, diventa assai difficile. Spesso il personale cui il paziente si rivolge va dal proprio coordinatore portandogli il cliente che protesta, creando un'evidente situazione di conflitto e difficoltà. Un altro evento critico è lo stallo, apparentemente non risolvibile, del progetto di creare un'accettazione centralizzata che funzioni come unica porta d'accesso all'ospedale. Il progetto, proposto da anni dalla Unità e sostenuto dal Pronto Soccorso, viene fortemente osteggiato dalle Unità clienti, che continuano a tenersi le loro liste d'attesa, parallele a quelle del Pronto Soccorso.

Torniamo alle mie emozioni, al sentirmi negata come interlocutrice e chiamata ad un ruolo di acquirente di un prodotto perfetto, già esistente nella sua completezza prima della relazione con me, rispetto al quale le uniche possibilità di risposta sembrano essere l'accettazione incondizionata o il rifiuto. In effetti, gli incontri con l'Unità hanno messo in luce come l'ignoramento del cliente è fonte dei loro problemi. L'Unità, ignorando la sua relazione con il cliente, sembra ritenere che il conflitto debba essere messo tutto a carico dell'impreparazione di quest'ultimo. Il cliente dovrebbe essere così solo controllato nella sua corretta informazione, meglio informato e nei casi estremi, sanzionato.

Questi aspetti sono stati restituiti dalla dirigente psicologa all'Unità, a partire dall'analisi di quanto è accaduto nella relazione tra psicologi e Unità, sin dai primi momenti. Un caso sintomatico. Al primo incontro sono venute tutte le persone individuate dalla dirigenza (ad eccezione di una, in sciopero). Non avevano idea del motivo per cui si trovavano lì. Gli era stato detto unicamente di tenersi liberi in quella fascia oraria, e gli era stato prescritto di partecipare. Notando l'assenza di una delle persone previste, tutti gli altri hanno proposto di consultare il dirigente sull'opportunità di fare l'incontro e, dopo una breve udienza, sono tornati con la direttiva di rinviarlo. L'incontro, su invito della dirigente psicologa, si è fatto lo stesso, e si è lavorato a partire dall'analisi di quanto stava accadendo. Si trattava di stare a quanto concordato in un modo così rigido, da vanificare l'accordo. Negli operatori dell'Unità era emersa la reattività violenta suscitata dal sentirsi oggetto di una prescrizione; quella stessa reattività che l'Unità suscita nei suoi clienti e che io stessa ho provato nel rapporto con l'Unità. Ricordiamo come sono arrivati all'incontro: mandati, senza sapere cosa andavano a fare, apparentemente del tutto adempitivi. È iniziato un confronto sulla difficoltà del far applicare le procedure se si viene vissuti come controllori e burocrati che impongono comportamenti dei quali non si è convenuto il senso. Emerge che si dice di loro che ai sopralluoghi vanno sempre in due, come i carabinieri. Soprattutto, vengono considerati privi di un proprio pensiero critico, posseduti da quello stesso vissuto di adempimento non pensato cui vorrebbero costringere gli altri. Viene riportata una battuta loro rivolta: "Ma se il tuo dirigente ti dice di buttarti dalla finestra, tu lo fai?". Abbiamo trattato con loro la possibilità di costruire e condividere significati di ciò che si fa, ritenendo questa un'utile azione di prevenzione del rischio psicosociale.

Relazione 6 - La psicoterapia nei servizi: limiti ed obiettivi.

di Davide Baraldi

In questa comunicazione propongo una riflessione sulla costruzione degli obiettivi dell'intervento psicoterapeutico, a partire dalla mia esperienza di tirocinante al secondo anno di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica. Da alcuni mesi svolgo il tirocinio entro l'unità operativa di psicoterapia di un dipartimento di psichiatria clinica di un policlinico universitario.

Questa unità operativa è nata nel 1991 con la finalità di attivare un servizio in grado di offrire agli utenti il percorso terapeutico più idoneo per ciascuna patologia, nell'ipotesi che per ogni diagnosi si potesse individuare l'intervento che la ricerca nel campo della psicoterapia avesse indicato di volta in volta come il più efficace. Per la sua difficoltà ad essere tradotta in prassi, l'idea iniziale è stata via via abbandonata (ad esempio sarebbe stato necessario avere personale formato nei più diversi modelli di intervento psicoterapeutico), ma l'unità operativa di psicoterapia ha comunque continuato ad esistere, all'interno del Centro di Salute Mentale (CSM), proponendosi infine come servizio deputato a trattare prevalentemente i così detti "disturbi emotivi comuni".

Il passaggio del servizio da un orientamento centrato sulla diagnosi e quindi sulla malattia da trattare con tecniche specifiche, ad uno volto ad accogliere i così detti "disturbi emotivi comuni", rappresenta senz'altro un salto culturale importante. Peraltro qualcosa del modello ispiratore iniziale del servizio si conserva nella nuova offerta, in particolare l'assenza di limiti temporali al rapporto tra l'unità operativa e i suoi utenti: ciò viene infatti motivato con la necessità di demandare tempi e i modi dell'intervento alle specifiche regole tecniche dei diversi approcci psicoterapeutici.

Questo servizio è attualmente l'unico, nel suo territorio, che si presenta con la *mission* esplicita di proporre interventi psicoterapeutici ai suoi utenti e questa sua declinazione si riflette anche nel rapporto tra la struttura e i suoi tirocinanti, ai quali è richiesta una disponibilità di tempo sufficientemente lunga, di almeno un anno, nell'idea che questa sia la durata mediamente necessaria per perseguire un obiettivo con la psicoterapia.

L'accesso a questo servizio avviene su invio del medico di base, dei reparti ospedalieri o del centro di salute mentale, di cui è parte integrante, o anche per contatto diretto degli utenti. Nella riunione del mercoledì mattina i casi vengono assegnati ai diversi membri dell'equipe, tutti psichiatri e psicologi, che costituiscono il servizio: dai responsabili ai tirocinanti, tutti hanno una specifica formazione in psicoterapia. Nella scelta delle assegnazioni, la parte "malata" dell'utenza, nella cui domanda emergono vistosi elementi clinici diagnosticabili, viene affidata ai 2 psichiatri dell'equipe stessa, o inviata al CSM.

Quando il carico dei pazienti tende a "saturare" la disponibilità del servizio, riemerge l'ipotesi mai attuata ma mai del tutto esclusa, di porre dei limiti al tempo massimo a disposizione del trattamento dei casi: la difficoltà a trattare l'introduzione di questo limite sembra connessa alla difficoltà ad istituire un senso rispetto agli obiettivi terapeutici.

Proprio per rapporto al problema del tempo e quindi delle risorse della psicoterapia entro i servizi, vorrei proporre un caso recente con cui mi sono confrontato dentro questo servizio: il risultato conseguito in soli cinque incontri con la paziente è leggibile attraverso un approccio psicoterapico non orientato a correggere un deficit nel paziente, ma a promuoverne lo sviluppo lavorando sulla comprensione delle dimensioni simboliche emozionali che ne avevano motivato la domanda al servizio e che ne organizzavano le dinamiche relazionali nel contesto familiare.

Il caso che propongo riguarda una ragazza di 18 anni, che arriva al servizio su insistenza della madre e della cugina. Durante il primo colloquio, la paziente descrive il suo problema come difficoltà a perdonare il proprio padre per aver causato il divorzio dalla madre circa due anni prima. In particolare lamenta il fatto che la sua rabbia continui nel tempo ad aumentare invece di placarsi, tanto che ancora oggi non è riuscita a riavvicinarsi a lui nonostante i continui inviti che questi le rivolge. In casa la ragazza parla poco, è spesso triste e ha molte difficoltà con la scuola, tanto che il precedente anno è stata bocciata per le numerose assenze.

Quando inizialmente le propongo di esplorare le sue attese rispetto al servizio e alla psicoterapia, la paziente mi rimanda l'aspettativa di trovare uno spazio in cui cominciare finalmente a parlare dei suoi problemi, cosa che le risulta insolitamente difficile, perché abitualmente preferisce cavarsela da sola. Sembra che parlare aumenti il dolore e la rabbia, per una condizione vissuta come senza via d'uscita. La paziente propone la sua storia raccontando i fatti che l'hanno resa vittima delle scelte del padre, fatti che, come tali non sono messi in discussione, non sono "parlabili". Aderire alla sua lettura, assumere la prospettiva che lei propone, mi fa sentire messo all'angolo senza possibilità d'uscita: i fatti son fatti non si possono cambiare ma solo accettare. Nello stesso tempo penso che da quest'angolo la paziente stessa sembra proporre una via d'uscita quando, con la sua domanda di psicoterapia, si dà la possibilità di trovare con me uno spazio in cui sia possibile finalmente istituire un pensiero sulle sue emozioni.

"Tradimento" è il termine che spesso utilizza per descrivere il suo stato d'animo nei confronti di un padre che non riesce a perdonare per la paura che il suo dare nuovamente fiducia la esponga al rischio di un'altra delusione. In più occasioni rimanda la possibilità di incontrarlo chiedendo di avere *più tempo* per riuscire a perdonarlo, prima di riavvicinarlo. Propongo che, nel sentirla raccontare come tiene suo padre sulla corda, annullando ogni proposta di riconciliazione, venga a mente la famosa vicenda di papa Gregorio ed Enrico IV a Canossa. La paziente si mostra subito interessata dalla possibilità di ripensare a come si colloca entro il rapporto e sente che questo l'aiuta a comprendere meglio i suoi sentimenti. Sorride nel pensare alla storia di Canossa, nella quale non trova più spazio l'immagine della povera vittima tradita che finora si è attribuita.

Già negli incontri successivi appare più sollevata. Il lavoro fatto con lei sembra aver prodotto la possibilità di riconsiderare alcune sue posizioni consolidate entro il rapporto con il padre. Ripensare i "fatti" in termini di fantasie ed emozioni, come modo di simbolizzare i rapporti, ha reso possibile per la paziente parlare dei suoi problemi, smontando le premesse che sembravano renderli intrattabili.

Più volte la paziente esprime il desiderio di un ritorno alla sua vecchia casa come unica possibilità di rimedio al problema della sua rabbia. Le propongo che la questione sembra indicarci più un desiderio di riappropriarsi di un precedente rapporto che una reale soluzione in grado di risolvere ogni disagio.

Attivare un pensiero sulle dimensioni simboliche del tradimento, come vissuto che parlava di fantasie costruite sul rapporto con il padre, ha permesso alla paziente di riconoscere le sue emozioni. Il tradito in cuor suo rimpiange una situazione, spesso idealizzata, precedente all'atto del tradimento stesso, così come il rimpianto della paziente esprimeva il suo desiderio di ritorno alla situazione precedente la separazione dei genitori, epoca della sua vita connotata da una fantasia di rapporto unico, esclusivo col padre. L'oggetto del tradimento non riguardava quindi il rapporto effettivamente sperimentato con il padre, descritto da lei stessa come assente e disinteressato alle relazioni familiari, quanto piuttosto un suo desiderio, una sua fantasia su quel rapporto, fantasia che la separazione aveva reso insostenibile.

In seguito a questa proposta di lettura delle dinamiche agite entro i rapporti, la paziente comprende la sorpresa che tutti i suoi famigliari mostravano nei confronti della sua inspiegabile eccessiva rabbia, in particolare perché la sorella, organizzata emozionalmente in modi certamente diversi, non avesse reagito come lei alla separazione ed avesse da subito ripreso a frequentare il padre.

In seguito, nel quinto incontro, la paziente riferisce che ha rivisto il padre ad una cena assieme alla sorella: è ancora arrabbiata con lui per i suoi errori, ma si dice disposta a perdonarlo, perché, commenta, "in fondo tutti possiamo sbagliare". La possibilità di un perdono sembra possibile solo ora che la paziente ha riconosciuto che non vi era nessun patto tradito dal padre nei suoi confronti e che piuttosto può implicarsi in un rapporto tutto da costruire con lui. In casa le cose vanno meglio, parla di più con la madre, ha già in programma altri appuntamenti con il padre e si sta impegnando molto per riuscire a non essere bocciata a scuola per l'anno in corso, cosa a cui ora tiene moltissimo.

Quali riflessioni offre questo caso rispetto al tema dell'impiego della psicoterapia nei servizi sanitari? Nell'area dei cosiddetti "disturbi emotivi comuni" la costruzione dell'obiettivo della psicoterapia non è affrontabile attraverso un procedimento declinabile come diagnosi e cura di un disturbo. Nel caso della giovane paziente qui resocontato, la domanda di cura ha avuto modo, nello spazio di pochi colloqui, di svilupparsi in una domanda di pensabilità delle proprie emozioni. Questa possibilità l'ho colta come inscritta nella evoluzione e quindi nella proposta organizzativa del servizio stesso che, definendosi come psicoterapeutico e dedicato ai "disturbi emotivi comuni", si è allontanato dalla cultura del trattamento delle patologie, per rivolgere la propria attenzione ai problemi che le persone vivono entro i loro contesti e che rappresentano spesso motivo di domanda di aiuto ai servizi di salute mentale.

Quale obiettivo è stato dunque convenuto nel caso di questa paziente? Non quello "correttivo" di riavvicinare suo padre o di sedare la rabbia, ma piuttosto quello di sperimentare nella relazione terapeutica la possibilità di rientrare in contatto con le proprie fantasie di rapporto col padre, quelle che glielo rendevano inavvicinabile. Come tirocinante, attraverso il recupero della storia del servizio e del suo senso nell'economia del funzionamento del dipartimento, mi è sembrato di poter interpretare quell'aspetto innovativo che il servizio stesso sta cercando di sviluppare, orientandosi ad una variabilità che non è nelle tecniche di psicoterapia, come al momento della sua fondazione, ma nella domanda dei suoi "comuni" piuttosto che patologici clienti.

L'attenzione a promuovere sviluppo, lavorando sulla consapevolezza delle dimensioni simboliche emozionali che motivavano la domanda del paziente ai servizi di salute mentale, può quindi rappresentare, come in questo caso, una possibilità per i servizi di psicoterapia, di ripensare ad obiettivi possibili entro la prospettiva del limite delle risorse, condizione divenuta ormai necessaria alla sopravvivenza stessa della psicoterapia entro i servizi del Servizio Sanitario Nazionale.

Decostruire e riorganizzare il costrutto di Alleanza Terapeutica

di R. Carli*, R. M. Paniccia**, V. Bonavita***, V. Terenzi***, F. Giovagnoli****

Premessa.

Il costrutto di Alleanza Terapeutica (A.T.) mostra, nelle sue molteplici definizioni, divergenze teoriche problematiche. E' sorprendente rilevare come, nonostante queste divergenze, l'Alleanza Terapeutica sia usualmente accettata quale fattore aspecifico di "tutte" le psicoterapie e sia univocamente considerata come la più importante dimensione predittiva circa l'outcome, l'esito della psicoterapia.

Vediamo quali sono le "parole chiave" con le quali è autorevolmente definita l'Alleanza terapeutica. Clara Zetzel, nel 1958, per prima utilizzò l'espressione A.T. e la descrisse come "condivisione matura della realtà tra paziente e terapeuta in psicoanalisi¹" (Lingiardi, 2002). Luborsky (1976), nell'Alleanza d'Aiuto di tipo 2, parla di "consapevolezza del paziente e del terapeuta di essere impegnati in un lavoro comune". Louise Gaston suddivide l'A.T. in quattro dimensioni: 1- *Patient working capacity*, 2- *Patient commitment*, 3- *Working strategy consensus*, 4- *Therapist understanding and involvement* (Lingiardi, 2002). Interessante notare che le prime due dimensioni sono riferite al paziente, l'ultima al terapeuta e la terza ad un "consenso" sulle strategie che può essere riferito solo a tutt'e due i protagonisti della relazione. Bordin (1979) definisce l'A.T. come reciproco accordo in riferimento agli obiettivi (*Goal*) del cambiamento che si intende perseguire con la psicoterapia, ai compiti (*Task*) utili per realizzare tali obiettivi e allo stabilirsi dei legami (*Bond*) che hanno la funzione di mantenere la collaborazione tra paziente e psicoterapeuta. Aaron T. Beck, il noto psicoterapista cognitivista (citato da Lingiardi, 2003), parla di sforzo congiunto per arrivare a una congruenza tra aspettative del paziente circa gli obiettivi terapeutici e aspettative del terapeuta. Ci fermiamo qui, per ora, visto che la definizione di Bordin ha ispirato Horvath e Greenberg (1994) nella costruzione del loro strumento di valutazione dell'A.T., il Working Alliance Inventory (WAI), uno dei più noti strumenti psicometrici per la rilevazione del livello di A.T. entro una psicoterapia. L'analisi dei fattori che compongono WAI, se studiati con specifici strumenti che tra poco descriveremo, costituisce l'obiettivo della ricerca presentata in questo nostro lavoro.

Guardiamo alle parole chiave delle definizioni ora riportate: condivisione; consapevolezza; comune; consenso; [reciproco accordo]; collaborazione; congruenza. Non è interessante? Per parlare di A.T. tutti gli autori citati, ma sicuramente anche altri entro una approfondita analisi della sterminata letteratura nel campo, utilizzano delle parole composte ove il primo termine della "composizione" linguistica è il termine latino "cum" che vale con, insieme: cum divido; cum sapio; cum munus; cum sensus; cum laboro; cum gruo. Il senso implicito, nell'etimo delle parole utilizzate, è quello di "fare qualcosa assieme". Nelle parole utilizzate è implicita, quindi, la nozione di reciprocità. Pensiamo ora all'origine del costrutto di A.T.: per molto tempo si è discusso se fosse o meno una fenomenologia diversa da quella del transfert, dimensione centrale nella teoria della tecnica psicoanalitica. Ma, attenzione: il transfert è un processo definitoriamente individuale, concerne il paziente quale individuo. Guardiamo, ad esempio, alla definizione di transfert data da Laplanche e Pontalis (1967) nel

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

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

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

**** Professore a contratto, Facoltà di Psicologia 1, università di Roma "Sapienza"

¹Non si capisce perché l'Autrice non abbia utilizzato, per la propria definizione, il termine setting. Quanto viene asserito per A.T., infatti, non si differenzia per niente dalla nozione di setting, di cui parleremo più avanti. Di fatto, in psicoanalisi, l'unica dimensione di realtà che è condivisa da paziente e terapeuta, è il setting, nelle sue dimensioni di orario, pagamento e assetto della seduta (lettino e poltrona).

loro “*Vocabulaire de la psychanalyse*” (enfaticamente tradotto in italiano come “Enciclopedia della psicanalisi”): “Il termine *transfert* designa, in psicoanalisi, il processo con cui i desideri inconsci si attualizzano su determinati oggetti, nell’ambito di una determinata relazione stabilita con essi e soprattutto nell’ambito della relazione analitica.

Si tratta di una ripetizione di prototipi infantili che è vissuta con un forte senso di attualità.

E’ per lo più il *transfert* della cura che gli psicoanalisti chiamano *transfert*, senza altra qualificazione.

Il *transfert* è tradizionalmente riconosciuto come il terreno in cui si svolge la problematica di una cura psicoanalitica, la sua impostazione, le sue modalità, la sua interpretazione e la sua risoluzione.”

Anche nelle definizioni più sopra riportate si fa riferimento ai singoli individui, il paziente e lo psicoterapeuta; quando si parla di A.T., peraltro, compaiono sistematicamente dimensioni che concernono il rapporto, la relazione tra i due. E’ a questo proposito che si fa riferimento alle parole composte, ove una delle componenti è il termine latino “cum”. Consideriamo attentamente il fatto che la nozione di A.T. nasce entro l’alveo teorico e tecnico della psicoanalisi. Ci si può chiedere, crediamo legittimamente, con quale motivazione per definire questa nozione, che ha a che fare (contrariamente al *transfert*, come anche al *controtransfert*) con un rapporto e non con due individui, si ricorra a dimensioni “razionali” quali l’accordo e la reciprocità, tralasciando la più importante dimensione psicoanalitica, il modo di essere inconscio della mente. La risposta, crediamo, è semplice e stupefacente al contempo: la psicoanalisi classica ha utilizzato la nozione di inconscio per parlare di singoli individui, nel loro mondo interno; non di relazioni. L’esperienza psicoanalitica, d’altra parte, si fonda sul processo relazionale tra paziente e psicoanalista, sia nell’accordo sul setting² che nella dinamica del rapporto analitico. La concezione individualista del disturbo psichico così come della psicoterapia, porta a considerare le dimensioni relazionali “al di fuori” della teoria psicologica che fonda l’intervento psicoterapeutico stesso. Ma queste dinamiche relazionali, non considerate nel processo terapeutico per la mancanza di una teoria della tecnica che concerna la relazione³ e non l’individuo, concorrono a giustificare l’attenzione sull’Alleanza Terapeutica. In altri termini: la psicopatologia dell’individuo si pone quale oggetto della psicoterapia e, per dare senso alla cura di tale psicopatologia riferita al singolo individuo, servono teorie individualiste dell’intervento psicoterapeutico; la relazione tra psicoterapeuta e paziente, d’altro canto, regge la stessa possibilità che la psicoterapia abbia luogo, che duri nel tempo; di qui la rilevanza del rapporto, della sua natura reciproca, dell’accordo che “deve” reggere l’individuazione degli obiettivi e dei metodi per il loro perseguimento. L’A.T., quindi, si propone quale costrutto sostitutivo di una teoria che analizzi la relazione quale oggetto della psicoterapia, non quale condizione integrativa per la sua realizzazione.

Abbiamo proposto una teoria psicoanalitica della relazione, fondata sul costrutto di collusione: la simbolizzazione emozionale del contesto, da parte di chi condivide uno specifico contesto, fonda la relazione nelle sue componenti simboliche. Con l’Analisi della Domanda abbiamo, inoltre, proposto un modello di relazione, specifico dell’esperienza psicoterapeutica a orientamento psicoanalitico. Entro una relazione psicoterapeutica considerata quale esito del processo collusivo, non è necessario postulare l’A.T.: la simbolizzazione della relazione organizza il rapporto terapeutico; la dinamica collusiva, con i fallimenti della collusione indotti dalle trasformazioni entro la relazione, può aiutare a comprendere le vicissitudini della terapia nelle sue differenti vicende e nel suo processo.

Non è nostro intento approfondire queste affermazioni, sviluppate in altri lavori. Quanto interessa proporre in questa ricerca è una “decostruzione” del costrutto di A.T., quale emerge nella WAI di Horvath e Greenberg, se utilizzata con una specifica metodologia fondata sull’Analisi Emozionale del Test.

²Si veda sul tema Codignola (1970).

³Ricordiamo alcuni lavori in proposito: Carli (2007a, 2007b, 2008a, 2008b); Carli, Grasso & Paniccia (2007); Carli & Paniccia (2003).

La misurazione dell'Alleanza Terapeutica.

Si è detto della profonda contraddizione rilevabile all'interno di un costrutto, quello di A.T., spesso utilizzato per parlare di cose differenti entro la psicoterapia, dalla "collaborazione intellettuale dell'analizzato" di cui parla Freud nel suo *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico* del 1912, sino ai break down nella collaborazione tra paziente e terapeuta, quelle rotture dell'A. T. proposte da Safran e Muran e riprese poi da Colli e Lingiardi.

E' interessante notare come, nella psicologia degli anni ottanta e novanta, soprattutto negli Stati Uniti e in Canada, si è sentito il bisogno di misurare, con apposite scale, inventari, o altri strumenti psicometrici, i costrutti dei quali si proponevano le direttrici teoriche. La costruzione di uno strumento di misura nei confronti di un costrutto teorico, d'altro canto, ha il potere indiscusso di "reificare" il costrutto stesso, rendendolo una "cosa" acriticamente assunta, nella misura in cui è misurabile e si può tradurre, quindi, in un numero, in una misura trattabile dal punto di vista statistico. Gli esempi, in proposito, sono molti: dal nevroticismo all'empowerment, dall'alessitimia al transfert, dallo stile di attaccamento all'A.T. Vorremmo richiamare l'attenzione sulla differenza tra costrutti come quello di dipendenza-indipendenza dal campo di Herman Witkin, elaborati in base ai dati empirici raccolti entro lo studio della percezione e organizzati per spiegare i dati stessi, e gli strumenti psicometrici dei quali stiamo parlando: strumenti di misura proposti per dare un valore numerico a costrutti nati in base a esperienze cliniche e costruiti con l'intento di dare una misura a eventi fenomenicamente riconducibili a dimensioni simili. Nel primo caso il costrutto unifica i dati empirici, nel secondo lo strumento vuole dare uno statuto misurabile a un costrutto definito concettualmente, spesso con contraddizioni e differenti punti di vista. La reificazione di un costrutto conflittuale, tramite uno strumento di misura, mette fine al dibattito sul senso di ciò che si misura. Tutto questo può comportare un vero e proprio problema nel dibattito scientifico sul costrutto stesso, visto che dati spesso contraddittori non pongono problemi sullo strumento, ma sulle applicazioni del costrutto. Si pensi, questo è solo un esempio, alle ricerche sulla relazione tra alleanza e gravità del disturbo: alcuni autori trovano che più è grave il disturbo meno forte è l'alleanza; altri non hanno rilevato differenze dell'alleanza, in relazione alla gravità del problema trattato. L'accettazione acritica e l'uso acritico di tali strumenti può indurre confusione e ridondanza di dati, spesso in contraddizione tra loro, nella ricerca entro il settore interessato.

Working Alliance Inventory, di Horvath e Greenberg, è fondato sulla definizione di A.T. data da Bordin; quest'ultimo autore considera l'A. T. come un reciproco accordo tra paziente e terapeuta su obiettivi, compiti e legami, come è stato sottolineato in precedenza. Lo strumento di misura WAI, nella sua versione italiana, è composto di 36 item suddivisibili in tre scale: scala *Goal* con 12 item (6 in forma affermativa e altrettanti in forma negativa), scala *Task* con 12 item (7 in forma affermativa e 5 in forma negativa), scala *Bond* (9 affermativi e 3 negativi). Esiste anche una versione breve, di 12 item.

Ci sono tre versioni del WAI: una fondata sul punto di vista del paziente (WAI-P), la seconda sul punto di vista del terapeuta (WAI-T) e la terza che rappresenta il punto di vista dell'osservatore esterno alla terapia (WAI-O). Molte sono le ricerche ove l'applicazione della WAI ha consentito la misurazione dell'A.T., secondo vari piani sperimentali. E' tramite queste ricerche che l'A.T. è risultato il costrutto più capace di predire l'esito della psicoterapia, a sua volta misurato con differenti metodologie.

La metodologia della ricerca.

Sappiamo che un'esperienza dell'inconscio "allo stato puro" è impossibile: come dice Matte Blanco, precipiteremmo in uno stato di non esistenza. Ciò è dovuto al fatto che "esistere", vale a dire l'esperienza di essere nel tempo e nello spazio, comporta il pensiero dividente e eterogenico. Ma la simbolizzazione emozionale dei differenti aspetti della realtà è sempre presente nella nostra mente, e fonda la relazione sociale collusiva. Ciò avviene anche in psicoterapia. La psicoterapia psicoanalitica, come le altre esperienze umane, è costituita da

componenti fondate sul pensiero dividente e eterogenico, che stabilisce relazioni e quindi è in grado di separare e distinguere gli oggetti della realtà, e da componenti fondate sul pensiero omogeneo e indivisibile; queste ultime determinano la dinamica emozionale dell'esperienza. Le prime componenti sono date dal setting (tempo della seduta e orario; pagamento; assetto della seduta con il paziente steso sul lettino e l'analista seduto dietro, fuori dalla vista del paziente: questo assetto è atto a favorire, tra paziente e analista, una relazione ove si riducono al minimo gli stimoli basati sulla reciprocità dello sguardo e ove le associazioni del paziente si basano sulla prevalente simbolizzazione emozionale della relazione); le seconde, dalle libere associazioni e dalle vicende emozionali che segnano la relazione analitica. Come si vede, non si prevedono accordi sugli obiettivi della psicoterapia o sul legame; *il setting e la sua condivisione sono l'unico elemento che organizza e rende possibile l'esperienza psicoanalitica*. Ogni trasgressione al setting, in quanto si pone necessariamente sul piano dell'agito, non è analizzabile e può portare alla rottura del rapporto terapeutico. Per questo è importante che il paziente sia informato sul senso delle condizioni di lavoro richieste dalla psicoanalisi. Quanto avviene in psicoanalisi, acquista un senso psicoterapeutico solo tramite l'analisi; analizzare significa pensare le emozioni evocate dalla situazione del setting, entro la relazione psicoanalitica. WAI, di contro, chiede di valutare entro il pensiero dividente alcune dimensioni che, nella nostra visione della psicoterapia, hanno a che fare con la dinamica inconscia della relazione psicoterapeutica. Si è detto che la definizione di A.T. da parte di Bordin voleva essere "panteorica", vale a dire capace di evidenziare le componenti dell'alleanza in tutte le forme della psicoterapia: psicoanalitica, cognitivista, rogersiana. Pensiamo che questa visione allargata dell'alleanza, quindi della relazione tra psicoterapeuta e paziente, sia andata a scapito della dinamica emozionale che intercorre nella psicoterapia e che caratterizza la *vision* psicoanalitica della cura. Ciò significa che, nella formulazione degli item della WAI, si cerca di comunicare, sul piano cognitivo ciò che appartiene a dinamiche emozionali; quindi si vuol costringere entro una valutazione fondata sul senso compiuto delle frasi contenute nella WAI, quanto appartiene a processi emozionali che non possono essere limitati entro le tre categorie G (obiettivi), T (compiti), B (legame).

Guardiamo, ad esempio, all'item 4 della WAI che più sotto presentiamo: "Paziente e terapeuta sono confusi rispetto a ciò che stanno facendo in terapia". Abbiamo detto che, nella relazione psicoanalitica, paziente e psicoterapeuta vivono un rapporto che prende origine entro la simbolizzazione collusiva del contesto dato dal setting della cura. Come abbiamo proposto in altri lavori, la simbolizzazione collusiva è polisemica, quindi altamente non differenziata, ambigua, caratterizzata da emozioni diverse e dal continuo processo di differenziazione–sdifferenziazione delle emozioni stesse. Ciò significa che la relazione psicoanalitica è confusa. Non sono il paziente o il terapeuta a essere confusi, ma la relazione tra loro, quella relazione che origina dal processo collusivo. Se si considera la relazione psicoanalitica in quest'ottica, la confusione è quindi altamente probabile. D'altro canto, se per confusione intendiamo, nella teoria psicoanalitica, l'ingresso del modo di essere inconscio della mente nelle transazioni entro la relazione, come è possibile dare un punteggio "ordinale" alla confusione? Questa obiezione non concerne solo l'item in discussione, ma tutti gli item della WAI.

Presentiamo ora la WAI-O forma breve, nella versione italiana.

1	Paziente e terapeuta sono d'accordo circa i passaggi che vanno affrontati per migliorare la situazione del paziente. [T]	1 2 3 4 5 6 7
2	Paziente e terapeuta si sentono fiduciosi sull'utilità della loro attività terapeutica. (per esempio, il paziente riesce a guardare in modo diverso i suoi problemi) [T]	1 2 3 4 5 6 7
3	Il paziente crede di piacere al terapeuta e il terapeuta crede di piacere al paziente. [B]	1 2 3 4 5 6 7
4	Paziente e terapeuta sono confusi rispetto a ciò che stanno facendo in terapia. [G]	1 2 3 4 5 6 7

5	Il paziente ha fiducia nelle capacità del terapeuta di aiutarlo. [B]	1 2 3 4 5 6 7
6	Paziente e terapeuta sono impegnati in uno sforzo comune per raggiungere obiettivi concordati. [G]	1 2 3 4 5 6 7
7	Il paziente sente che il terapeuta lo stima come persona. [B]	1 2 3 4 5 6 7
8	Paziente e terapeuta sono d'accordo su quali siano le cose importanti su cui il paziente deve lavorare. [T]	1 2 3 4 5 6 7
9	Paziente e terapeuta hanno costruito un rapporto di fiducia reciproca. [B]	1 2 3 4 5 6 7
10	Paziente e terapeuta hanno idee differenti su quali siano i reali problemi del paziente. [G]	1 2 3 4 5 6 7
11	Paziente e terapeuta hanno stabilito un buon livello di comprensione reciproca sul tipo di cambiamenti che sarebbero giusti per il paziente. [G]	1 2 3 4 5 6 7
12	Il paziente crede che la strada intrapresa per risolvere i suoi problemi sia quella giusta. [T]	1 2 3 4 5 6 7

Abbiamo riportato in [] l'attribuzione dei singoli item alle tre scale: obiettivi [G], compiti [T], legami [B].

Una valutazione di Alleanza Terapeutica si ottiene assegnando un punteggio ai singoli item. Questo punteggio, nella metodologia che fonda lo strumento di misura, comporta una lettura "cognitiva" delle singole frasi, fondata sul senso condiviso di ciascun enunciato; la nostra ipotesi, di contro, prevede che il punteggio assegnato risenta della simbolizzazione affettiva evocata dalle singole frasi. Questa lettura emozionale degli item, d'altro canto, può riorganizzare il senso di Alleanza Terapeutica, che potrebbe risultare non rispondente alla suddivisione entro le tre scale dell'A.T., quale è prevista dagli autori dello strumento di misura. Entro le frasi, infatti, ricorrono sistematicamente "parole dense"⁴, quali ad esempio: migliorare, fiducia, utilità, problemi, piacere all'altro, confusione, capacità, sforzo, dovere, concordare, stimare, accordo, reciproco, reali, comprensione, cambiamento, risolvere, giusto. Queste parole, "polisemiche", possono presiedere a una rappresentazione emozionale della relazione tra paziente e terapeuta, diversa da quella prevista dalle tre scale; possono dare specifiche informazioni sulla relazione, non prevedibili dallo schema descrittivo dell'A.T., dato da Bordin, trasferito poi nella WAI da Horvath e Greenberg.

Di qui l'ipotesi di questa ricerca: sostituire la valutazione, tramite punteggio, dei singoli item della WAI-O⁵ forma breve, con le associazioni verbali evocate da ciascun singolo item. Associazioni raccolte da psicoterapisti che associno pensando a uno specifico rapporto terapeutico, da ciascuno di loro vissuto con un paziente particolare, scelto tra quelli in terapia. Tali associazioni si sostituiscono alla valutazione tramite il punteggio 1-7 per ciascun item, e possono darci informazioni sulle simbolizzazioni emozionali evocate dalle frasi che definiscono gli item. Ciò è stato realizzato chiedendo la collaborazione di un insieme di 28 psicoterapeuti, di differente orientamento teorico⁶.

Ecco le caratteristiche dei 28 psicoterapeuti interpellati:

ETÀ	
fino a 35 anni	6

⁴ Si veda: Carli & Paniccia (2002).

⁵ Abbiamo scelto la WAI-O perché, nei suoi item, ricorrono sia la parola *paziente* che quella *terapeuta*. Interessava che le associazioni fossero stimulate dalle due polarità della relazione, entrambi presenti nelle frasi sulle quali associare.

⁶ Non parliamo di campione, ma di un insieme di psicoterapeuti. Questo per il fatto che la costruzione di un campione prevede una conoscenza delle dimensioni che caratterizzano l'universo. Non pensiamo sia stato ancora definito, nelle sue variabili costitutive, l'universo degli psicoterapeuti italiani.

da 36	22
SESSO	
m	11
f	17
ORIENTAMENTO TEORICO	
psicodinamico	16
cognitivo	2
sistemico	5
misto	5
ANNI D'ESPERIENZA	
fino a 5	4
da 5 a 10	6
oltre 10	18

Abbiamo chiesto a ciascuno psicoterapeuta di stilare una breve resoconto di presentazione riferito a un paziente, scelto tra quelli attualmente in terapia. Ciò al fine di focalizzare il pensiero dello psicoterapeuta su uno specifico paziente. In seguito, abbiamo chiesto di associare liberamente sugli item della WAI, presentati uno alla volta, in riferimento al paziente prescelto e oggetto del resoconto. Abbiamo così raccolto e registrato le associazioni sui 12 item. Sull'intero testo delle associazioni (testo comprendente le associazioni di tutti gli psicoterapeuti, per tutti gli item della WAI) è stata effettuata l'Analisi Emozionale del Testo, mantenendo quali variabili illustrative le suddivisioni per item e per psicoterapeuta.

L'ipotesi della ricerca prevede che l'analisi dei cluster di parole dense, presenti nelle associazioni degli psicoterapisti ai 12 item della WAI, si riorganizzino in strutture differenti da quelle delle tre scale previste dalla teoria di Bordin. L'analisi di questa attesa riorganizzazione ci potrà dare informazioni sul costrutto di A.T., articolandone le componenti entro categorie più vicine alla distinzione proposta tra componenti "organizzative" della terapia e dinamica emozionale della stessa.

Risultati.

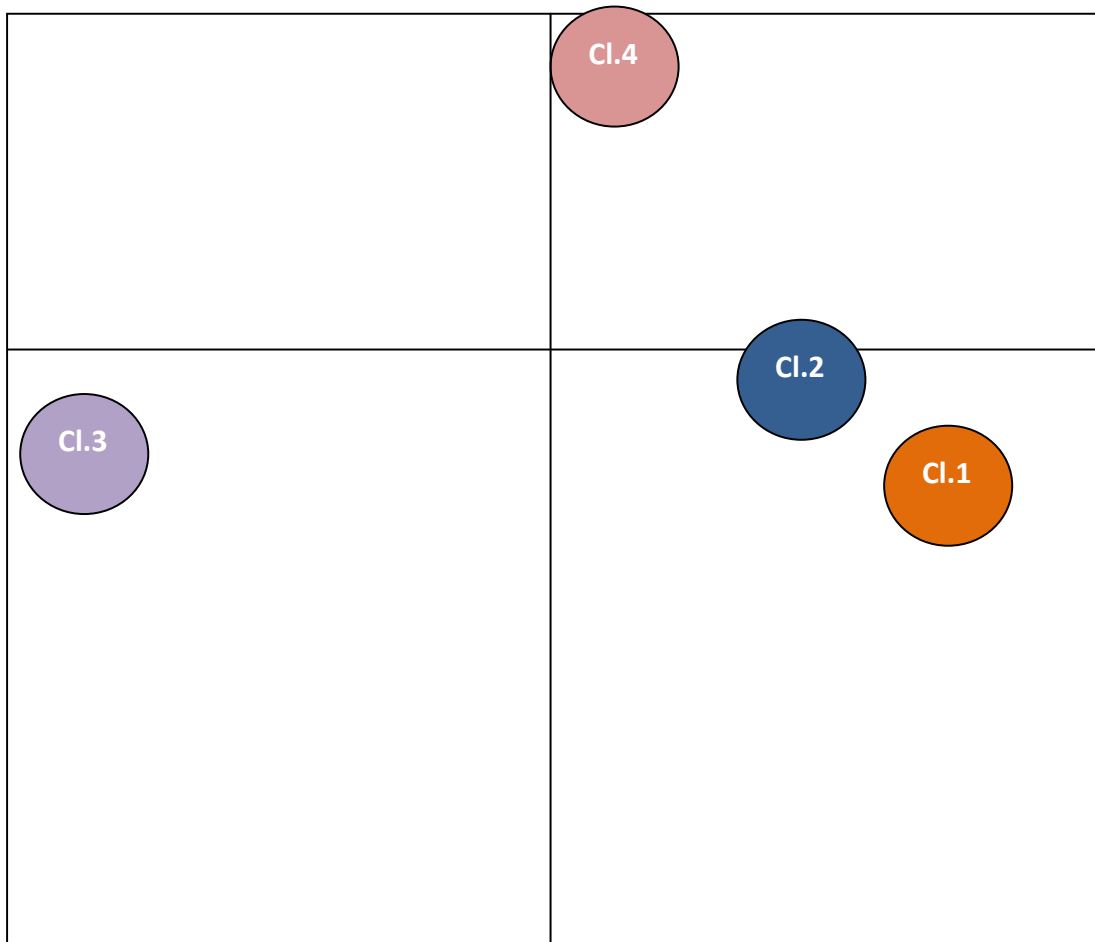
Per l'AET abbiamo utilizzato il programma Alceste (Analyse des Lèxèmes Cooccurrents dans les Enoncés Simples d'un Texte), di Max Reinert. Come previsto dal metodo AET, siamo intervenuti su A2 DICO (il dizionario delle forme verbali, generato dal programma) accettando le sole parole "dense" presenti nel dizionario, come uniche forme da trattare; marcando le singole forme "non dense" con la lettera "r" (*rejeté*) al fine di poterle escludere dall'analisi. Questa operazione richiede un lungo lavoro e, per le singole forme verbali del dizionario, una scelta competente da parte del ricercatore; consente, d'altro canto, di effettuare le analisi successive in coerenza con le ipotesi teoriche di AET che considera i cluster di parole dense, presenti nel testo, come indicatori delle differenti processualità collusive che attraversano il testo stesso.

L'AET ha analizzato 318 parole dense, mentre sono state classificate come "non dense" 838 forme verbali. Sottolineiamo questo dato, per evidenziare come alcune analisi del testo possono lavorare su tutte le forme verbali presenti nel testo: in tal caso si ottengono riorganizzazioni di parole che, di fatto, riproducono quanto è già presente nel testo, senza alcuna informazione aggiuntiva fondata su una teoria psicologica. Si tratta di analisi del testo che richiedono poco lavoro, ma che alla fine offrono scarsa informazione sul piano dell'interpretazione psicologica del testo stesso.

Il testo è stato suddiviso da Alceste in 653 unità elementari di contesto (u.c.e.). Per l'analisi sono state utilizzate 349 u.c.e., vale a dire il 53.45% di quelle generate dal programma informatico. Quando la quota delle u.c.e. trattate supera la metà di quelle generate da Alceste in base al testo sottoposto ad analisi, quest'ultima ben rappresenta il testo che si intende analizzare.

Il trattamento delle parole dense ha dato origine a quattro cluster, così disposti entro lo spazio fattoriale (nei riquadri sono riportate le parole dense che caratterizzano il cluster e il

valore decrescente di χ^2 , ad indicare la centralità più o meno elevata delle singole parole entro il cluster stesso):



Consideriamo, infine, la distribuzione degli item della WAI entro i quattro cluster.

Item presenti nel cluster 1:

5 - Il paziente ha fiducia nelle capacità del terapeuta di aiutarlo [B]

8 - Paziente e terapeuta sono d'accordo su quali siano le cose importanti su cui il paziente deve lavorare [T]

Item presenti nel cluster 2:

1 - Paziente e terapeuta sono d'accordo circa i passaggi che vanno affrontati per migliorare la situazione del paziente [T]

9 - Paziente e terapeuta hanno costruito un rapporto di fiducia reciproca [B]

Item presenti nel cluster 3:

2 - Paziente e terapeuta si sentono fiduciosi sull'utilità della loro attività terapeutica. (per esempio, il paziente riesce a guardare in modo diverso i suoi problemi) [T]

3 - Il paziente crede di piacere al terapeuta e il terapeuta crede di piacere al paziente [B]

4 - Paziente e terapeuta sono confusi rispetto a ciò che stanno facendo in terapia [G]

7 - Il paziente sente che il terapeuta lo stima come persona [B]

Item presenti nel cluster 4:

10 - Paziente e terapeuta hanno idee differenti su quali siano i reali problemi del paziente [G]

11 - Paziente e terapeuta hanno stabilito un buon livello di comprensione reciproca sul tipo di cambiamenti che sarebbero giusti per il paziente [G]

12 - Il paziente crede che la strada intrapresa per risolvere i suoi problemi sia quella giusta [T]

L'item 6: Paziente e terapeuta sono impegnati in uno sforzo comune per raggiungere obiettivi concordati. [G], non è iscritto in alcun cluster.

Un primo rilievo, in base ai dati ottenuti: non vi è alcuna relazione tra i cluster di parole dense emersi con l'AET e le tre scale di WAI, previste dai loro costruttori. Gli item appartenenti alle tre scale si distribuiscono casualmente entro i quattro cluster ottenuti con AET.

Vediamo ora di analizzare la dinamica emozionale, quale emerge nei singoli cluster e nella loro relazione entro lo spazio fattoriale. A questo proposito riportiamo i valori di relazione tra cluster e fattori:

	Fattore 1	Fattore 2	Fattore 3
Cluster 1 (27% delle u.c.e.)	.711	- .612	- .396
Cluster 2 (14% delle u.c.e.)	.646	.118	1.307
Cluster 3 (38% delle u.c.e.)	- .907	- .295	.072
Cluster 4 (21% delle u.c.e.)	.088	.997	- .315

Proponiamo ora l'analisi dei singoli cluster e della loro relazione entro lo spazio fattoriale generato da Alceste.

Per l'analisi delle parole dense che danno origine ai singoli cluster, utilizziamo la metodologia indicata in Carli e Paniccia, 2002: si esaminano i successivi incontri di parole dense (la prima parola densa con la seconda, la prima e la seconda con la terza e così via); l'analisi è fondata sulla progressiva riduzione della polisemia che caratterizza le parole dense, nei loro incontri; è a partire da questa restrizione della polisemia che si può individuare il senso collusivo del cluster. La posizione dei differenti cluster nello spazio fattoriale consentirà poi un secondo ordine di analisi, fondato sulla relazione tra loro.

Sul primo fattore si contrappongono il cluster 1 e il cluster 3.

Il cluster 1.

Il primo incontro di parole dense è: condividere – terapia: si evidenzia, sin dall'inizio delle parole dense del cluster, la connotazione della psicoterapia quale condivisione (dal latino *cum divido* che vale spaccare in due o dividere con l'altro); la terza parola densa è costruire (dal latino *cum struo*, che vale mettere una cosa sull'altra, costruire assieme). Seguono processo e esplorazione, ad indicare un procedere cercando di scoprire: si tratta di ricerche che si fanno insieme. Ed ecco la parola che rende esplicito quanto era presente nel prefisso *cum* delle parole dense precedenti: insieme.

La psicoterapia è vissuta come processo e come relazione; insieme è la parola densa che indica il senso emozionale del cluster: si condivide, si costruisce, si esplora la complessità; paziente e psicoterapeuta fanno insieme queste cose. Il processo comporta esplorazione, quindi un cenno all'avventurarsi nell'ignoto ove l'essere insieme, il condividere l'esperienza, attenua la pericolosità di questa esplorazione e consente di costruire, aumentando la complessità (ecco la parola densa successiva) della relazione stessa.

Si tratta di un cluster che sottolinea la funzione di rapporto della psicoterapia, e la dinamica collusiva assume la connotazione di un procedere, costruttivo di senso.

Guardiamo alle parole dense degli item WAI che, tra le variabili illustrative, vengono iscritti entro il cluster 1.

Nell'item 5 si sottolinea la dipendenza critica del paziente dal terapeuta (fiducia, ma nelle capacità), anche se il tutto è volto all'aiuto, quindi a modelli di relazione senza tecnica.

Nell'item 8 si prevede un accordo, anche se su un lavoro che il paziente "deve" fare. Quindi, ancora dipendenza del paziente dal terapeuta.

Ma questa dipendenza ha, come abbiamo visto, connotazioni critiche: la fiducia è nelle capacità del terapeuta, non nel terapeuta tout court; il paziente "deve" lavorare su cose importanti; cose sulle quali, è importante sottolinearlo, egli è d'accordo con il terapeuta, partecipa quindi alla loro definizione.

Sembra che le associazioni degli psicoterapeuti espandano e sviluppino questa dimensione critica dell'atteggiamento dipendente del paziente, in una sorta di simmetrizzazione della dipendenza, che si estrinseca nell'esplorare assieme, nel condividere e nel costruire. La dipendenza del paziente, caratterizzata da atteggiamento critico negli item WAI, si trasforma in una reciprocità di intenti e di azioni nelle associazioni.

Gli item della WAI sembrano sollecitare una sottolineatura del processo collusivo che organizza la condivisione dell'esperienza terapeutica.

Sul polo opposto del primo fattore si situa il cluster 3.

Qui si contrappongono dimensioni che indicano valutazioni cognitive, quali capacità e stima, con dimensioni emozionali problematiche quali limite, depressione, frustrazione, tentativo. Nel cluster 1 si evidenzia una reciprocità simmetrica gratificante, qui la relazione sembra, di contro, fondata su una profonda asimmetria: da un lato il paziente valuta la capacità del terapeuta e sente la stima di quest'ultimo nei suoi confronti; dall'altra emerge la frustrazione dovuta al vissuto di un limite derivante dalla supremazia del terapeuta, e la conseguente depressione; tutto ciò sembra riferibile alla valutazione positiva, atta a porre lo psicoterapista in una posizione predominante, perché fondata su un potere asimmetrico. Il tentativo di uscire da questa dimensione asimmetrica sembra far riferimento alla richiesta di una maggior umanità da parte dell'altro, del terapeuta. Sembra si voglia dire che non basta il fatto di valutare l'altro come capace e riceverne la stima, per evitare il sentimento del limite e la frustrazione della conseguente depressione. Serve una umanità che renda più simmetrico ciò che un rapporto, fondato sulla valutazione, rende ineluttabilmente asimmetrico.

Guardando agli item della WAI ci si può chiedere da dove venga questo vissuto di asimmetria e di frustrazione. Sembrerebbe che un vincolo problematico sia quello del "piacere all'altro", quale dinamica seduttiva che comporta una dipendenza reciproca tra paziente e psicoterapeuta. Di fatto, se l'obiettivo è quello di piacere all'altro, subentra confusione su ciò che si sta facendo in terapia; l'intento di piacere all'altro vincola entro una dimensione di impotenza e di seduzione reciproca; piacere all'altro sembra profondamente in contraddizione con l'assetto psicoterapeutico, una terapia ove l'utilità di ciò che si fa, quindi il cambiamento, è riferita al solo paziente. Gli item denotano asimmetria esplicita (gli item 2 e 7, ove è il paziente che guarda in modo diverso i suoi problemi ed è sempre il paziente che riceve la stima del terapeuta, senza un movimento reciproco); dove non c'è questa asimmetria, si vive confusione, in un tentativo di simmetrizzare la seduzione. L'intento di piacere all'altro sembra confondere e, di conseguenza, aumentare l'asimmetria della relazione.

Sul primo fattore, quindi, si contrappongono due processi collusivi: l'uno volto a condividere e costruire, l'altro volto al piacersi reciproco e alla asimmetria circa la stima e gli esiti della psicoterapia. Quindi una collusione simmetrica e una collusione asimmetrica, con esiti molto diversi: il paziente "deve" meritarsi la stima del terapeuta, ne valuta la capacità, entrambi sono in un atteggiamento seduttivo reciproco; tutto questo esita in una frustrazione depressiva, che deriva dal sentimento di limite e di confusione che il paziente (ma anche il terapeuta) vive in tale dinamica collusiva.

Sul secondo fattore si contrappongono ancora il cluster 1 e il cluster 4. Il cluster 4, quindi, potrà mostrare una differente modalità collusiva nei confronti di quella già evidenziata nel cluster 1.

Cluster 4.

E' il cluster ove si ripetono le parole dense degli item WAI: giusto, reale, risolvere, cambiamento. Questa dimensione ripetitiva può essere interpretata quale motivo per avviare una dinamica reattiva: il desiderio di agire le emozioni si propone quale contrapposizione alla prescrizione circa ciò che "è giusto per il paziente" e circa i suoi "reali problemi". Sembra quindi che la componente prescrittiva, insita negli item WAI, comporti una fantasia infantile di reattività agita, entro le associazioni dei nostri psicoterapisti. Reattività che si estrinseca in parole dense quali rabbia, droga, terribile, a-rischio, fallimento. Sembra che la cultura del cluster sia decisamente oppositiva nei confronti delle dimensioni di "realtà" indicate negli item: avere idee differenti sui reali problemi del paziente, avere una comprensione reciproca sui cambiamenti giusti per il paziente, credere che la strada intrapresa sia quella giusta.

Ricordiamo che, negli item che correlano con questo cluster, si parla di "reali problemi" del paziente, di "strada giusta" per risolvere i problemi del paziente e di "buon livello di comprensione reciproca". L'asimmetria non è a carico della relazione tra paziente (dipendente) e psicoterapeuta (dotato di potere) come nel cluster 1 e, più ancora, nel 2; qui si pretende che criteri "oggettivi" quali la realtà e la giustezza (giustizia) siano i parametri con i quali il paziente deve confrontarsi. Il desiderio di agire emozioni si propone, quindi, quale modo per sfuggire al primato della realtà giusta, sembrerebbe per riaffermare la priorità della propria emozionalità. Qui, in altri termini, emerge la reazione emozionale a una terapia presentata come correzione del deficit: di un deficit oggettivamente definito quale "reale problema" e per il quale il paziente è tenuto a intraprendere la "strada giusta". La minaccia della diagnosi "oggettiva", implicita negli item WAI, sembra portare le associazioni verso una profonda reattività emozionale e verso processi di rabbia e distruzione. Può anche essere vero il reciproco: là dove ci sono agiti emozionali, dove c'è rabbia, fallimenti, droga, è importante che si definisca una riconduzione all'ordine, da parte del terapeuta, socialmente legittimata. Nell'uno come nell'altro caso, è evidente il conflitto tra richiamo all'ordine e reattività emozionale.

Sul terzo fattore si pone il cluster 2.

Si tratta del cluster che identifica la psicoterapia quale sviluppo, in contrapposizione ad una psicoterapia quale correzione di deficit secondo parametri realistici, come nel cluster 4 più sopra descritto.

E' un cluster caratterizzato da molti verbi: sviluppare, crescere, ripensare, approfondire, scoprire, discutere, implicarsi. La psicoterapia è vista quale rapporto di consulenza, ove è massima la simmetria tra paziente e psicoterapeuta. Una simmetria che lascia spazio a dubbi e a discussioni, ove la funzione consulenziale dello psicoterapeuta si pone al servizio dell'obiettivo di sviluppo, presente nel paziente e nella relazione.

Le frasi degli item WAI con maggior peso emozionale su questa dinamica collusiva volta allo sviluppo sono: "fiducia reciproca" e "essere d'accordo". L'obiettivo è il "miglioramento" della situazione del paziente, senza accenno a problemi, ingiunzioni o parametri realistici. Si salva la soggettività, quale elemento che pone in una posizione simmetrica i due protagonisti della relazione.

Ricordiamo, infine, che l'item 6 della WAI (Paziente e terapeuta sono impegnati in uno sforzo comune per raggiungere obiettivi concordati) non viene incluso in alcun cluster. Nell'analisi comparativa dei dati sarà possibile formulare alcune ipotesi su questa mancata inclusione dell'item in uno dei quattro cluster.

Quale Alleanza Terapeutica emerge dalle parole dense presenti nelle associazioni agli item WAI, da parte dei 28 terapeuti partecipanti alla nostra indagine?

Lo stimolo fornito con la WAI sembra evocare, nel primo come nel secondo fattore dell'Analisi Emozionale del Testo, una comune simbolizzazione del potere entro la relazione terapeutica. Ciò significa che le associazioni agli item WAI, entro i cluster del primo e del secondo fattore, evocano nei nostri terapeuti emozioni collusive collegabili a una relazione di potere tra terapeuta e paziente. Qui l'alleanza è rappresentata, quindi, da accettazione o reazione al potere del terapeuta sul paziente. Il cluster 1, che si contrappone al 3 sul primo fattore e al 4 sul secondo fattore, sembra essere al centro di questa tematica. Nel cluster 1, come abbiamo visto, la dinamica collusiva sembra volta al superamento della dipendenza del paziente nei confronti del terapeuta. Questo superamento sembra definito dalla parola densa "insieme" ove la simmetria, implicita nella parola, consente di rappresentare la psicoterapia quale esplorazione, condivisione, costruzione. Sono alcuni specifici segnali di simmetria, presenti negli item WAI che si situano nel cluster, a motivare e a promuovere questa dinamica volta a rendere più simmetrica e condivisa la dipendenza del paziente dal terapeuta.

L'A.T. si propone, quindi, quale superamento della dipendenza e della differenziazione tra paziente e terapeuta, entro la rappresentazione simbolico emozionale del potere. "Insieme", come abbiamo visto, è la parola che tiene ancora distinte le figure del paziente e del terapeuta, ma al contempo le unisce nella funzione costruttiva, attorno alla quale si organizza la collusione volta a rappresentare la relazione terapeutica. Costruire, dal latino: *cum struere* ove il verbo *struo-ere* significa disporre a strati, quindi costruire e *cum* significa assieme, insieme; di qui l'inesattezza dell'espressione co-costruire, spesso utilizzata in psicologia clinica per esprimere un significato che è già completamente espresso dalla forma "costruire".

Vediamo quali dinamiche contrappositive a questo processo collusivo si ritrovano sul primo e sul secondo fattore.

Sul primo, si propone una asimmetria nella valutazione del processo terapeutico e nella stima, ove è il solo paziente che guarda in modo diverso ai propri problemi o che si sente stimato dal terapeuta; la simmetria, parallelamente, viene evocata in una sorta di seduzione reciproca, atta a evocare confusione e limiti. Di qui la frustrazione depressiva e la richiesta di una maggior umanità da parte dello psicoterapeuta.

Sul secondo fattore, di contro, il potere asimmetrico si spersonalizza entro dimensioni di realtà e di giustizia o, come direbbe Roland Barthes (1957), giustizia; qui la reattività sembra potente, e si direziona tutta entro l'agito emozionale, contrapposto a questo richiamo all'ordine; ad un ordine potente in quanto non impersonato dallo psicoterapeuta ma da elementi di realtà e di giustizia che egli impersona di fronte al paziente.

In sintesi, nei primi due fattori l'elemento rilevante, la simmetria – asimmetria del potere tra paziente e psicoterapeuta, sembra indurre differenti processi collusivi: ove l'asimmetria viene superata, si realizza una possibilità di "insieme" o, come direbbe ancora Barthes, di "insiemità"; se questa asimmetria di potere viene sottolineata dallo stimolo emozionale (parole dense) insito negli item WAI, allora si hanno reazioni volte a evocare la frustrazione depressiva o a esaltare la reazione agita delle emozioni.

Sul terzo fattore le individualità vengono superate e sussunte entro finalità di sviluppo, ove non sono più distinte la figura del paziente e quella dello psicoterapeuta. Qui la dinamica collusiva integra i due protagonisti entro un obiettivo che non è più solo dell'uno e, forse, dell'altro; non è più consensuale ma condiviso. La collusione, in questo cluster, comporta la condivisione simbolica del processo che caratterizza la psicoterapia. E' evidente che, nel processo collusivo di questo cluster, non si è all'interno del costruito di Alleanza Terapeutica tra paziente e psicoterapeuta, ma si simbolizza la reazione volta allo sviluppo.

Si può quindi affermare che gli item WAI evocano, nelle associazioni degli psicoterapeuti della nostra ricerca, due ordini di rappresentazioni collusive del rapporto psicoterapeutico:

- una relazione fondata sulla asimmetria del potere tra paziente e psicoterapeuta⁷; qui i due protagonisti della relazione sono orientati a simbolizzare emozionalmente l'altro quale figura dotata di potere o succube del proprio potere, e a strutturare processi difensivi nei confronti di tale simbolizzazione emozionale (nel cluster 1 si "simmetrizza l'asimmetria" e si può simbolizzare un lavoro insieme; nel cluster 3, l'asimmetria provoca frustrazione depressa; nel cluster 4 si reagisce emozionalmente all'asimmetria oggettivata nei termini di realtà e giustizia). Importante notare che, in tutti e tre i cluster, paziente e psicoterapeuta rimangono ben distinti e sembrano orientati a limitare la loro dinamica collusiva alla sola simbolizzazione dell'altro.

- Una attenzione alla relazione⁸, ove i due interlocutori dell'alleanza terapeutica "scompaiono" entro una relazione attenta e finalizzata a una "cosa terza", lo sviluppo. Non lo sviluppo del paziente, ma lo sviluppo della relazione entro un contesto. E' l'attenzione alla relazione quale oggetto simbolico a sé stante, non come risultante dell'accordo – disaccordo tra i due protagonisti, che consente il rapporto con la cosa terza; cosa terza che concerne la relazione, è importante sottolinearlo, non uno dei due protagonisti. Si tratta dello sviluppo: nozione che concerne la relazione e che si contrappone alla correzione del deficit, a carico del solo paziente.

In sintesi, la ricerca mostra come gli item WAI, volti a misurare l'Alleanza Terapeutica, evocano problemi di simmetria – asimmetria del potere simbolico tra paziente e terapeuta; problemi che possono essere agiti nella relazione, tramite differenti processi difensivi, o che possono essere superati attraverso la dinamica collusiva volta a guardare alla relazione e al suo prodotto, lo sviluppo.

Perché problemi di potere in psicoterapia? Se pensiamo alla psicoterapia psicoanalitica, ogni dinamica del potere "reale" tra psicoanalista e paziente è ristretta al concordare il setting di lavoro. Entro il setting, le fantasie collegate al potere dell'uno sull'altro, sia nella mente del paziente che in quella dello psicoanalista, sono oggetto di analisi. Vale a dire di un pensiero che dia senso alle fantasie, alle simbolizzazioni collusive che caratterizzano la relazione. Pensare emozioni è il tipico e costante lavoro psicoanalitico. Nell'ambito psicoanalitico, quindi, non si pone un problema di Alleanza Terapeutica, al di fuori del setting. Né di rottura dell'alleanza. Certo, le fantasie dei pazienti possono essere critiche nei confronti dell'analista, così come lo possono essere i contenuti dei sogni o le associazioni libere, durante una o più sedute. Il problema sta tutto nella possibilità di analizzare queste fantasie, così come le fantasie di complicità, di simpatia, di condivisione degli obiettivi terapeutici, come qualsiasi cosa passi per la mente dello psicoanalista o del paziente. Le cose sono ben diverse in altri tipi di psicoterapia, segnatamente nella psicoterapia cognitiva. Qui il potere dello psicoterapeuta nei confronti del paziente è lo strumento principale per il lavoro psicoterapeutico. Se si guarda al periodo di massima diffusione della tematica collegata con l'Alleanza Terapeutica, gli anni settanta e ottanta, si può constatare come sia anche il periodo, specie negli Stati Uniti, di massima diffusione e affermazione della teoria e della psicoterapia cognitiviste. Un periodo ove, come abbiamo avuto modo di sottolineare, si è anche fortemente alterata la nozione riferita al modo di essere inconscio della mente quale "logica" alternativa alla logica del pensiero dividente e eterogenico; per arrivare, con la nozione di inconscio cognitivo, a una ibridazione sospetta a scapito della vera scoperta innovativa e originale del pensiero freudiano. Pensiamo che il cognitivismo abbia bisogno dell'Alleanza Terapeutica, quale alternativa al processo di analisi delle fantasie sollecitate dalla relazione collusiva tra psicoanalista e paziente, entro la cura psicoanalitica. Il cognitivismo ha bisogno dell'Alleanza Terapeutica quale sanzione del potere dello psicoterapeuta, cornice importante per l'azione stessa della psicoterapia intesa quale correzione di un deficit. In quanto volta a correggere deficit, la terapia cognitivista si situa nell'alveo della relazione medica, ma senza il sostegno culturale che l'atto medico utilizza nella propria prassi. Crediamo che questa dinamica del potere sia ben espressa negli item

⁷ Si tratta, lo ricordiamo, degli item 5 e 8 per il cluster 1; degli item 2, 3, 4, 7 per il cluster 3 e degli item 10, 11, 12 per il cluster 4.

⁸ Si tratta degli item 1 e 9 per il cluster 2.

WAI, e sia stata recepita in modo esplicito entro le associazioni degli psicoterapisti partecipanti alla nostra ricerca.

Nell'ambito delle associazioni evocate dagli item WAI, inoltre, non si differenziano le tre scale indicate come obiettivi, compiti e legami. Riteniamo che tutto questo sia collegabile al fatto che nel WAI si parla esplicitamente di obiettivi, compiti e legami, ma all'interno di una dinamica emozionale che iscrive questi elementi nella relazione di potere dello psicoterapista sul paziente. Il contenuto emozionale degli item, infatti, evoca dinamiche di potere tra paziente e terapeuta o possibilità di orientamento alla relazione, quindi alla realizzazione di sviluppo della relazione.

L'item 6, che non concorre a nessun cluster di parole dense presenti nelle associazioni, sembra quello che più rappresenta l'Alleanza Terapeutica classicamente intesa: si parla di "sforzo comune" e di "obiettivi concordati", ma anche di "paziente e terapeuta". Pensiamo che questa separazione tra paziente e terapeuta, contrastante con le parole dense "comune" e "concordati", ponga il cluster in una posizione centrale, non differenziata, tra dinamica del potere e relazione volta allo sviluppo.

Ci si può chiedere: con altri terapeuti, diversi da quelli che hanno contribuito alla nostra ricerca, sarebbero possibili nuove clusterizzazioni delle parole dense associate agli item WAI? Pensiamo di sì. Troveremmo, probabilmente, nuove dinamiche evocate dagli item WAI e nuove riorganizzazioni del costrutto di A.T.. Questo, d'altro canto, confermerebbe la nostra ipotesi: gli item WAI sono frasi ambigue⁹, che ben esprimono l'ambiguità del costrutto di Alleanza Terapeutica, non solo nella sua costruzione teorica ma anche nello strumento che lo misura.

Bibliografia.

- Barthes, R. (1957). *Mythologies*. Paris: Editions du Seuil. Trad. It. (1974). *Miti d'oggi*. Torino: Einaudi.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Carli, R. (2007a). Notazioni sul resoconto. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 186-206. Consultato il 15 maggio 2009 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero2_07/Carli.htm
- Carli, R. (2007b). Pulcinella o dell'ambiguità. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3, 382-396. Consultato il 15 maggio 2009 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero3_07/Carli.htm
- Carli, R. (2008a). Il resoconto e la diagnosi. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 154-170. Consultato il 20 maggio 2009 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero2_08/Carli.htm
- Carli, R. (2008b). Le figure dense in Vittore Carpaccio. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 247-256. Consultato il 15 maggio 2009 http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero2_08/Carli_b.htm
- Carli, R., Grasso, M., & Paniccia, R.M. (2007). *La formazione alla psicologia clinica: Pensare emozioni*. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., & Paniccia R.M. (2002). *L'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: Il resoconto in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.
- Codignola, E. (1970). *Il vero e il falso: Saggio sulla struttura logica dell'interpretazione psicoanalitica*. Torino: Boringhieri.

⁹ Con il termine ambiguità intendiamo una specifica modalità, propria del modo di essere inconscio della mente, di rappresentare specifici oggetti della realtà. Si veda, in proposito, Carli, 2007b.

Freud, S. (1912). Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico. *OSF*, 6, 532-541.

Horvath, A.O., & Greenberg, L. S. (Eds.) (1994). *The working alliance: Theory Research and Practice*. New York : John Wiley & Sons.

Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF. Trad. it. (1968). *Enciclopedia della psicoanalisi*. Bari : LaTterza.

Lingiardi, V. (2002). *L'alleanza terapeutica: Teoria, ricerca e clinica*. Milano: Cortina Editore.

Lingiardi, V., & Colli, A. (2003). Alleanza terapeutica: Rotture e riparazioni. *Quaderni di psicologia, analisi transazionale e scienze umane*, 38. consultato il 20 maggio 2009 su <http://www.psychomedia.it/cpat/articoli/38-lingiardi-colli.htm>

Il vissuto sulla psicoterapia in un gruppo di persone che non ne hanno mai fatto esperienza

di Fiammetta Giovagnoli*, Sonia Giuliano, Rosa Maria Paniccia*****

Premessa.

Il lavoro che presentiamo fa parte di un piano di ricerca più ampio, entro il quale si esplorano i vissuti con cui si connota la psicoterapia, nell'ipotesi che l'esplorazione di tali vissuti sia al tempo stesso rilevante, ma poco presente entro l'ampio campo delle ricerche sulla psicoterapia. In un precedente contributo abbiamo esposto i risultati di una ricerca che esplorava i vissuti sulla psicoterapia di un gruppo di psicoterapisti e di un gruppo di clienti (Giovagnoli, Dolcetti & Paniccia, 2008). In quel caso sono stati presi in considerazione vissuti concernenti effettive esperienze di psicoterapia degli intervistati. In questa occasione, invece, è stato intervistato un gruppo di persone che hanno dichiarato di non aver avuto nessuna esperienza di psicoterapia; chiameremo questo gruppo di persone non-clienti. In questo caso, sottolineiamo, abbiamo esplorato fantasie sulla psicoterapia che non hanno avuto riscontri entro esperienze dirette; in questo senso, esse sono riferibili al mandato sociale della psicoterapia.

Per mandato sociale di una professione intendiamo quell'insieme di rappresentazioni condivise, entro un dato gruppo sociale, in un certo momento della sua storia, che mettono insieme un determinato problema e specifiche pratiche ritenute adeguate a trattarlo. Il mandato sociale è quindi connotato culturalmente e storicamente, ed è il prodotto dell'interazione di diverse agenzie sociali. Pensiamo alle leggi, alle azioni di pressione e ai pubblici pronunciamenti di istituzioni come un partito politico, un'organizzazione religiosa o una corporazione professionale, pensiamo alla letteratura scientifica, alle espressioni artistiche come un romanzo o un film, ai mass media. Il mandato sociale, come si può capire dalla diversità delle agenzie che lo organizzano, è caratterizzato da differenze che lo rendono tutt'altro che univoco e attraversato da confronti e conflitti.

Tornando al nostro gruppo di non clienti, quindi, possiamo supporre che esso ci parlerà del mandato sociale della psicoterapia oggi in Italia. Ovvero delle rappresentazioni condivise collusivamente da persone che sulla psicoterapia hanno solo attese derivanti da quanto si dice sui mass media, in letteratura, o dal rapporto con chi ha fatto quell'esperienza. Ricordiamo che le rappresentazioni riferibili al mandato costituiscono il contesto più ampio entro il quale si trovano gli psicoterapisti e chi poi effettivamente si rivolge a loro.

La presente ricerca adotta una metodologia che individua nel vissuto delle persone intervistate, ovvero nelle componenti simboliche e collusive¹ cui si connota la psicoterapia, il suo oggetto d'elezione. Prima abbiamo constatato che nella letteratura scientifica, rispetto ad altri temi di ricerca, sono carenti indagini concernenti i vissuti di clienti e di psicoterapisti su quanto avvenuto entro l'esperienza psicoterapeutica, come pure ricerche concernenti i vissuti sulla psicoterapia di quelli che abbiamo definito non clienti. Mancano indagini, quindi, sul modo in cui si organizza il rapporto tra domanda e offerta di psicoterapia, con particolare

*Professore a contratto, Facoltà di Psicologia1, Università di Roma "Sapienza"; **Psicologa; ***Professore associato, Facoltà di Psicologia1, Università di Roma "Sapienza".

¹ Per collusione intendiamo un modello della relazione che si fonda sulla simbolizzazione affettiva del contesto condiviso da chi a quel contesto appartiene. La convivenza all'interno dei contesti sociali è organizzata dalle simbolizzazioni affettive del contesto prodotte da chi lo condivide. L'unità di analisi è la relazione, non il singolo individuo. Il contesto è un contesto simbolico e non strutturale. Il modello della collusione è stato proposto da R. Carli e R.M. Paniccia all'inizio degli anni ottanta (Carli & Paniccia, 1981) e successivamente precisato e approfondito al fine di porre le basi per l'analisi della domanda e più in generale per proporre una teoria psicoanalitica della relazione sociale e della convivenza. Per una proposta riassuntiva del modello rimandiamo a Carli & Paniccia (2003) e Carli & Paniccia (2005).

attenzione alla configurazione simbolica di quest'ultima. La ricerca sembra concentrata su come perseguire risultati nei termini in cui essi vengono previsti dalle tecniche psicoterapeutiche adottate. La centratura su queste ultime, nel momento in cui ci si interroga sul mandato sociale della psicoterapia, porta a chiedersi quali siano le agenzie sociali interessate a far prevalere le tecniche sulla domanda. Abbiamo già tentato, insieme ad altri, di dare una risposta a tale interrogativo (Grasso, 2006; Grasso & Stampa, 2006; Grasso & Stampa, 2008; Paniccia, Giovagnoli & Giuliano, 2008; Salvatore, 2006). Qui ci interessa, interpellando i non clienti, proporre dei dati che contribuiscano a dar voce ad altre componenti del mandato. Prima di proseguire nella presentazione della ricerca, vediamo più da vicino come la letteratura scientifica contribuisce allo studio dei vissuti riguardanti la psicoterapia.

Uno sguardo alla letteratura scientifica.

Il tema dei vissuti con i quali si connota l'esperienza psicoterapeutica è rintracciabile in alcuni studi che abbiamo raggruppato in due tipologie: gli studi dimostrativi e quelli esplorativi. Nella prima abbiamo collocato quegli studi che si pongono l'obiettivo di produrre dati per dimostrare o falsificare ipotesi, nella seconda quegli studi che producono dati per costruire ipotesi interpretative.

Gli studi dimostrativi.

Una certa attenzione per le attese e i vissuti sia di pazienti che non pazienti verso la psicoterapia si ha in ambiti di ricerca interessati al rapporto tra tali attese e gli esiti della psicoterapia stessa. Ad esempio, entro gli studi sull'alleanza terapeutica, troviamo ricerche che si interessano al modo con cui i pazienti vedono gli psicoterapisti. E' il caso della ricerca di Bender, Farber, Sanislow, Dyck, Geller & Skodol (2003). Si tratta in questo caso di uno studio effettuato su pazienti in trattamento individuale, effettuata utilizzando uno strumento ideato dagli autori: il Therapist Representation Inventory. Gli autori hanno studiato i pensieri dei pazienti sui terapeuti, riscontrando differenze correlate ad alcuni fattori: diagnosi², genere sessuale, durata del trattamento. Stando ai dati della ricerca, i pazienti con Disturbo Schizotipico di Personalità manifestano un più elevato "coinvolgimento mentale" rispetto al terapeuta, sviluppando un maggiore desiderio di amicizia e avvertendo la mancanza del terapeuta. I pazienti con diagnosi di Disturbo Borderline, di contro, non svilupperebbero una buona immagine dei loro terapeuti. Quale interesse clinico rivestono tali dati? Gli autori suggeriscono ai terapeuti di conoscere la rappresentazione che il paziente ha di loro, considerandola un indice dei "modelli di relazione oggettuali internalizzati", modelli di relazione che, secondo le premesse teoriche degli autori, influenzano la capacità di adattamento sociale del paziente, dunque l'esito della psicoterapia.

Altri studi coinvolgono anche persone che non hanno avuto esperienza di psicoterapia. Ci si occupa in questi casi di valutare la "reputazione" di un trattamento (Clinton, 1996; Hardy, Barkham, Shapiro, Reynolds, Rees, & Stiles, 1995; Joyce & Piper, 1998; Morrison & Shapiro, 1987; Pistrang & Barker, 1992; Reimers & Wachter, 1992; Rokke, Carter, Rehm & Veltum, 1990; Safren, Heimberg & Juster, 1997; Wanigaratne & Barker, 1995). Quale interesse riveste lo studio della reputazione? Secondo gli autori citati sussiste una relazione tra la reputazione di un trattamento, l'alleanza terapeutica che si sviluppa tra paziente e terapeuta e il risultato del trattamento. Stando a tale relazione, la ricerca sugli esiti della psicoterapia si gioverebbe dello studio delle aspettative che i pazienti e i "non pazienti" hanno nei confronti dell'intervento terapeutico.

Altri studi non mettono in relazione così diretta attese ed esiti, ma sono interessati a che ci sia una "corretta" rappresentazione della psicoterapia presso quella che spesso viene definita "l'opinione pubblica". Spesso in questi casi il riferimento è la reputazione della psicoterapia. Pensiamo ad esempio ad alcuni studi condotti su campioni di pazienti e di non

² Effettuata a partire dal DSM IV: Disturbo Schizotipico di Personalità; Disturbo Borderline di Personalità, Disturbo Evitante di Personalità e Disturbo Depressivo Maggiore.

pazienti, spesso studenti universitari (Hardy, Barkham, Shapiro, Reynolds, Rees, & Stiles, 1995; Pistrang & Barker, 1992; Rokke, Carter, Rehmn & veltum, 1990; Wanigaratne & Barker, 1995). Tali studi rilevano come la credibilità di un trattamento, la sua reputazione, come per altro confermano tutti gli studi sulla reputazione, si costruiscano indipendentemente dall'esperienza. In questa direzione troviamo la ricerca di Bragesjö, Clinton, e Sandell (2004). Gli autori rilevano come poco si sappia della credibilità della psicoterapia presso il grande pubblico ed auspicano lo sviluppo di un maggior numero di ricerche che si occupino della percezione delle diverse forme di trattamento presso l'opinione pubblica. A tale scopo gli autori si interessano di studiare la reputazione presso il pubblico di tre diverse forme di terapia: quella cognitivista, quella comportamentista e quella psicodinamica. Tra i risultati ottenuti dalla ricerca riscontriamo che la terapia cognitivista è stimata come la più "rispondente" presso chi non ha avuto esperienza di terapia, mentre quella psicodinamica lo è tra chi ne ha avuto esperienza.

Nello stesso filone di ricerca troviamo gli studi che si occupano di "rappresentazioni pregiudizievole". E' il caso della ricerca di Gutstadt (2002) sulla rappresentazione della psicoterapia di gruppo. Secondo l'autore si riscontra un'opinione diffusa circa la minore efficacia della psicoterapia di gruppo rispetto a quella individuale. Anche in questo caso, confrontando la percezione dell'efficacia della psicoterapia di gruppo in persone che ne hanno fatto esperienza con persone che non ne hanno avuta, si è riscontrata una opinione più sfavorevole presso le persone che non hanno fatto esperienza di psicoterapia di gruppo. Ricordiamo che tale differenza si presenta sistematicamente in tutte le ricerche sulla reputazione, dove spesso l'oggetto indagato, se generalmente inteso, presenta indici di reputazione minori dello stesso oggetto quando esso è esperito in particolari situazioni dagli intervistati.

Nella stessa direzione ritroviamo lo studio di Richardson & Handal (1995) sulla percezione dell'efficacia del counselling presso il pubblico. Anche in questo caso si registra una percezione di minore efficacia del counselling rispetto alla psicoterapia. Gli autori interpretano questa percezione con un supposto vissuto relativo al fattore temporale: a loro avviso è opinione diffusa, non sostenuta da riscontri oggettivi, che l'efficacia di un trattamento aumenti con l'aumentare del tempo.

Infine, all'interno di questa prima tipologia di studi collochiamo alcune ricerche sulla rappresentazione della psicoterapia offerta dai mezzi di comunicazione di massa (Faberman, 1997; Gabbard & Gabbard, 1999; Jorm, 2000; Signorelli, 1993; Wolff, Pathare, Craig & Jaff, 1996). Gli autori citati condividono l'idea che la rappresentazione della psicoterapia che si riscontra nel grande pubblico si costruisca attraverso i più diffusi, stereotipati ritratti degli psicologi offerti dalla televisione e dal cinema. Per gli autori citati la questione dell'influenza dei mass media sulla rappresentazione della professione psicologica rivela la sua importanza se si considera che dagli studi condotti si riscontra una cattiva informazione presso il grande pubblico circa la salute mentale e i trattamenti psicoterapeutici, peggiore dell'informazione relativa alla malattia fisica e ai relativi trattamenti. Attraverso alcuni focus groups e interviste telecondotte dall'American Psychological Association (Faberman, 1997) si evince che, malgrado la maggior parte delle persone intervistate riconosca l'importanza del prendersi cura della malattia mentale, le stesse non sono informate su come e quando accedere ai servizi che se ne occupano. Lo studio di Wolff, Pathare, Craig e Jaff (1996) effettuato su un campione della popolazione adulta del Regno Unito, dimostra che il 32% degli intervistati cita i mass media quale fonte principale di informazioni sulla psicoterapia. Gabbard e Gabbard (1999) sostengono che prima di scegliere se chiedere un trattamento psicologico i probabili futuri pazienti hanno "socializzato" per lungo tempo con la versione che i media danno della psicoterapia. Gli autori arrivano a sostenere che negli Stati Uniti la psicoterapia (proveniente dall'Europa) e l'industria cinematografica sono nate nello stesso periodo e insieme cresciute. I due autori propongono uno studio dell'immagine dello psichiatra³ offerta dal cinema dal suo esordio al

³ Nel loro lavoro il termine "psichiatra" viene utilizzato in generale per designare tutti i professionisti nell'ambito della salute mentale, dal momento che i film statunitensi non sono mai riusciti del tutto a distinguere tra psichiatri, psicanalisti, psicologi, ma anche assistenti sociali e altri terapeuti.

1987, attraverso un'analisi di 450 pellicole, tutte di autori americani. Si evince un'età definita dell'oro, a cavallo tra i '50 e i '60, in cui gli psichiatri sono stati quasi costantemente idealizzati. Di contro, negli anni precedenti e successivi, sono prevalsi stereotipi negativi. In ogni caso, nei diversi periodi storici, l'immagine dello psichiatra appare sempre coincidere con degli stereotipi che esprimono la cultura predominante in un certo periodo storico negli Stati Uniti.

Diverse ricerche, quindi, mettono in evidenza l'esistenza di una rappresentazione della psicoterapia che non si ancora all'esperienza. Come trattare questo dato? Gli studi che abbiamo definito "dimostrativi" si pongono quale obiettivo quello di correggere le "rappresentazioni pregiudiziali" dei pazienti attraverso la diffusione di informazioni utili a modificarle. Sembrerebbe che ci si incontri con la dimensione simbolica delle rappresentazioni di un oggetto, in questo caso la psicoterapia, senza che ci sia, il più delle volte, una concettualizzazione di tale processo. Si suppone che l'informazione sia cognitiva: gli errori derivano da una scarsa o distorta informazione e sarebbe opportuno correggerli; l'informazione è vista come prevalentemente a una via. Passiamo ora al secondo tipo di studi.

Studi esplorativi

Collochiamo in questo secondo raggruppamento gli studi interessati alle dimensioni simboliche con cui l'oggetto psicoterapia viene organizzato. Si tratta di studi volti a conoscere le rappresentazioni, le attese, i vissuti che lo concernono, proponendo una interpretazione della loro genesi e della loro funzione.

Per quanto concerne l'ambito italiano, e allargando il campo alla psicoterapia vista come parte dell'intervento psicologico considerato più in generale, troviamo un gruppo di ricercatori interessato a capire come venga vissuta la professione psicologica. Pensiamo a Carli & Salvatore, (2001), Carli, Paniccia & Salvatore, (2004), Carli, Paniccia, Bucci, Dolcetti & Giovagnoli, (2009). Tali ricerche si pongono esplicitamente l'intento di contribuire a colmare un vuoto, partendo dalla considerazione che, a differenza di altre professioni, quella psicologica, almeno nell'ambito italiano, si dimostra poco interessata a conoscere come gli specifici contesti sociali nei quali è inserita la rappresentano. L'intervento psicologico sembra costituirsi a prescindere da una conoscenza della domanda sociale nei suoi confronti, come se la competenza a rispondere a tale domanda non fosse il criterio della legittimazione della professione psicologica.

Nella stessa direzione troviamo, tra le ricerche più recenti, il lavoro di Montesarchio e Margherita (2001). Gli autori si occupano di studiare la rappresentazione della professione psicologica presso un gruppo di pubblicitari, partendo dalla premessa che la pubblicità racconti in maniera efficace i simboli prodotti dalla società, creando condivisione. Dalla ricerca emerge un'immagine dello psicologo come colui che indaga gli aspetti profondi della psiche individuale. Si è lontani dal vederlo come esperto di relazioni e di contesti; l'oggetto di studio e di intervento dello psicologo è la realtà psicologica individuale, come entità a sé stante e decontestualizzata.

Rintracciamo le radici di questo tipo di studi sulla psicoterapia nella ricerca sulle rappresentazioni sociali della psicoanalisi condotta Serge Moscovici nel 1961, anche se la centratura di questo autore è più sulla cultura francese e la dinamica dell'organizzarsi delle culture, che sulla psicoanalisi in quanto tale. La sua ricerca studia i processi che consolidano il radicarsi della psicoanalisi nella cultura francese degli anni '60, e l'interesse per la psicoanalisi è riferibile al fatto che all'epoca rappresentava un modello culturale predominante. Moscovici ha condotto una doppia indagine. Ha interpellato un gruppo di 2265 persone appartenenti a diverse classi di età e di professioni (professionisti, professori, studenti, artigiani, commercianti...) chiedendo loro di rispondere dapprima ad un questionario costruito ad hoc e, successivamente, ad una intervista concernente la psicoanalisi. Parallelamente l'autore ha condotto un ricerca su come la stampa riesca a veicolare e a creare delle rappresentazioni sociali. La ricerca si basa sull'analisi di 1640 articoli di 230 giornali e riviste. Attraverso l'analisi del contenuto, Moscovici ha osservato come il tema oggetto della sua ricerca veniva presentato e valutato all'interno di ciascun articolo. L'analisi delle inchieste e della stampa porta alla conclusione che la rappresentazione sociale della

psicoanalisi è prodotta da una complessa interazione tra conoscenze scientifiche e senso comune. Nonostante le differenze, la conoscenza scientifica e il senso comune non sono indipendenti: la teoria scientifica diviene conoscenza collettiva attraverso un processo di rielaborazione e ricostruzione che si compie entro i gruppi sociali, non nell'individuo. Le rappresentazioni sociali generate da questo processo svolgono la fondamentale funzione di attribuzione di senso a ciò che è ignoto. Come le simbolizzazioni affettive collusivamente condivise, le rappresentazioni sociali non riproducono la realtà e i suoi oggetti, ma la trasformano all'interno di codici simbolici propri di un dato contesto.

Nel caso delle ricerche esplorative lo studio della rappresentazione della professione psicologica intende sollecitare una riflessione all'interno della comunità scientifica. Non si tratta di correggere le rappresentazioni che diverse agenzie di informazione forniscono, quanto di sollecitare un pensiero sulla produzione di rappresentazioni della professione, rappresentazioni che partecipano delle dimensioni collusive dei contesti sociali che le producono. Anche il nostro studio si colloca in questo ambito. Passiamo ora a presentare la nostra ricerca a partire dalla metodologia utilizzata.

La metodologia di ricerca.

Abbiamo intervistato un gruppo di 78 non clienti ai quali abbiamo posto la seguente domanda: "Secondo lei, per quali problemi le persone si rivolgono ad uno psicoterapeuta?". Le interviste realizzate si collocano nell'area della cosiddetta intervista libera. Proposta una domanda-stimolo, si lascia all'intervistato la possibilità di associare, alle parole chiave della domanda, tutto quello che viene alla mente. La funzione dell'intervistatore è quella di sostenere il processo associativo dell'intervistato, riprendendo, se necessario, le fila del suo discorso, senza interromperlo o indirizzarlo.

Sul testo delle interviste è stata condotta l'Analisi Emozionale del Testo (AET). Per una conoscenza approfondita di questa metodologia di ricerca, rimandiamo a R. Carli e R.M. Paniccia (2002). In questa sede ci proponiamo di fornire alcune informazioni di base, utili a comprendere le ragioni della scelta di questa specifica metodologia, in rapporto all'oggetto di studio della nostra ricerca e ai suoi obiettivi. L'AET consente di conoscere le simbolizzazioni affettive di un contesto, condivise da chi a quel contesto appartiene. Definiamo come cultura locale l'insieme delle simbolizzazioni affettive che caratterizza un contesto e organizza le relazioni al suo interno. La cultura locale di una specifica realtà contestuale può essere comunicata, e dunque conosciuta, attraverso testi parlati o scritti, prodotti da chi condivide quella realtà. L'ipotesi che fonda l'AET è che la cultura locale può essere rintracciata nella co-occorrenza di alcune parole, che con Carli e Paniccia definiamo parole dense, all'interno di specifiche unità di testo, prodotte dalla suddivisione del testo da parte di un programma informatico per l'analisi del testo. Le parole dense sono parole caratterizzate da un massimo di polisemia e da un minimo di ambiguità. Per polisemia si intende il potere evocativo di infiniti significati che una parola assume, se astratta dallo specifico contesto linguistico in cui è inserita. Le ipotesi interpretative sulla cultura locale si costruiscono attraverso l'utilizzo di modelli psicologico clinici della relazione sociale, con i quali viene letta la co-occorrenza delle parole dense. La costruzione di ipotesi interpretative della cultura locale ha come obiettivo l'individuazione, a partire dalle potenzialità espresse dalle dinamiche collusive, di specifici indicatori di sviluppo del contesto studiato.

Per effettuare i passaggi statistici abbiamo utilizzato il programma informatico Alceste (Analyse des Lèxèmes Cooccurrents dans les Enoncés Simples d'un Texte) di Max Reinert. Ci limiteremo ad evidenziare tre fasi dell'analisi. La prima, la più rilevante da un punto di vista del metodo, consiste nell'individuazione, da parte del ricercatore, delle parole dense all'interno dell'intero vocabolario del testo in esame. Solo tali parole vengono trattate nelle successive fasi dell'analisi. La seconda produce cluster di parole dense, che chiamiamo Repertori Culturali (RC). All'interno di ogni cluster, le parole dense vengono ordinate per

valore decrescente di χ^2 . La terza, attraverso l'analisi fattoriale, identifica i fattori capaci di spiegare il rapporto tra RC.

Le caratteristiche del gruppo intervistato.

Del gruppo dei non-clienti sono state prese in considerazione due variabili: sesso ed età. Le due variabili sono state codificate, nell'analisi, quali variabili illustrative. Nelle tabelle che seguono è riportata la distribuzione del gruppo di non-clienti per ciascuna variabile.

Sesso	
Maschi	39
Femmine	39
Totale	78

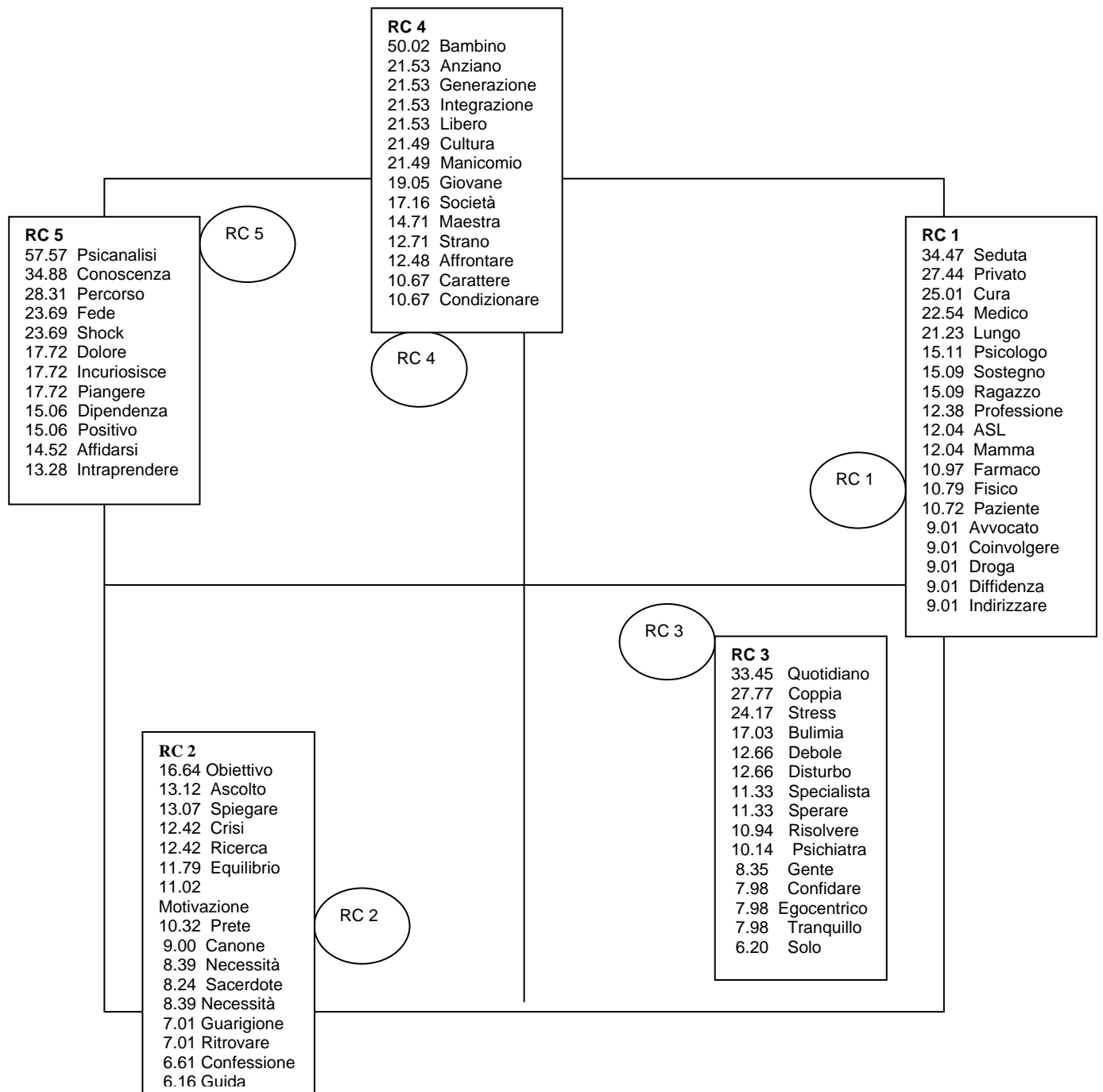
Età	
Inferiore a 30 anni	26
Tra 30 e 50 anni	26
Superiore ai 50 anni	26
Totale	78

L'analisi dei dati non ha mostrato relazioni significative tra variabili illustrative e RC. Come vedremo, ciò significa che siamo in presenza di culture che attraversano l'intero gruppo intervistato.

I risultati dell'analisi. La cultura locale dei non-clienti.

Rappresentiamo attraverso un grafico i risultati dell'analisi. La linea orizzontale rappresenta il primo fattore, la verticale il secondo. I RC 5, 1 e 2 vengono rappresentati in relazione con i poli dei fattori con cui sono in rapporto statistico. I RC 3 e 4 dobbiamo immaginarli su una terza dimensione, essendo in rapporto con il terzo e il quarto fattore, non rappresentabili graficamente.

Grafico 1



	F1	F2	F3	F4
RC 1	.825	.125	.097	.411
RC 2	-.436	-.767	.022	.183
RC 3	.318	-.065	.175	-1.047
RC 4	-.301	.500	-1.353	-.040
RC 5	-.763	.838	.654	.124

Repertorio Culturale 1

Il RC 1 è in relazione con il polo positivo del primo fattore. Analizzando gli incontri di parole dense entro il cluster, rintracceremo il significato emozionale del RC. Il primo incontro di parole dense è tra **seduta** e **privato**. Seduta proviene dal latino *sedere*, stare, riposare, essere collocato. Sedere, metaforicamente, vuol dire svolgere un ufficio, una funzione. Una seduta è anche una riunione, un consesso, un incontro tra persone. Qualcuno si ferma, interrompe lo spostarsi nello spazio e con esso il mutare delle relazioni alle quali partecipa. Prende posizione entro un rapporto. La seduta è lo spazio-tempo, definito, della relazione psicoterapica. Il fermarsi di una coppia, dove le parti assumono reciproche funzioni. Privato, dal latino *privatus*, che come contrario di *publicus* vuol dire non pubblico, separato dalla collettività, proprio di una sola persona. *Privus* è la singola persona mancante di un pubblico ufficio, di un incarico che gli dia responsabilità sulla collettività. Una coppia stabilisce una relazione, impone una sosta alle altre attività, si riunisce entro uno spazio privato, separato da ogni funzione pubblica destinata ad altri che non sia la coppia stessa. Si tratta di una relazione riservata, privata, ma al tempo stesso libera da funzioni che abbiano altri per oggetto. Segue la parola densa **cura**, con la quale comincia a delinearsi la finalità che caratterizza questo spazio riservato. La cura è la vigilanza premurosa e assidua, l'interessamento sollecito che arriva fino all'inquietudine, alla preoccupazione. Al tempo stesso è l'insieme dei rimedi adottati per trattare, guarire una malattia. Si sta parlando di una relazione privata, separata dall'ambito pubblico, nella quale ci si incontra in una sospensione delle solite attività, per occuparsi sollecitamente di qualcosa. La parola successiva è **medico**. Dal greco *medeor*, curare le malattie in base a un sapere. La relazione che si è instaurata, ha un duplice scopo: prendersi cura di qualcosa, di qualcuno in uno spazio riservato, ed eliminare un male. Questo male non si può curare entro le normali attività, entro la collettività: richiede un luogo e una relazione dedicata. La parola successiva è **lungo**, che si estende nel tempo, che richiede molto, forse anche troppo tempo. La cura richiede un tempo lungo. Si prosegue con **psicologo**, che, dopo il medico, rappresenta la seconda figura professionale chiamata in causa. Il riferimento alla psicologia, (da *psiche*, anima e *logos*, discorso) ci porta su un piano diverso dalle patologie organiche; siamo nel campo della mente, dei pensieri, delle fantasie. Ci si prende cura, entro uno spazio riservato e un lungo processo, di qualcosa che ha a che fare con un male, ma anche con la mente. Seguono, con lo stesso valore di χ^2 , **sostegno** e **ragazzo**. Entrambe sembrano far riferimento a qualcuno che deve crescere in autonomia, in importanza. La prima (dal latino *subs*, in alto e *tenere*, tenere, tenere fermo) vuol dire reggere, proteggere, nutrire, mantenere. La seconda, sia che derivi dal greco *rake*, veste lacera, o dal dialettale *ragar*, tosare, fa riferimento ai giovani servi dai capelli rasati e dalla veste lacera. Questo Repertorio Culturale sembra rappresentare la psicoterapia come relazione speciale, protetta, che conforta, che sostiene, che fa crescere. A lungo. Una relazione dove la fantasia di dipendenza da una figura forte e competente, esperta del corpo e della mente, rassicura. Segue la parola **professione**, da *profiteri*, dichiarare pubblicamente, insegnare. Esercitare un'arte nobile, di quelle che si insegnano dalla cattedra. Si ribadisce che la relazione deve essere tutelata da una competenza certificata: colui che deve crescere, essere sostenuto, deve affidarsi a qualcuno che sia adeguatamente autorevole. Segue **ASL**, Azienda Sanitaria Locale, che in Italia rappresenta la sanità pubblica distribuita sul territorio, volta a garantire assistenza e cura al cittadino. Alla relazione privata, con cui il cluster esordisce, si affianca la funzione pubblica; chi deve essere sostenuto e assistito ha

bisogno di uno spazio dedicato, ma chiama in causa anche l'assistenza pubblica. Segue **mamma**. La prima assistenza ricevuta da ciascuno, e nella nostra cultura la figura familiare dedicata all'assistenza e alla cura ben oltre l'età in cui se ne avrebbe bisogno, fino ad arrivare all'epiteto mammoni, per chi dalla mamma non si distacca in età adulta. Seguono **farmaco, fisico, paziente**, che di nuovo portano il cluster verso significati connessi alla cura del corpo e dei suoi mali, e verso la terapia medica. Segue **avvocato**, che invece evoca conflitti entro le relazioni, come pure la relazione è evocata da **coinvolgere**, ovvero implicare in situazioni che comportano rischi o responsabilità. Segue **droga**, una sostanza contenente uno o più principi attivi con azione terapeutica, ma nell'uso comune associata a proprietà stupefacenti, eccitanti, allucinogene e, in sintesi, distruttive della persona. Il farmaco può anche fare del male. Segue **diffidenza**, mancanza di fiducia negli altri per paura o sospetto di venire ingannato. Segue **indirizzare**, dirigere, far andare in un luogo o in una direzione; che può essere evocato come consiglio amico, ma anche come manipolazione. La relazione, nella zona centrale del cluster si presenta come rassicurante e dedicata al paziente, in un'area privata e di sospensione della routine quotidiana. Nella periferica, dopo la comparsa della famiglia e del contesto pubblico attraverso la mamma e l'ASL, compaiono conflitti e pericolosità delle relazioni. Sarebbe che questa cultura si rappresenti la psicoterapia come un'area franca dai conflitti e dalle implicazioni della vita quotidiana e anche per questo curativa, e tuttavia in qualche modo assediata da essa.

In sintesi: in questa cultura si propone la psicoterapia come una relazione tutelata dalla competenza qualificata dello psicoterapista, e dedicata a un cliente che può essere sviluppato e curato entro un ambito protetto dalle implicazioni rischiose e dai conflitti della vita pubblica e familiare. La psicoterapia è una sorta di sosta periodica entro le traversie della vita quotidiana. Una sosta che può punteggiare la vita quotidiana anche molto a lungo, come una parentesi restauratrice che periodicamente ci si concede, entro la quale si può finalmente essere bisognosi di supporto, perché qualcuno te lo darà. La psicoterapia di questo RC non risolve problemi, ma offre un'alternativa confortante, un'occasione di sviluppo e crescita, rispetto a relazioni vissute come imprescindibili ma al tempo stesso problematiche e pericolose. Le figure professionali presenti in questo cluster e associate allo psicoterapista sono in primo luogo lo psicologo e il medico. Psicologo e medico sono così congiunti tra loro e connessi a funzioni di supporto all'individuo nell'aiutarlo a tollerare problemi di relazione non risolvibili, ma dai quali ci si può prendere una pausa. Vedremo che invece lo psichiatra, separato dal medico, sarà associato al circoscrivere, isolare ed espellere problemi di relazione. Nel cluster compare poi l'avvocato, colui che prende parte nei conflitti e difende la causa del proprio cliente. Lo psicoterapista è chiamato a prendersi cura del suo paziente in un contesto protetto, ma anche a difenderlo dai conflitti che altrove gli altri gli pongono. Lo psicoterapista, associato a psicologo, medico e avvocato si prende cura di un individuo circondato da un contesto di relazioni ostili.

Repertorio Culturale 5

Il RC 5 è in rapporto con il polo positivo del secondo fattore, poi con il polo negativo del primo, e infine con il polo positivo del terzo. La prima coppia di parole dense è **psicoanalisi** e **conoscenza**. Il termine psicoanalisi deriva dal greco *psiche*, anima e *analyo*, scompongo. Evoca una questione complessa, da capire scomponendola nei suoi elementi semplici. La psicoanalisi è connessa con l'inconscio, simbolizzato come la parte dell'anima più nascosta e misteriosa. La parola **conoscenza** rimanda all'aver cognizione di qualcosa, essere in grado di praticare qualcosa, conoscere qualcuno. Conoscere è un verbo che esprime la relazione con la realtà, con le persone. La psicoterapia sembra essere simbolizzata come

un processo introspettivo di scomposizione dell'anima, funzionale a gettare luce sulla sua complessità, e insieme come l'apprendimento ad avere una relazione con la realtà, con gli altri. Segue la parola **percorso**, dal latino *per* e *correre*, correre attraverso. È una parola che porta ad una centratura sull'itinerario, piuttosto che sulla meta da raggiungere. Come a dire che è più importante il cammino che il punto di arrivo. Le prime parole del cluster evocano un percorso contrassegnato da intenti di conoscenza della realtà, di analisi della mente, dove ciò che conta è attivare tale processo, più che l'ottenere un risultato finale. Seguono, con lo stesso valore di χ^2 , **fede** e **shock**. La fede è una credenza basata su un'autorità altrui o su una convinzione personale più che su dei riscontri, delle prove. La fede, è ben diversa dall'analisi e dalla conoscenza. La fede, si sa, viene messa in discussione dall'analisi e dalla conoscenza. Quanto allo shock (dall'inglese *to shock*, percuotere) è una reazione organica violenta, indotta da un forte stimolo fisico o psichico. Per estensione, è un violento e improvviso turbamento psichico. Il percorso di conoscenza comporta dei riscontri violenti, traumatici. Le credenze basate sull'altrui autorità o sulle convinzioni senza riscontri, subiscono una crisi. Successivamente troviamo, con lo stesso valore di χ^2 , **dolore**, **piangere** e **incuriosire**. Dolore: *doleo*, sento male; sensazione spiacevole, che affligge. Piangere: *plangere*, percuotere con rumore, dall'atto di battersi in preda a un dolore. Versare lacrime per commozione, per dolore. Lamentarsi per una sofferenza. Incuriosire, da curiosità, a sua volta da *cura*, sollecitudine. Chi è curioso è desideroso di sapere, di conoscere. Anche oltre il lecito: curioso è chi vuole sapere, vedere ogni cosa, violando i limiti. Sembra si parli di una psicoterapia simbolizzata come un viaggio di scoperta e di confronto con parti di sé e con la relazione con lo psicoterapista; un viaggio che comporta sconferte, dolore e tuttavia è sostenuto dalla curiosità. Questo cluster associa la psicoterapia a un'esplorazione dolorosa e al contempo curiosa, che mette in crisi le credenze fideistiche. Segue **dipendenza**: *de pendere*, essere appeso. Dipendere è prendere origine, discendere come conseguenza, essere subalterno, essere in una necessaria relazione. Nel viaggio di scoperta di sé e della realtà, denso di emozioni di sconferta, dolore, curiosità, la relazione tra coloro che viaggiano è intensa, necessaria, connotata anche dalla sofferenza del sentirsi vincolati ad essa. Segue **positivo**, da *ponere*, piantare, porre. Positivo è ciò che è lì, su cui si può far conto. Positivo, quindi, acquista il senso di buono, utile. Segue **affidarsi**, consegnare qualcosa, o se stessi, all'altrui fede. Fidarsi di qualcuno. Sempre di più il viaggio di esplorazione è connesso a un rapporto intenso, fatto di dipendenza, di affidamento, di far conto su qualcuno. Segue **intraprendere**: dare inizio a un lavoro, a un'impresa specie se impegnativa, lunga, rischiosa. Questo rapporto esplorativo, conoscitivo, su cui ci si fonda, a cui ci si affida, è un'impresa in sé e nel contempo permette di intraprendere, di impegnarsi in attività importanti e difficili. In questo repertorio sembra sopravvivere il mito psicoanalitico del viaggio iniziatico all'interno della mente, tramite una sofferenza che premia e rende maturi. Questo, in una sorta di implosione entro di sé, mentre si è affidati a qualcuno da cui si dipende affidabilmente.

In sintesi: in questa cultura si propone la psicoterapia come conoscenza. Non ci sono relazioni problematiche dalle quali porsi al riparo, o da ricondurre all'ortodossia, o dalle quali liberarsi come da un vincolo, o da integrare nelle loro differenze, come vedremo in tutti gli altri RC di questa cultura locale. In questo cluster non appare il contesto di relazioni in cui il cliente della psicoterapia vive, quanto il suo modo interno, entro il quale egli fa un percorso di conoscenza, caratterizzato dal fatto di mettere in discussione, dolorosamente, vecchie fedi e credenze per accedere a nuove, produttive conoscenze. Tutto questo entro una relazione di dipendenza da uno psicoterapista affidabile, su cui si può far conto, che faccia da punto di riferimento in tale percorso. La figura professionale associata a tale cultura è lo psicoanalista, che in tal senso si pone come il promotore della conoscenza di sé, vista come diversa da tutti gli altri interventi psicoterapeutici.

Repertorio Culturale 2

Il Repertorio Culturale 2 si colloca sulla polarità negativa del secondo fattore. Le parole dense centrali nel cluster sono **obiettivo** e **ascoltare**. Obiettivo è ciò che attiene all'oggetto, e non al soggetto; ciò che si basa sui fatti. Esprime una posizione imparziale, è un sistema

ottico che fornisce un'immagine reale di un oggetto. Ma è anche una meta da raggiungere, un bersaglio da colpire. Ascoltare è porgere attentamente l'orecchio, sentire con attenzione. Ma anche prestare ascolto nel senso di dare retta, seguire un indirizzo, un consiglio. Qualcuno persegue un obiettivo, ha una meta. E insieme c'è bisogno di ascoltare qualcuno che parla. Si parla in modo obiettivo, senza la soggettività dei sentimenti e delle emozioni, si parla perché si persegua un obiettivo, si parla perché si ascolti. La parola successiva è **spiegare**. Svolgere, allargare distendendo, rendere chiaro illustrando. Spiegare richiama l'idea di un sapere preconstituito, da manifestare. L'ascolto viene indirizzato, orientato; qualcuno illustra, spiega. Ascoltare e spiegare, insieme, rimandano a una relazione che sembra organizzarsi intorno ad una capacità di parlare e ascoltare obiettivamente, senza emozioni, e a una conoscenza preconstituita, detenuta da qualcuno che la elargisce a un altro. Le due parole successive, con lo stesso valore di χ^2 , sono **crisi** e **ricerca**. La parola crisi rimanda ad un punto di rottura, di separazione. Crisi deriva dal greco *krino*, separo; figurativamente, decido. La crisi è il momento che separa una serie di fenomeni da un'altra, differente. È il cambiamento decisivo, in bene o in male, nel corso di una malattia. La crisi è la sospensione di una regolarità, il presentarsi di un subitaneo mutamento. Quanto al ricercare, è il cercare da capo, di nuovo. Fa riferimento a qualcosa che si è perso, di cui ci si sente mancanti, e che si desidera ottenere. Segue la parola **equilibrio** (dal latino *aequilibrium*, di peso uguale), che specifica lo stadio terminale che ci si aspetta da questo lavoro di ricerca: il ripristino di un'armonia senza oscillazioni e deviazioni da un centro ideale, pacificante. Una crisi determina la ricerca dell'equilibrio perduto; ciò può essere perseguito tramite l'ascolto di qualcuno che spiega obiettivamente ciò che va fatto, in che modo vanno intese le cose. Un equilibrio si è rotto e si desidera ripristinarlo. L'equilibrio interrotto riguarda la perdita dell'obiettivo e dell'obiettività, l'invasione di una soggettività deviante. Segue la parola **motivazione**, da motivo, ciò che induce a muoversi. Si può superare la crisi, recuperare l'equilibrio. L'ascolto induce a muoversi verso l'obiettivo ritrovato. Segue **prete**. Da *presbyter*, il più vecchio. In senso di autorevole, provetto. Quindi gli anziani in grado di guidare la comunità cristiana nei primi secoli dopo Cristo. Successivamente, ministro del culto cattolico. Segue **canone**, dal greco *kanon*, bastone dritto: quindi, figurativamente, regola, modello. Regola religiosa, oppure regola esemplare cui ci si riferisce in relazione a un'arte. Segue **sacerdote**, colui che offre sacrifici al dio, entro una religione politeista come pure ebraica o cristiana. Il RC sembra organizzarsi intorno a una fantasia di psicoterapia rappresentata come un rito che riconduce, al canone e alla regola, una crisi dell'ortodossia. Che reinserisce la persona in crisi entro una comunità guidata da anziani provetti, esemplari, organizzata come una chiesa, un insieme di persone che condividono lo stesso credo, gli stessi principi. Seguono **necessità**, ciò di cui non si può fare senza, bisogno che costringe; **guarigione**, il far tornare sano chi è malato; **ritrovare**, trovare ciò che si era perso; **confessione**, dichiarare apertamente errori e dubbi, mostrando di disapprovarli; **guida**, colui che mostra la via. Se il RC 5 promuove l'esplorazione iniziatica entro di sé, il RC 2 raccomanda che venga ripresa la retta via, nota, ortodossa e sicura, che era stata smarrita.

In sintesi: in questa cultura la psicoterapia è concepita come la riconduzione di un cliente in crisi all'ortodossia, al conformismo, al comportamento canonico controllato dall'autorità. La crisi è lo smarrimento di un senso obiettivo delle cose, senso che non va cercato e pensato, ma recuperato ascoltando e seguendo chi lo conosce, chi sa. La crisi non è una risorsa, ma una deviazione dalla norma. Lo psicoterapista assume la veste di chi ascolta la confessione dell'errore e corregge, consiglia, guida, indirizza. La psicoterapia riconduce il cliente a un contesto conformista di rapporti, organizzato da un'autorità che controlla e regola le relazioni. Lo psicoterapista è una vestale, a sua volta conforme a questa autorità e alle sue indicazioni, di cui si fa portavoce devoto. La figura associata allo psicoterapista è il prete, il sacerdote.

Repertorio Culturale 4

Il RC 4 è in rapporto con la polarità positiva del terzo fattore. Le prime due parole sono **bambino** e **anziano**. Bambino è l'essere umano tra la nascita e l'inizio dell'adolescenza, e

per estensione chi può essere definito immaturo, non sviluppato, ingenuo. Anziano è l'essere umano in età avanzata, all'altro polo della vita. Viene rappresentato l'arco della vita con le sue due polarità di esordio e di conclusione. Al tempo stesso, vengono proposte le due età non produttive, meno autonome. La psicoterapia, sembra esprimere questo Repertorio Culturale, si occupa dei problemi delle persone che sperimentano una posizione di dipendenza, di debolezza, che hanno bisogno di accudimento da parte di qualcuno. Evocando l'intero arco della vita, lo sviluppo umano che va dalla nascita alla morte, si indica una psicoterapia che appoggia un ingresso e accompagna un'uscita. Segue **generazione**. Generare è produrre un proprio simile. La generazione è l'insieme di persone che condividono la stessa età, che appartengono e si riconoscono in una decade (gli anni '60, gli anni '70), a volte in conflitto con altre generazioni. La generazione è pure il periodo di tempo, circa 25 anni, che trascorre mediamente prima che un individuo ne generi altri. Viene evocato l'arco della vita umana, l'ingresso e l'uscita degli individui dai sistemi di convivenza, l'organizzarsi delle generazioni nel loro riprodursi, nel confronto tra loro, nello scorrere del tempo. Segue **integrazione**, dal latino *in tangere*, non toccato, intero. L'integrazione è un'aggiunta che colma una mancanza, un'incompletezza o un'imperfezione. Ma anche un rapporto di stretta collaborazione, di assistenza reciproca. Gli individui uniti e al tempo stesso separati dalle generazioni, dalle età, vanno integrati entro le situazioni di convivenza, aiutati nell'ingresso come nell'uscita entro la vita, entro i processi produttivi. La parola successiva è **libero**. Libero è chi non ha padroni, che può fare a suo senno e a suo piacere. Ci si integra nelle relazioni, ponendo così riparo ai propri limiti di individuo isolato; ma bisogna anche conservare la libertà, non patire la dipendenza. Il RC declina la questione delle relazioni sociali, dei modi in cui essa viene rappresentata come risorsa e come vincolo, e chiama in causa la psicoterapia come intervento sui problemi che essa pone. Seguono le parole **cultura** e **manicomio**, con lo stesso valore di χ^2 . Si può lavorare sulla convivenza per integrare, per mettere insieme, per scambiare. Oppure si può lavorare per portare via il diverso, per isolarlo, perché non sia più una minaccia. Seguono **giovane**, **società**, **maestra**. Maestro è chi conosce approfonditamente una disciplina; la strada maestra è quella a cui fanno capo tutte le vie minori. Si torna sull'inserimento sociale dei giovani, sul loro essere una risorsa per la società, sulla necessità di formarsi, imparare, trovare maestri. Segue **strano** da *extraneus*, che è di un altro peso; quindi inusitato, insolito. Segue **affrontare**, mettersi di fronte, assalire, iniziare a trattare qualcosa di impegnativo. L'estraneità, la diversità, propria e altrui, possono essere combattute come trattate, avvicinate in un confronto impegnativo. Seguono **carattere**, qualità distintiva di qualcosa o qualcuno, tratto particolare, e **condizionare**, influenzare determinando il comportamento. L'individuo può essere condizionato dal contesto di relazioni in cui vive, o avere carattere, difendere e sviluppare propri tratti particolari e distintivi. Il cluster sembra continuare a elaborare il tema dell'adattamento, dell'inserimento dell'individuo entro contesti di convivenza, attraverso l'elaborazione e l'integrazione delle estraneità, delle differenze.

In sintesi: questa cultura si propone come vicina ai RC 2 e 1, e come vedremo anche al 3, sotto il profilo dell'assumere le relazioni come oggetto dell'intervento psicoterapeutico. Ma al tempo stesso è profondamente differente dai RC 3, 2, 1 in quanto si tratta dell'unica cultura che, posta la relazione al centro dell'interesse, non la vede come fonte di conflitto tra individuo e società, come contrastante con gli interessi e con la libertà dell'individuo. Non bisogna liberarsi dalle relazioni o allontanarsi da esse periodicamente, né costringerle entro un violento conformismo che le controlli. Le differenze che attraversano la relazione sono la vita stessa, e come tali non vanno eluse; piuttosto vanno integrate. La psicoterapia è vista come un aiuto ad elaborare i problemi che la relazione pone, soprattutto sotto il profilo dell'integrazione dell'estraneo, di ciò che è diverso. Nei RC 2, 1 e 3 il protagonista è un individuo in conflitto con il suo contesto di relazioni; nel RC 4 protagonista è la relazione stessa. La relazione è il contesto dal quale l'individuo non può scindersi, e il lavoro richiesto alla psicoterapia è di integrazione tra individuo e il suo contesto. In questa cultura non si propone nessuna figura professionale, diversa dallo psicoterapista, alla quale associare quest'ultimo. Né il sacerdote che autorevolmente controlla i rapporti per ricondurli

all'ortodossia, né il medico o lo psicologo che si prendono cura di qualcuno in periodica pausa dai problemi della vita quotidiana, né l'avvocato che lo difende dall'aggressività degli altri, né lo psichiatra che, come vedremo nel prossimo cluster, libera dalle relazioni problematiche. Notiamo che negli altri cluster tutte le figure cui lo psicoterapista viene accostato nell'immaginarne funzione e identità, tranne lo psicologo e lo psichiatra, sono recuperate tra le professioni più antiche. Qui invece insieme all'assenza di queste figure tradizionali compaiono problemi nuovi, inediti, almeno per ciò che concerne l'attesa che una professione si occupi di essi.

Repertorio Culturale 3

Il RC 3 è in rapporto con il polo negativo del quarto fattore. Le prime parole sono **quotidiano** e **coppia**. Quotidiano viene dal latino *quotidie*, ogni giorno. Evoca la familiarità di un'esperienza caratterizzata dalla ripetitività, dalla normalità, e insieme la rilevanza della vita quotidiana, di ciò che ci riguarda ogni giorno. La ripetitività quotidiana, la normalità, sono apparentemente rassicuranti, ma anche mortificanti nella mancanza di novità, di rischio. Coppia, deriva dal latino *copula* che vale legame, congiunzione. La parola viene usata per indicare due elementi della stessa specie, due carte dello stesso valore, due forze di uguale intensità, anche due persone unite tra loro da una stessa attività, un legame affettivo. La quotidianità è caratterizzata dai legami, da ciò che ci tiene insieme, uniti, stretti ad un altro. Segue la parola **stress**, ovvero spinta, pressione, costrizione. Questa parola indica la risposta adattiva dell'organismo alle sollecitazioni dell'ambiente; può essere fisiologica, come avere risvolti patologici. Il linguaggio comune la usa in questa seconda accezione. In questo caso, segnala una risposta disadattiva associata a stimoli troppo pressanti e connessa alle emozioni. Le emozioni vengono scisse dal senso che chi le prova potrebbe dar loro, e viste come risposta, magari "esagerata" e intrinsecamente connessa a reazioni fisiche, a stimoli eccessivamente pressanti. La quotidianità ripetitiva di una coppia, la sua apparente normalità sono sottoposte a stress, la ripetitività diventa costrizione. Segue **bulimia**, dal greco *boulímía*, fame da bue. Il termine esprime un'alterazione del normale senso della fame che conduce allo specifico di una terminologia psichiatrica, divenuta però di uso comune. Il mangiare, gesto quotidiano, diviene voracità spropositata. La coppia, i rapporti, stanno dentro una quotidianità ripetitiva stressante e vuota di senso, che genera una fame avida, distruttiva. Seguono le parole **debole** e **disturbo**, con lo stesso valore di χ^2 . Debole da *dehibilis*, colui che non ha, colui che manca di qualcosa, e che per ciò è di poca forza. Disturbo viene da *dis*, rafforzativo, e *turbare*, scompigliare, creare disordine. Un legame, perso il vissuto rassicurante della ripetitività, è invaso da un vuoto divorante; perde forza, è preso dal disordine, dalla mancanza di senso. Seguono, con lo stesso χ^2 , **specialista** e **speranza**. Specialista è colui che esercita in modo speciale, dedicato, una scienza o un'arte. La parola successiva è **risolvere**, da *solvere*, liberare, sciogliere. Una situazione di stretto rapporto, un legame di coppia sottoposto a stress, a disordine, a un sentimento di vuoto avido, incontra uno specialista che offre speranza e soluzione, che libera, che scioglie il legame costrittivo. Segue **psichiatra**, il medico specialista in patologie mentali. Lo specialista chiamato a risolvere, è un medico attrezzato con le risorse della medicina, farmaci e prescrizioni. Alle sue spalle la sanità pubblica, con i suoi servizi da attivare nel caso in cui la crisi del legame violi le regole della quotidianità normale. La quotidianità ripetitiva, normale, che è alle radici della crisi, è ciò che deve essere ripristinato risolvendo, medicalizzando la crisi. Segue **gente**. La gente dice, la gente pensa. Appare il conformismo che evoca l'opinione degli altri come regolatore della normalità, di ciò che va fatto, dei criteri cui è bene attenersi. Segue **confidare**, avere fiducia, ma anche dire a qualcuno sotto il segno della segretezza. La socialità si scinde. Da un lato una collettività conforme e conformista; dall'altro un legame privato, ove ci si fida e confida. Segue **egocentrico**. Colui che è centrato su di sé. Segue **tranquillo**, senza turbamento, quieto. Siamo all'opposto dello stress con cui il cluster prende inizio. Segue **solo**: non c'è più la coppia, e con essa non c'è più il legame costrittivo. Questo RC sembra configurare i problemi che portano qualcuno in psicoterapia come connessi con la costrizione dei legami, che svuota e rende avidi, che disordina una quotidianità che deve tornare in uno stato idealmente tranquillo, conforme. Sembra che l'esito debba essere risolutorio nel senso di

non cercare un significato del vuoto, dell'avidità, della costrizione, quanto piuttosto di liberarsene. La soluzione consiste nello sciogliere i legami fonte dello stress, con l'aiuto di uno specialista che riporti a una tranquilla centratura su di sé, chi era vincolato dal legame con altri.

In sintesi: in questa cultura la relazione è vissuta come vincolo intollerabile, dove ci si appropria voracemente l'uno dell'altro e al tempo stesso si vive un vuoto insanabile. Sembrerebbe di trovarsi di fronte alla relazione come possesso dell'altro e insieme annientamento di sé e dell'altro entro questa dinamica dell'impadronirsi, del divorare. La relazione è una patologia. Non appaiono né la speranza, né la prospettiva di poter riformulare il rapporto riorganizzandolo su altre premesse. Ci si deve piuttosto rifugiare in un tranquillo egocentrismo, liberandosi dai vincoli e dalla costrizione che la relazione propone. Il professionista associato allo psicoterapista, colui che risolve, scioglie i lacci delle relazioni vincolanti, il chirurgo delle relazioni è lo psichiatra.

Conclusioni. Una sintesi della cultura locale dei non clienti.

Proponiamo un secondo grafico, attraverso il quale sintetizziamo le differenti culture che organizzano lo spazio culturale dei non-clienti della psicoterapia. Ricordiamo che entro il vincolo della rappresentazione bidimensionale, i RC 5, 1 e 2 possono essere rappresentati in relazione ai poli dei fattori con cui sono in rapporto, mentre i RC 3 e 4 vanno immaginati su una terza dimensione, essendo in relazione con i poli del terzo e del quarto fattore.

Grafico 2



Il conoscere come esplorazione iniziatica del proprio mondo interno, RC 5, si contrappone a tutti i RC tranne il 4, che si colloca da solo sul terzo fattore. Se il RC 5 evoca un mondo interno senza rapporto con un contesto, i RC 1, 3 e 2 evidenziano, tutti, differenti culture della relazione; configurando quest'ultima come il problema che è alla radice dell'intervento psicoterapeutico. Una prima contrapposizione si ha, quindi, tra mondo interno, fantasie, emozioni, pensieri dell'individuo da un lato, e contesto dall'altro. Sotto un profilo interpretativo anche il RC 4, che parla di un contesto di convivenza come luogo dell'intervento, si contrappone al 5.

Posta una prima contrapposizione, entro la cultura degli intervistati, tra mondo interno e mondo esterno, vediamo come viene configurato quest'ultimo nei RC che parlano di relazioni entro contesti di convivenza. Si tratta, sempre, di relazioni problematiche, ma se ne parla in modi molto diversi.

Per il RC 1 la psicoterapia difende e protegge, entro uno spazio privato, dalle relazioni pubbliche e familiari, costringitive e vincolanti, che l'assediano. La psicoterapia è una sosta dalla vita quotidiana, protetta e dedicata alla cura di chi si rivolge ad essa; protezione e cura che altrimenti mancherebbero. Sotto questo profilo, essa può anche durare molto a lungo, avendo come scopo principale l'offrire un'alternativa alla difficile quotidianità. Per il RC 3, invece, la psicoterapia non rappresenta una pausa dopo la quale riprendere le relazioni problematiche dalle quali ci si è temporaneamente allontanati, ma deve risolutivamente liberare dalle relazioni, viste come costrizione vincolante, ostacolo all'autonomia. Qui ciò che conta non è il processo ma l'esito conclusivo, rappresentato appunto dallo sciogliersi definitivo delle relazioni costringitive. L'approdo sembrerebbe essere un tranquillo, ideale egocentrismo. Quanto al RC 2, la psicoterapia deve riportare a un corretto conformismo le relazioni disordinate e trasgressive.

Nei RC 1, 3, 2, la differenza tra individui e tra individuo e contesto si rivela fonte di conflitti. Risolti, temporaneamente, con il prendersi delle pause in un luogo protetto; risolti, definitivamente, nel liberarsi dalle relazioni, o nel conformismo. Differente, in modo rilevante, la posizione del RC4. Il RC 4, se da un lato sottolinea le differenze entro la relazione come campo di intervento della psicoterapia, dall'altro pone come suo obiettivo l'integrazione tra di esse.

Abbiamo così due grandi contrapposizioni. In primo luogo tra *mondo interno* da un lato (RC 5), e le *relazioni sociali* dall'altro (RC 1, 3, 2 e 4). In secondo luogo tra *relazioni viste come fonte di problema* da un lato (RC 1, 2 e 3), e *relazioni vissute come risorsa* dall'altro (RC 4), in quanto per quest'ultimo cluster obiettivo della psicoterapia è l'integrazione delle differenze che caratterizzano lo sviluppo della vita e della convivenza.

Vediamo anche che le figure professionali associate alla psicoterapia sono lo psicoanalista, lo psicologo, il medico, il prete, lo psichiatra. Lo psicoanalista è colui che, in una posizione contrapposta a tutti gli altri, si dedica al mondo interno, agli altri, in diversi modi, alle relazioni. Lo psichiatra è colui che risolve, che elimina i problemi, dopo avere istituito una separazione tra questi ultimi e le persone che li vivono. Non a caso il RC 3, il cluster in cui compare lo psichiatra, si contrappone a RC 5, il cluster dello psicoanalista. Le emozioni, viste per altro come separate dalla relazione sociale e tutte vissute entro il rapporto psicoterapeutico, sono la risorsa centrale nel primo caso, mentre sono patologia da eliminare nel secondo caso. Quanto al medico e allo psicologo (notiamo come il medico venga associato allo psicologo e distinto dallo psichiatra) sono coloro che curano, nel senso di mettere al riparo dalle relazioni problematiche. Curare per il RC 1 non è risolvere, ma prendersi cura. Il prete, infine, è colui che spiega e corregge, riporta sulla retta via. Con uno zelo pari a quello attribuito allo psichiatra, elimina le differenze disturbanti, non le considera fonte di informazione. In questo caso c'è lo psicoterapeuta - prete armato di prediche e consigli. Medico e psichiatra sembrano gli psicoterapisti da cui si manderebbero volentieri gli altri, l'amico, il figlio, il genitore che si vorrebbe vedere risolti e corretti. Quanto al RC 3,

quello della psicoterapia come integrazione delle differenze entro i contesti di convivenza, è interessante rilevare che tale funzione non sia associata a nessuna figura professionale specifica; quindi a nessuno stereotipo. In questo caso sembrerebbe emergere in primo luogo una domanda, piuttosto che fantasie associate a stereotipi professionali e a ciò che si suppone che tali professionisti sappiano fare e offrano a chi si rivolge a loro.

Quanto alle variabili sesso ed età, esse non sono risultate in una relazione significativa con nessuno dei cluster prodotti dall'analisi. Ciò significa che siamo in presenza di culture del tutto trasversali nel gruppo intervistato.

Moscovici fa un primo passo nell'indicarci che conoscenza scientifica e senso comune non sono del tutto indipendenti, quando dice che i saperi scientifici subiscono una trasformazione logica e linguistica nel momento in cui entrano a far parte di una cultura⁴. Noi abbiamo preso in considerazione come anche le teorie scientifiche nascano dalle simbolizzazioni emozionali dei ricercatori e dalla loro appartenenza collusiva a contesti di ricerca (Paniccia & Giovagnoli, 2008). In questo senso, indichiamo la presenza di una circolarità tra senso comune, dinamiche collusive e ricerca scientifica. Circolarità che può avvalersi di misure di correzione perché la ricerca non sia solo espressione degli agiti delle dinamiche collusive che la sostengono. Entro l'ambito della psicoterapia, l'assenza di ricerche sulle attese dei clienti e dei non clienti, come sulle attese degli psicoterapisti, ci segnala che le dinamiche emozionali che caratterizzano tali gruppi sono poco esplorate. Crediamo quindi di poter fare l'inferenza che sono poco tenute presenti e poco analizzate le dinamiche collusive che organizzano la relazione tra mandato sociale e ricerca, come quelle che organizzano il rapporto tra domanda e offerta di psicoterapia.

Bibliografia

Bender, D., Farber, B., Sanislow, C., Dyck, I., Geller, J., & Skodol, A.E. (2003). Representations of Therapists by Patients with Personality Disorders. *American Journal of Psychotherapy*, 57 (2), 219-236.

Bragesjö, M., Clinton, D., & Sandell, R. (2004). The credibility of psychodynamic, cognitive and cognitive-behavioural psychotherapy in a randomly selected sample of the general public. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77 (3), 297-307.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (1981). *Psicosociologia delle organizzazioni e delle istituzioni*. Bologna: Il Mulino.

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

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

Carli, R., Paniccia, R. M., Bucci, F., Dolcetti, F., & Giovagnoli, F. (2009). La domanda nei confronti della psicologia e l'immagine dello psicologo nella popolazione toscana. *Psicologia Toscana*, 15 (2), 5-24.

Carli, R., Paniccia, R.M., & Salvatore, S. (2004). *L'immagine dello psicologo in Toscana*. Ordine degli Psicologi della Toscana.

Carli, R., & Salvatore, S. (2001). *L'immagine della psicologia: Una ricerca sulla popolazione del Lazio*. Roma: Kappa.

4 Grasso e Salvatore (1997) riprendono e analizzano il lavoro di Moscovici entro la loro analisi dei processi di reificazione di cui sono oggetto i concetti scientifici, quando questi ultimi diventano oggetto di ciò che loro definiscono gli universi conversazionali, ovvero del senso comune che organizza le relazioni.

Clinton, D.N. (1996). Why do eating disorder patients drop-out? Evaluating the role of patient therapist frames of reference. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 29-35.

Hardy, G.E., Barkham, M., Shapiro, D.A., Reynolds, S., Rees, A., & Stiles, W.B. (1995). Credibility and outcome of cognitive-behavioural and psychodynamic interpersonal psychotherapy. *British Journal of clinical psychology*, 34 (4), 555-569.

Farberman, R. K. (1997). Public attitudes about psychologists and mental health care: Research to guide the American Psychological Association public education. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28, 128-136.

Gabbard, G.O., & Gabbard, K. (1999). *Psychiatry and the cinema* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Giovagnoli, F., Dolcetti, F.R., & Paniccchia, R.M. (2008). Le attese e le valutazioni sulla psicoterapia dal punto di vista degli psicoterapeuti e dei clienti. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3, 334-353. Consultato il 03 marzo 2009 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero3_08/Giovagnoli_Dolcetti_Paniccia.htm

Grasso, M. (2006). Chiodi, unghie e martelli: annotazioni sparse sull'oggi della psicologia clinica. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 3-18. Consultato il 4 marzo 2009 su <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero1/Grasso.htm>

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

Grasso, M., & Stampa, P. (2006). Chi ha slegato Roger Rabbit? Diagnosi psichiatrica e modelli di salute mentale: osservazioni su alcune criticità metodologiche per la ricerca in psicoterapia. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 102-117. Consultato il 4 marzo 2009 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero1/Stampa_Grasso.htm

Grasso, M., & Stampa, P. (2008). ... Siamo proprio sicuri di "non essere più in Kansas"? Metodi quantitativi ed epistemologia della ricerca in psicoterapia: una prospettiva critica. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 127-150. Consultato il 4 maggio 2009 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero1_08/Grasso_Stampa.htm

Gutstadt, M.J. (2002). Public expectations of group psychotherapy. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, Vol 63(5-B), pp. 26-51.

Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401.

Joyce, A.S., & Piper, W.E. (1998). Expectancy, the therapeutic alliance and treatment outcome in short-term individual psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 73 (3), 236-248.

Montesarchio, G., & Margherita, G. (2001). (Eds). *Pretesti di Colloquio bis*. Roma: Scione Editore.

Morrison, L.A., & Shapiro, D.A. (1987). Expectancy and outcome in prescriptive vs exploratory psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 59-60

Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: Presses Universitaires de France.

Paniccia, R.M., & Giovagnoli, F. (2008). Riflettendo sulla resocontazione: La costruzione di significati come prassi di ricerca e intervento. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3, 379-395.

Paniccia, R.M., Giovagnoli, F., & Giuliano, S. (2008). Per una psicologia clinica dello sviluppo: La competenza a costruire contesti come prodotto dell'intervento. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 55-74. Consultato il 4 marzo 2009 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero1_08/Paniccia_Giovagnoli_Giuliano.htm

Pistrang, N., & Barker, C. (1992). Clients' beliefs about psychological problems. *Counselling Psychology Quarterly*, 5, 325-335.

Reimers, T.M., & Wachter, D.P. (1992). Acceptability of behavioural treatments for children: Analog and naturalistic evaluation by parents. *School Psychology Review*, 21, 628-644.

Richardson, P., & Handal, P. (1995). The public's perception of psychotherapy and counseling: Differential views on the effectiveness of psychologists, psychiatrists, and other providers. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, Vol 25(4), pp. 367-385.

Rokke, P.D., Carter, A.S., Rehm, L.P., & Veltum, L.G. (1990). Comparative credibility of current treatment for depression. *Psychotherapy*, 27, 235-242.

Safren, S.A., Heimberg, R.G., & Juster, H.R. (1997). Clients' expectancies and their relationship to pretreatment symptomatology and outcome of cognitive behavioural group treatment for social phobia. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 65 (4), 694-698.

Salvatore, S. (2006). Modelli della conoscenza ed agire psicologico. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2-3, 121-134. Consultati il 5 maggio 2009 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero2_3/Salvatore.htm

Signorielli, N. (1993). *Mass media images and impact on health*. Westport, CT: Greenwood Press.

Wanigaratne, S., & Barker, C. (1995). Clients' preferences for styles of therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 215-222.

Wolff, G., Pathare, S., Craig, T., & Jeff, L. (1996). Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. *The British Journal of Psychiatry*, 168, 191-198.

Modalità collusive del convivere nelle organizzazioni. Un contributo empirico mediante l'analisi emozionale del testo

di Franco Di Maria*, Fabrizio Scrima**

Introduzione

Il presente contributo nasce dalla richiesta d'intervento formativo commissionata da un'azienda di medie-grandi dimensioni che opera sul territorio Siciliano. Una formazione che definiremmo «data» (Carli & Paniccchia, 1999), dal momento che il tema argomentato durante gli incontri è stato definito dal committente ed ha riguardato la qualità delle relazioni e comunicazioni all'interno dei gruppi di lavoro. Se pur non costruito *ad hoc* e temporalmente limitato, questo intervento ci ha permesso di aprire uno spazio di riflessione con i lavoratori, con l'obiettivo di sospendere per un attimo l'agito collusivo che caratterizza il modo di simbolizzare affettivamente le dinamiche relazionali a lavoro dei dipendenti dell'azienda e la possibilità di creare uno spazio in cui era «permesso» riflettere sul perché degli incontri e sul perché di alcuni agiti indici di disfunzioni organizzative.

I partecipanti al corso di formazione sono stati quindi invitati a scrivere un tema generico nel quale ognuno doveva descrivere le proprie relazioni sul posto di lavoro: modalità che ci ha permesso di raccogliere una rilevante quantità di informazioni circa le dinamiche collusive agite nella quotidiana vita lavorativa.

Il lavoro si inserisce all'interno di un complesso sistema di studi orientato all'analisi della «convivenza organizzativa». Avallone e Borgogni (2007) definiscono tale convivenza come una tipologia del vivere insieme che si sperimenta sul luogo di lavoro senza, però, avere la possibilità di scegliere le persone con le quali convivere. Applicare la psicologia allo studio della convivenza significa orientare l'attenzione alle dinamiche relazionali agite all'interno di qualsiasi sistema di appartenenza come la famiglia o un'organizzazione di lavoro (Di Maria, 2000).

Secondo Carli (2000) la convivenza è originata da tre elementi: *i sistemi di appartenenza*, *l'estraneo* e *le regole del gioco*.

I sistemi di appartenenza fanno riferimento alle rappresentazioni simboliche della relazione, fondate sulla simbolizzazione affettiva dell'altro e sulla negazione degli elementi di estraneità. L'*estraneo* corrisponde a tutto ciò che non appartiene ai sistemi simbolici condivisi tra gli attori della relazione e deve essere sempre considerato una risorsa per lo sviluppo delle relazioni sociali. La relazione, inoltre, è sempre funzione delle *regole del gioco* deputate al mantenimento del convivere tra ciò che ci appartiene e non. Le regole del gioco evitano, cioè, che l'apertura fra i primi due elementi possa distruggere l'appartenenza stessa, l'estraneo o entrambi (Carli & Paniccchia, 2002). L'autore individua inoltre possibili fallimenti della convivenza.

Se si negano le regole del gioco, la relazione tra sistema di appartenenza e estraneo è svincolata da qualsiasi norma o regola, il che configurerebbe l'estraneo necessariamente come nemico. Se si nega l'estraneo verrebbe a mancare la convivenza per definizione: le relazioni, infatti, sarebbero autocentrante entro dinamiche familistiche di concezione della convivenza stessa. Per concludere, la negazione del sistema di appartenenza vincolerebbe le regole del gioco sottoforma di norme che eleggono l'estraneità su un piano ideale a condannare chi valorizza il proprio sistema di appartenenza (Carli, 2000).

L'importanza della dimensione relazionale entro le organizzazioni è ampiamente discussa in numerosi contributi che affrontano i temi della cultura e del clima (Schneider, 1990; Quaglini & Mander, 1987; D'Amato & Majer, 2005; Spaltro, 2004, 1977; Carli & Paniccchia, 1999) del benessere e della salute organizzativa (Avallone & Papolomas, 2005; Favretto, 1994; Warr, 1999).

* Professore Ordinario in Psicologia Dinamica – Università degli Studi di Palermo

** Dottorando di Ricerca in Psicologia – Università degli Studi di Palermo

Secondo Kanenlin (2001), le capacità di un'organizzazione di rispondere adeguatamente ai cambiamenti repentini cui l'ambiente sottopone e la capacità di generare prodotti-servizi evoluti e non predefiniti, è determinata in prima istanza dalla qualità delle relazioni interpersonali nelle parti e tra le parti dell'organizzazione.

Ogni organizzazione è caratterizzata da propri stili, culture, valori, atteggiamenti, caratteristiche strutturali, specificità delle attività, ecc.; di conseguenza, risulta opportuno seguire un approccio *grounded* di tipo induttivo (Glaser & Strauss, 1967; Martin & Turner, 1986) caratterizzato dalla raccolta di dati ed informazioni a partire dal "particolare" (le modalità collusive dei dipendenti) per giungere ad una *grounded theory*, ovvero ad una teoria che assume importanza esclusivamente in relazione al contesto di riferimento. In tal senso l'Analisi Emozionale del Testo (Carli & Paniccchia, 2002) risulta il metodo elettivo per la comprensione degli agiti emozionali che quotidianamente influiscono sull'efficacia e sull'efficienza dei gruppi di lavoro.

Obiettivo ed ipotesi

L'obiettivo del presente lavoro è quello di enucleare, mediante la tecnica dell'Analisi Emozionale del Testo, le modalità qualitative di emozionare le dinamiche relazionali sul posto di lavoro da parte di un gruppo di lavoratori che condividono il medesimo contesto. L'ipotesi teorica è che i soggetti, condividendo nel quotidiano le medesime esperienze, possano sviluppare modalità collusive simili del contesto e far emergere repertori culturali che rappresentano il modo di emozionare la convivenza organizzativa. Tale analisi potrebbe inoltre far emergere desideri, bisogni, aspettative non esplicitamente dichiarati durante l'intervento formativo cui sono stati sottoposti i soggetti.

Metodologia

Soggetti

La ricerca è stata condotta con la partecipazione di 88 lavoratori siciliani (23% donne; 77% uomini) di età compresa tra i 22 ed i 64 anni ($M = 41,4$; $SD = 7,95$), afferenti ad un'organizzazione di grandi dimensioni operante nel territorio siciliano. Di questi, 19 soggetti sono strutturati nel ruolo di Assistente Tecnico con mansioni di coordinamento dei gruppi di operai, mentre i restanti 69 lavorano presso gli uffici delle varie sedi con mansioni di tipo amministrativo. Tutti i soggetti sono stati coinvolti a partecipare ad un intervento formativo volto alla riflessione e sviluppo delle modalità relazionali agite all'interno del posto di lavoro.

Strumenti e Procedure

I partecipanti sono stati coinvolti in classi costituite in modo casuale da circa 15 persone di ambo i sessi a cui è stato chiesto di scrivere un tema anonimo descrivendo, in relazione alla personale esperienza del quotidiano, la qualità delle proprie relazioni sul posto di lavoro. Successivamente, i temi sono stati raccolti all'interno di un unico *corpus* testuale con la possibilità di individuare, per ciascun tema, le seguenti variabili illustrative: sesso e ruolo professionale.

L'analisi dei dati è stata effettuata con l'ausilio del software T-LAB (Lancia, 2004) che ha permesso di effettuare sia l'analisi delle *co-occorrenze* che la *cluster analysis*. Nello specifico, dopo aver importato il *corpus*, si è proceduto ad una fase preliminare di preparazione del testo. In prima istanza è stato effettuato un controllo dei poliformi ovvero delle parole multiple.

Questa procedura permette di segnalare al *software* la presenza di insiemi di parole con valenza semantica unica, come ad esempio «Gruppo di lavoro» oppure «Assistente Tecnico».

Successivamente si è proceduto con la disambiguazione delle forme. Spesso in italiano, parole omografe, cioè parole che presentano la medesima struttura grafica, possono assumere significati differenti in relazione al contesto semantico in cui si trovano: ad

esempio la parola *centro* può intendere sia una disposizione spaziale (stare al centro dell'aula) sia il sinonimo di dipartimento (centro di analisi chimiche).

Il passo successivo è stato quello di individuare le forme ed i lemmi. Un lemma definisce un insieme di parole che presentano la medesima radice lessicale e che appartengono alla stessa categoria grammaticale (verbo, soggetto, sostantivo ecc.). Ad esempio la forma «vado» diventa il lemma «andare» nella categoria «verbo», oppure le forme «colleggi» e «colleghe» vengono lemmatizzati in un unico lemma definito «collega» nella categoria «sostantivo».

In alcuni casi è stato inoltre personalizzato il dizionario. Poiché ogni soggetto dispone di un proprio vocabolario che può utilizzare in relazione a personali regole di strutturazione semantica delle frasi, capita sovente di trovare forme differenti con la medesima valenza, come ad esempio «CV» e «*curriculum vitae*» oppure «*recruiting*» e «*selezione*». Questa procedura consiste, pertanto, nel ricondurre forme distinte ad un unico lemma.

Successivamente è stata condotta l'Analisi Emozionale del Testo (Carli & Paniccia, 2002) che ha permesso di enucleare i Repertori Culturali che caratterizzano il modo in cui le persone che condividono un medesimo contesto, simbolizzano le dinamiche emozionali collusive del contesto stesso. In tal senso diventa essenziale il concetto di *parola densa*. Le parole dense sono rappresentate da tutte quelle forme verbali caratterizzate da una elevata polisemia ed una bassa ambiguità. Per ridurre la polisemia è stata effettuata l'analisi delle co-occorrenze tra le parole dense e successivamente una *cluster analysis* che ha permesso di osservare come si organizzano lungo il testo le co-occorrenze di parole dense.

I *cluster* sono stati individuati in relazione a due regole di natura logico/matematica. Ogni *cluster* massimizza la somiglianza fra gli oggetti appartenenti al medesimo *cluster* e massimizza le differenze tra un *cluster* e l'altro. Ciascun *cluster* sarà costituito, quindi, da un insieme di *parole dense* che, con differente intensità in relazione al coefficiente χ^2 , sono associate per valore semantico. L'analisi etimologica effettuata sulle parole dense è avvenuta con l'ausilio del Dizionario etimologico della lingua Italiana (Cortellazzo & Zolli, 1980). Nello specifico, Il T-LAB effettua una clusterizzazione gerarchica con il metodo di Ward. Tali raggruppamenti di lemmi vengono rappresentati su un piano cartesiano (assi X e Y) e associati alle variabili illustrative raccolte durante la somministrazione del compito.

Risultati

L'analisi delle co-occorrenze e l'analisi dei *cluster* hanno enucleato 5 raggruppamenti che spiegano il 100% del *corpus* testuale. La tabella 1, infatti, mostra le coordinate dei *cluster* sui piani fattoriali evidenziandone le relazioni. I *cluster* 1 e 4 sembrano disporsi in modo speculare lungo il primo fattore espresso con l'asse delle X; pari discorso può essere espresso per i *cluster* 5 e 3 che si dispongono lungo l'asse delle Y. Tuttavia, il *cluster* 2 spiega soltanto 5 unità di testo su un totale di 432 pari all'1,16% del *corpus*, pertanto si è ritenuto opportuno non prenderlo in esame per l'individuazione dei repertori culturali e degli spazi fattoriali.

Tab. 1 – Coordinate dei cluster sul piano cartesiano

	Fattore 1 (asse x)	Fattore 2 (asse y)
Cluster 1	0.832	-0.004
Cluster 2	-1.963	1.972
Cluster 3	-0.384	-1.242
Cluster 4	-1.333	0.022
Cluster 5	-0.187	0.928

La figura 1 mostra, invece, la rappresentazione grafica sia dei *cluster* che delle variabili illustrative prese in esame, individuando una capacità discriminante della modalità «Assistente Tecnico» della variabile «ruolo professionale». Sembra infatti che le altre modalità delle variabili illustrative si dispongano in modo non significativo al centro del piano fattoriale.

L'analisi emozionale del testo

Cluster 1

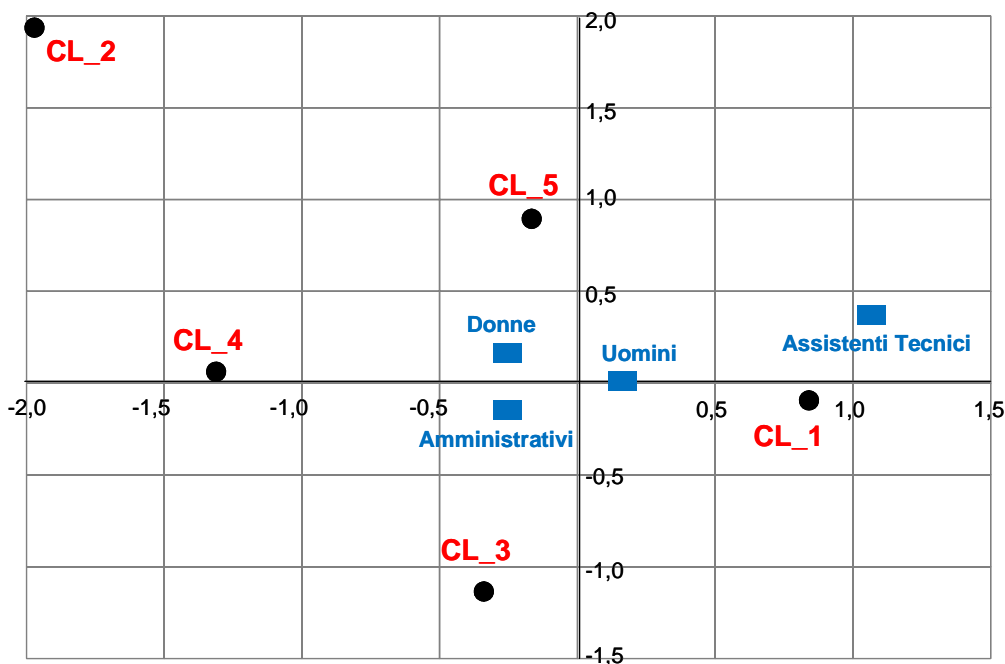
Il *cluster 1* spiega il 36,34% delle unità di testo e si dispone in modo significativo verso il polo positivo dell'asse delle X. Questo cluster sembra appartenere esclusivamente alla categoria professionale degli Assistenti Tecnici (AT) ($\chi^2 = 18,798; p < .05$).

La prima parola densa che emerge in ordine all'indice di associazione χ^2 è il verbo

LAVORARE

Dal latino *laborāre*, è una voce legata all'idea di un lavoro duro e penoso che si ritiene ricavata dal verbo *labāre* ovvero vacillare (sotto un peso). La parola lavorare in Italia non è «tipo esclusivo» poiché stretto dai termini «travagliare» (usato in Liguria, Piemonte e nelle isole) e «faticare» (usato in quasi tutto il meridione).

Fig. 1 - Analisi delle co-occorrenze e la cluster analysis.



«Travagliare» deriva dalla parola latina *tripālium* che indica uno strumento di tortura formato da tre pali, utilizzato per infliggere sofferenze fisiche ai rei. «Faticare» deriva invece dal latino *fatigāre*, che possiede la stessa radice di fatiscente ed è utilizzato per indicare uno sforzo che si sostiene per compiere qualcosa di particolarmente impegnativo per il corpo e per l'intelletto. Per ridurre le polisemia del termine è utile inserire la seconda parola densa che emerge dall'analisi ovvero

LAVORARE ANNI

Dal latino *ānnum* indica un periodo circoscritto di 12 mesi. La sua forma al plurale indicherebbe un processo temporale circolare che si ripete di 12 mesi in 12 mesi. Dalla prima co-occorrenza di queste due parole sembra già delinearci un contesto emozionale caratterizzato da fatica e/o sofferenza che si ripete nel tempo. La terza parola densa chiarisce ulteriormente il concetto.

LAVORARE ANNI OPERAIO

L'operaio sarebbe colui che esplica un'attività manuale alle dipendenze di qualcuno. Dal latino *ōpera* è applicato al lavoro di giornata esteso sia ai campi che all'arte. «Opera» nella sua significazione natia è la *fatīga* di un giorno di un contadino. Questa terza co-occorrenza indica il vissuto emozionale degli AT nel lavoro quotidiano: nello specifico, la significazione natia della parola *opera* rafforza il pensiero emozionato della sofferenza che, già trovato nella parola *lavorare*, sottolinea la qualità «penosa» dell'agito.

LAVORARE ANNI OPERAIO
PARLARE GENTE

Le successive parole dense chiarificano ulteriormente il concetto. Dal latino *parabolāre* deriva da *parābola* che vuol dire parola. Questo verbo ha assunto diversi significati nelle varie epoche, comunicare per mezzo della parola, rivelare notizie riservate o segrete, tenere un discorso o fare una predica, agire o influire sui sentimenti o sulla sensibilità, essere significativo, vivace ed espressivo.

Dal latino *gēns* ovvero gruppo di coloro che riconoscono un capostipite comune, cioè gruppi di famiglie appartenenti allo stesso ceppo, in epoca imperiale le *gēntes* designavano i popoli stranieri e più tardi, per la chiesa, i pagani. Il termine quindi, afferisce al rapporto con l'alterità ed alla distinzione tra il noi e il loro.

L'inserimento delle parole dense «parlare» e «gente» indicherebbero che le dinamiche relazionali tra AT e operai sono fondate su un rapporto verticale definito dall'individuazione degli operai, in un popolo straniero, altro, diverso e dal presunto ruolo degli AT che si configurerebbe come quello di predicare, agire o influire sui sentimenti degli operai. Ma va sottolineata anche l'appartenenza comune del ceppo; in tal senso va ricordato che gli AT sono strutturati, all'interno dell'organigramma aziendale, come operai, ed il passaggio da operaio ad AT avviene per promozione.

LAVORARE ANNI OPERAIO
PARLARE GENTE
PASSARE ASSISTENTE TECNICO

La suddetta relazione appare sancita da un definito momento storico rappresentato dalla parola «Passare», dal latino *passāre* che deriva da *passus* "passo". Significa percorrere il tratto o lo spazio che separa due luoghi andando dall'uno all'altro, avanzare di grado o essere promosso, essere trasferito, allontanarsi o non esserci più. *Passus* deriva a sua volta da *pāndere* ovvero stendere, aprire. Tale passaggio, sembrerebbe vissuto come momento di scissione, gemmando da una matrice comune due gruppi sociali, non più paritari.

LAVORARE ANNI OPERAIO
PARLARE GENTE
PASSARE ASSISTENTE TECNICO
ASPETTARE CONTENTO

A rafforzare tale distinzione, la parola densa «Aspettare» (dal latino *exspectāre*), vuol dire attendere una persona o un evento ed è composta dalla particella *ex* ovvero già, ora, non più. Nella tarda latinità è divenuto prefisso in composti per attribuire il significato di «che ha occupato questa funzione e non la occupa più» e *spectāre* che vuol dire, letteralmente,

guardare. «Guardare», parola di derivazione germanica (*wardōn*) che indica osservare, l'esaminare attentamente, lo stare in guardia ma anche il custodire e il difendere.

«Contenere» dal latino *contēntum* (letteralmente trattenere, contenere certi limiti). Contento è colui che si contiene entro limiti determinati, senza volere di più. A sua volta la parola contenere deriva dalla parola latina *continēre* ovvero tenere con, avere tra le mani o stringere con le mani o con le altre cose.

Le ultime due parole raccontano piuttosto ovviamente, di un agito «ingenuo» del potere all'interno della relazione. Sembrerebbe infatti che gli AT debbano osservare, stare in guardia, custodire ma anche contenere e tenere/stringere tra le mani l'agito ed i sentimenti di un gruppo sociale che non appartiene più al proprio, poiché gruppo eletto al controllo: e che questa incombenza si svolga all'interno di un contesto emozionale fondato sulla sofferenza e la fatica. Una nuova relazione non adeguatamente elaborata tra due entità, ora separate, che *vacilla*, ovvero che sta in bilico e dove lo strumento elettivo, definito nella supervisione distaccata della forza-lavoro, sembrerebbe lasciata a se stessa. Richiamando il modello della convivenza proposto da Carli (2000) sembrerebbe essere in presenza di un fallimento della stessa, che trova origine nel momento in cui alcuni operai vengono promossi ad AT. Carli (2002) infatti ricorda che uno dei possibili fallimenti della convivenza si ha quando si presenta una negazione dell'estraneo: in questo caso la convivenza si trasforma in familismo che, fondato su rappresentazioni stereotipate dei gruppi, si regge sul modello *alto/basso*, ovvero su un potere senza competenza. Noi supponiamo che vi sia anche una fase precedente, riscontrabile nel momento in cui vi è un riconoscimento di qualche forma di estraneità tra i gruppi sociali. Tale promozione, infatti, creerebbe una scissione emozionale tra ciò che si era e ciò che si sarà: un nuovo modello *dentro/fuori* che richiede alte competenze per una gestione del lavoro efficace ed efficiente.

Cluster 4

Lungo il primo asse fattoriale (asse delle x), al *cluster 1* si contrappone il *cluster 4* che spiega il 15,51% del *corpus* (Figura 2) e sembrerebbe non associato ad alcuna modalità delle variabili illustrative prese in esame. La prima parola densa che appare dall'analisi delle co-occorrenze è

CORSO_DI_FORMAZIONE

Si ricorda che i lavoratori sono stati coinvolti dal *management* aziendale a partecipare ad un corso di formazione (CF) sul tema della qualità della comunicazione e delle relazioni sul posto di lavoro. Questa prima parola densa sembrerebbe chiarire subito il soggetto che caratterizza il repertorio culturale preso in esame.

CORSO_DI_FORMAZIONE UMANO

La prima co-occorrenza rafforza la valenza emozionale del soggetto poiché, la parola «Umano» deriva dal latino *humānum* ovvero che concerne l'uomo, che è costituito da uomini: il termine oscilla tra una rappresentazione come limite, che è proprio della natura umana in quanto imperfetta, limitata, contraddittoria, ed una rappresentazione come risorsa, poiché può significare anche affabile ed educato, pieno di umanità, o intensamente espressivo. Per chiarire tale polisemia occorre aggiungere all'analisi la parola «Trascorrere».

CORSO_DI_FORMAZIONE UMANO TRASCORRERE

Dal latino *trascorrere* ovvero correre attraverso, può significare anche percorrere uno spazio, un luogo, scorrere con gli occhi o percorrere con la mente; oppure, passare, consumare, se riferito al tempo; passare ad un altro argomento. In tal senso il CF sembra emozionato come una risorsa, uno spazio mentale in cui è possibile percorrere una strada

alternativa, per scorrere con gli occhi e/o consumare i limiti e i pregi di tutto ciò che l'Umano Aziendale comporta.

CORSO_DI_FORMAZIONE UMANO
TRASCORRERE RITENERE

Con l'incontro della parola «Ritenerere» siamo in presenza di un *break emozionale*. Ritenerere deriva dal latino *retinēre*, ovvero trattenerere indietro. Trattenerere, contenere, arrestare, frenare, reprimere o controllare sono alcuni sinonimi utilizzati nel linguaggio comune: trattenerere parte di una cosa o una somma dovuta, ma anche significare, credere, giudicare e stimare. Per comprendere meglio il termine occorre analizzare i successivi incontri di parole

CORSO_DI_FORMAZIONE UMANO
TRASCORRERE RITENERE RELAZIONI
CONTESTO

Adesso, il nuovo oggetto emozionato, la relazione, ci permette di ridurre la polisemia del termine «Ritenerere». Dal latino *relatiōnem* ovvero: stretto nesso esistente fra due o più concetti, fatti, fenomeni, ognuno dei quali richiama immediatamente e direttamente l'altro. Può anche significare il legame o rapporto esistente tra due o più grandezze, persone, ecc. «Contesto» invece, deriva dal latino *contēxtum* e può indicare qualcosa di intrecciato o tessuto insieme. Esso inoltre appare anche come l'insieme delle idee e dei fatti contenuti in uno scritto che consente di determinare il senso di un brano o di una parola.

CORSO_DI_FORMAZIONE UMANO
TRASCORRERE RITENERE RELAZIONI
CONTESTO PERCORSO RISPECCHIARE
SVILUPPARE

Le parole dense che si succedono all'interno del *cluster 4* sono in ordine: percorso, rispecchiare e sviluppare.

Il termine «Percorso» deriva dal latino *për* (attraverso) e *cŭrrere* (correre) quindi, correre attraverso. Questo termine può voler dire: passato, attraversato in tutta la sua estensione, oppure fare qualcosa nel tempo attraversando tutti i suoi stadi.

«Rispecchiare» invece è formata dalla parola (specchiare) e la particella (ri). Specchiare a sua volta deriva dal latino *spēculum* (superficie che riflette in modo regolare i raggi luminosi): può significare quindi una cosa molto pulita, che riflette, che lascia vedere, oppure esemplare o modello. Lo *spēculum* è, non a caso, uno strumento utilizzato per vedere sul fondo marino in acque poco profonde. La particella *ri* può assumere sia il significato di reiterazione quindi di nuovo o nuovamente, oppure indicare un movimento contrario.

Per concludere, il termine «Sviluppare» è un verbo composto da (viluppo) e il prefisso (s) indicante separazione e allontanamento. Viluppo deriva dal latino *falŭppam*, scarti di paglia minutissimi o ramoscelli minuti, incrociato con un derivato del verbo *volvere* (girare, volgere in giro ecc.) La parola sviluppare vuol dire quindi, sciogliere un viluppo, trattare ampiamente, far progredire o far aumentare, acquistare la forma definitiva, ma anche progredire, evolversi.

L'incontro di queste ultime parole dense permette di definire con chiarezza le funzioni, emozionalmente positive, attribuite al CF.

Nello specifico, questo Repertorio Culturale attribuisce al CF, tutte le potenzialità di un possibile cambiamento. Un cambiamento che, se da un lato non viene espressamente elicitato, dall'altro lato sembra apparire come bisogno implicito e fondante. Grazie infatti alla sua funzione di «specchio», permette di pulire, vedere sul fondo per sciogliere il fantasmatico viluppo che lega la trasformazione attesa.

Dopo aver analizzato i *cluster* che si dispongono sull'asse delle X, passiamo all'analisi dei *cluster* che si dispongono sull'asse delle Y. Rispettivamente, sul polo positivo appare il *cluster* 5 che spiega il 26,39% del corpus, in contrapposizione al *cluster* 3 che spiega il 20,6% del corpus. Entrambi sembrano non appartenere esclusivamente ad alcuna modalità delle variabili prese in esame.

Cluster 5

La prima parola densa che emerge dall'analisi delle co-occorrenze è

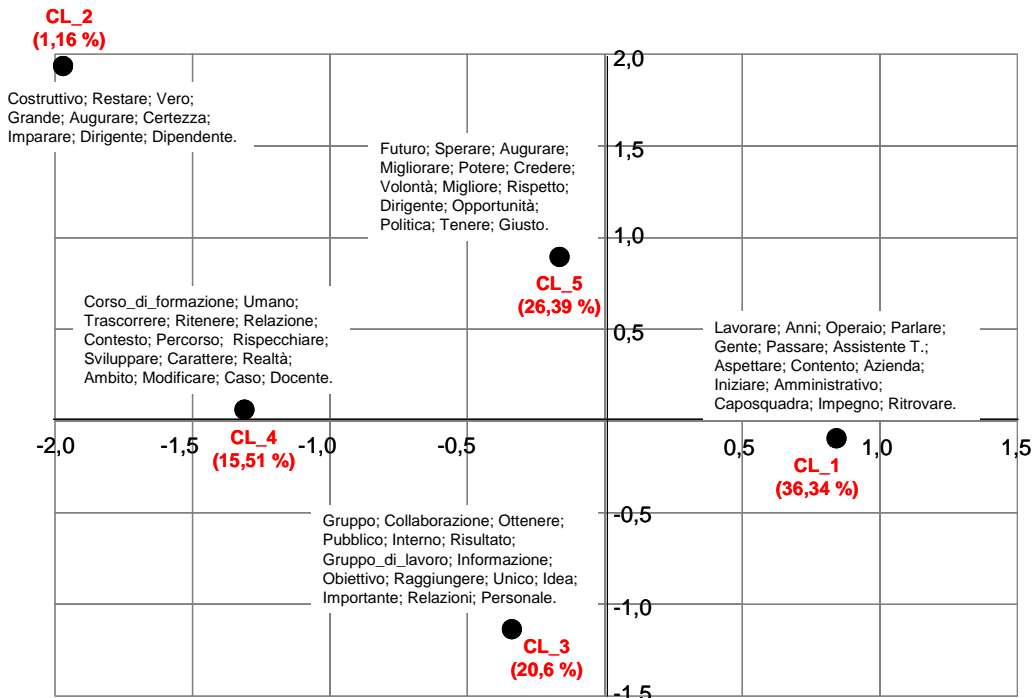
FUTURO

Dal latino *futūrum* (che sarà, che diventerà): il tempo che verrà, indica apertura ed inquadra, sulla dimensione temporale, un cambiamento atteso, l'espressione implicita di un desiderio. La polisemia del termine è ampiamente ridotta dall'incontro delle due successive parole

FUTURO SPERARE AUGURARE

«Sperare» (dal latino *sperāre*, da *spēs / spēi*): aspettare con desiderio e fiducia qualcosa di cui si è certi o ci si augura che deriverà bene, gioia, piacere. Invece, augurare deriva da «augure» (dal latino *āugurem*): sacerdote divinatoro che, presso gli Etruschi ed i Romani, prediceva il futuro attraverso l'osservazione del volo degli uccelli e l'interpretazione dei sogni e dei fenomeni naturali (ovvero colui che dà l'accrescimento, colui che dà i presagi favorevoli; aumentare; trarre auspici).

Fig. 2 – Individuazione delle primarie parole “dense” e percentuale di corpus spiegato.



Dall'incontro di queste tre parole dense sembra emergere chiaramente da un lato, la speranza che in futuro vi sia un cambiamento circa le dinamiche relazionali presenti in azienda e dall'altro, che questo cambiamento non possa avvenire dall'interno ma, similmente all'assunto di base dell'accoppiamento (Bion, 1961), che i bisogni e i problemi nelle relazioni lavorative siano risolti o soddisfatti e appianati da un leader carismatico.

FUTURO SPERARE AUGURARE
MIGLIORARE POTERE

A questo punto dell'analisi dovremmo chiederci come viene affettivamente simbolizzata la figura dell'*augure* da coloro che condividono questo RC. L'incontro delle prossime parole dense ci permetterà di chiarire questo aspetto. «Migliorare» (dalla parola migliore *meliōrem*, comparativo di *bōnum*): buono, utile, vantaggioso, proficuo, comodo, lieto, meno disagiato, ma anche il più stimato di tutti.

«Potere» (dal latino *potēre*, rifatto su *pōtens*): avere la possibilità, la facoltà, il diritto, il permesso; aver forza, vigore, efficacia; avere autorità, importanza; possibilità concreta di fare qualcosa, virtù, potenza, forza, indica per antonomasia l'autorità suprema nell'ambito di una comunità o di uno Stato. Il termine sembrerebbe, inoltre, delineare le caratteristiche del messia come di una persona che deve godere di stima, autoritaria, virtuosa ed efficace. Cominciano così a delinearsi le caratteristiche dell'entità esterna promotore del cambiamento.

FUTURO SPERARE AUGURARE
MIGLIORARE POTERE CREDERE
VOLONTÀ RISPETTO

L'incontro di queste tre nuove parole dense ci permette di concretizzare la figura attesa atta al cambiamento auspicato. «Credere» (dal latino *crēdere*), anticamente significava assaggio dei cibi destinati ad un alto personaggio per dimostrare che non erano avvelenati. Significati attuali sono invece ritenere vero; stimare, giudicare, reputare; ritenere probabile o opportuno; avere fede nella divinità; opinione. *Voluntatem* assume invece il significato astratto di volontà solo nel linguaggio filosofico, dopo essere passato per quello di «buona volontà» e «benevolenza» e di «volontà testamentaria»: facoltà del volere; capacità di decidere ed iniziare una certa azione; atto del volere.

Rafforzativo di quanto già individuato nel repertorio culturale, la parola «Rispetto» (dal latino *respēctum* ovvero «guardarsi indietro» o in senso figurato riguardo, stima, considerazione), indica il sentimento che nasce da stima e considerazione verso persone ritenute superiori, ma anche verso principi o istituzioni. Sentimento che ci trattiene dall'offendere gli altri, ledere i loro diritti o ledere i beni; osservanza o ossequio ad un ordine, una regola.

Si rimanda pertanto, ad una figura aulica, quasi divina, di buona volontà e superiore rispetto, evidentemente, alle risorse interne all'azienda.

FUTURO SPERARE AUGURARE
MIGLIORARE POTERE CREDERE
VOLONTÀ RISPETTO
DIRIGENTE OPPORTUNITÀ POLITICA

Queste ultimi incontri di parole dense riducono ulteriormente le ambiguità nel rapporto dentro/fuori. «Dirigente», infatti deriva dal verbo *dirīrigere* (*rēgere*, condurre e *dis*, di qua e di là). Il verbo dirigere significa quindi volgere verso un punto determinato, guidare, disciplinare attività, enti, persone, andare verso un determinato luogo. Il dirigente, nel nostro caso d'azienda, è colui che collabora con l'imprenditore seguendone le direttive generali.

«Opportunità» deriva dal latino *opportūnum* costituita da *ob* (verso) e *portūnum* (vento che spinge favorevolmente la nave nel porto). Significa: circostanza favorevole, luogo o tempo adatto. Il termine opportuno significa: adatto o conveniente ad un certo momento, situazione, persona o necessità.

Per concludere, «Politico» dal latino *politicum* e dal greco *politikós* (aggettivo di *polítēs*), derivato di *pólis* ovvero città. Politica significa scienze e arte di governare lo stato; ma anche accortezza, astuzia o furberia nell'agire o nel parlare; atteggiamento mantenuto in vista del raggiungimento di determinati fini.

Ecco che, finalmente, si delinea un'ipotesi di provenienza dell'atteso messia dotato di virtù, forza e capacità, atte a creare un cambiamento atteso, che pare concretizzarsi nella figura del politico, ovvero di colui che si occupa della *polis* e degli interessi comuni: il vento in grado di spingere la nave verso il porto.

Cluster 3

Contrapposto al *cluster 5* sull'asse delle Y si posizione il *cluster 3* che spiega il 20,6% del *corpus*. La prima parola densa che emerge dall'analisi delle co-occorrenze è

GRUPPO

Come «gruppo» ovvero viluppo intricato, nodo ingarbugliato (dal latino *crūppam*, che riproduce un germanico *kruppa*): fa riferimento ad un insieme di persone o cose riunite, insieme di oggetti della stessa specie che si possono contare, o insieme di persone unite fra loro da vincoli naturali, da rapporti di interesse, da scopi o idee comuni. In contrapposizione ad un *cluster* che guarda all'esterno per l'auspicato ma implicito cambiamento, questo repertorio culturale sembra rivolto alle dinamiche interne al gruppo di lavoro.

GRUPPO COLLABORAZIONE OTTENERE PUBBLICO

I successivi incontri di parole dense offrono l'opportunità di eliminare la polisemia della parola «gruppo» e chiarire il significato emozionale del repertorio culturale.

«Collaborazione», ovvero atto, effetto del collaborare deriva dal latino *collaborāre* (parola composta da *cum* e *laborare*), lavorare insieme..

Dal latino *obtenēre*, composta da *tenēre* (tenere fermo) e *ob* (a qualcosa) ottenere significa riuscire ad avere qualcosa che si desidera o che si ha diritto; qualcosa da conquistare, ricavare mediante innovazioni apposite. Nel nostro caso essa può indicare il desiderio di ottenere un qualcosa che potrebbe essere simbolizzato con la coesione del gruppo di lavoro.

«Pubblico», dal latino *pūblicum*, significa ciò che concerne, riguarda la collettività, che è di tutti e che tutti conoscono. Sembra, pertanto, emergere un desiderio condiviso dalla collettività, ovvero la possibilità di poter lavorare insieme senza che lo stare insieme ne implichi un vincolo.

GRUPPO COLLABORAZIONE OTTENERE PUBBLICO INTERNO RISULTATO GRUPPO_DI_LAVORO INFORMAZIONE

«Interno» deriva dal latino *intērnūm* e può significare che sta dentro, che si compie o produce effetti dentro una comunità, che riguarda la sfera interiore dell'individuo.

«Risultato» deriva dal verbo latino *resultāre* (composta da *saltāre* e *re* indietro): provenire, derivare come conseguenza, scaturire come conclusione definitiva, da indagini e ricerche rivelarsi, dimostrarsi, riuscire. Risultato può quindi significare derivato come conseguenza, ciò che rappresenta l'esito di cause, operazioni o fatti vari.

L'incontro di queste nuove parole, rafforza ulteriormente il pensiero per cui possano esistere risorse interne al Gruppo_di_lavoro (vedi *gruppo* e *lavoro*) di indirizzare e modellare, come indicato dal termine «Informazione», che deriva da *informare* (composta da *in*, illativo e *formam*, dare forma): può significare modellare secondo una forma, indirizzare secondo certe direttive, ragguagliare; procurarsi notizie; ma anche atto, effetto dell'informare o dell'informarsi.

La polisemia del *dar forma* è ridotta dalle successive parole che emergono dall'analisi

GRUPPO COLLABORAZIONE OTTENERE PUBBLICO INTERNO RISULTATO

GRUPPO_DI_LAVORO INFORMAZIONE OBIETTIVO RAGGIUNGERE UNICO

Emerge nuovamente, una richiesta implicita di cambiamento indicata dall'individuazione di un «Obiettivo» (dal latino *obiectum* ovvero oggetto, participio passato del verbo *obīcere*: gettare, scagliare contro). Obiettivo può significare oggettivo, spassionato, imparziale, scopo di un'azione militare da «Raggiungere», dal latino *adiūgere* (composta dal rafforzativo *ād* e *iūgere* congiungere), può significare arrivare a qualcosa o a qualcuno, arrivare a riunirsi con qualcuno nella corsa, nel cammino, arrivare a cogliere, colpire, toccare qualcosa, conseguire, ottenere.

Per concludere la parola «Unico», dal latino *unicum*, significa che non è preceduto, accompagnato o seguito da nessun altro elemento uguale: sta ad indicare novità, un'azione che non esiste ma si desidera che avvenga.

Conclusioni

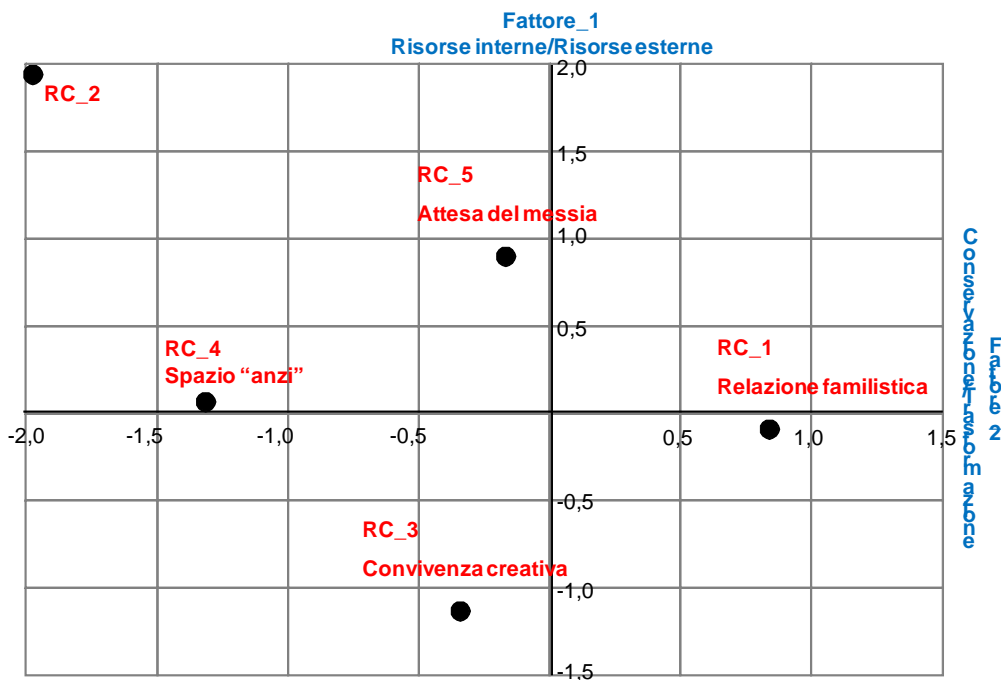
L'Analisi Emozionale del Testo ha fornito l'opportunità di far emergere differenti modi collusivi di

vivere le relazioni, presenti all'interno della stessa organizzazione. In questo lavoro, il termine «collusione» viene utilizzato nell'accezione di Renzo Carli, ovvero, la simbolizzazione affettiva di uno specifico contesto da parte di coloro che a questo contesto partecipano (Carli, Paniccia, 2002). Appare pertanto utile soffermarsi sulle potenzialità di questo strumento nel tracciare delle linee guida, potenzialmente adatte ad orientare l'azione formativa verso tematiche sensibili alla promozione del benessere individuale, di gruppo ed organizzativo.

In conformità a quanto emerso dall'analisi emozionale del testo sopraccitata si è proceduto all'identificazione dei repertori culturali e dello spazio culturale (Carli, *et al.*, 2008) espresso dall'incontro dei fattori. Tale compito è apparso notevolmente facile nella misura in cui 4 dei 5 *cluster* si dispongono lungo i due fattori del piano cartesiano.

Come mostrato dalla figura 3 sull'asse delle X si dispongono il primo repertorio culturale (RC) denominato «Relazione Familistica» in contrapposizione al quarto RC denominato «Spazio anzi» (Carli & Paniccia, 1984). Il primo RC racconta una modalità collusiva caratterizzata da una scissione, determinata dal *managment*, di un piccolo gruppo di operai che assumono il ruolo di Assistenti. Tale promozione avviene, tuttavia, in modo ingenuo, e tende pertanto a determinare modalità relazionali di tipo familistico/conservativo, caratterizzate da una chiusura nei confronti del sociale e da un'assenza di riconoscimento di istituzioni «altre» atte a creare un pensiero trasformativo (Hoffmann, Lorito, Di Stefano, Falgares & Di Maria, 2007). Tutto sembra ruotare all'interno di una matrice satura di stampo conservativo.

Fig. 3 – Individuazione dei repertori culturali e degli spazi fattoriali.



A tale RC si contrappone il quarto *cluster* denominato «Spazio anzi».

Qui, invece sembra possibile pensare ad uno spazio promotore di cambiamento in cui, un'azione trasformativa, nello specifico rappresentata dall'intervento di risorse esterne e simbolizzato dal Corso di Formazione, può fornire l'opportunità di rispecchiare e sviluppare le componenti «umane» della vita lavorativa. In tal senso sembrerebbe presente una simbolizzazione affettiva condivisa circa un luogo trasformativo - quello del Corso di Formazione - che, inteso come uno *spazio anzi* (Carli & Paniccia, 1984), permetterebbe la sospensione dell'agito e la riflessione sull'intreccio organizzativo per delineare il senso nelle relazioni.

Sull'asse delle Y si dispone il quinto *cluster* denominato «Attesa del Messia», in contrapposizione al terzo *cluster*, che abbiamo denominato «Convivenza creativa». Lungo l'asse fattoriale sembra apparire una richiesta implicita di cambiamento, un cambiamento emozionato sia dall'individuazione di risorse esterne sia dall'individuazione di una matrice interna promotrice di cambiamento. Il quinto RC infatti, proietta il cambiamento nel futuro. L'attesa dell'arrivo di un messia, inteso come risorsa esterna all'azienda, dotato di potere e carisma, ci rimanda inevitabilmente alla cultura assistenzialista presente nel meridione d'Italia. Mancherebbe, in questo RC, la consapevolezza di risorse interne atte al cambiamento in tema di convivenza organizzativa o più in generale in tema di convivenza sociale. Il richiamo al livello "politico-ambientale" del transpersonale (Di Maria & Lavanco, 1991), ci permette di definire un nuovo modo di leggere il sociale e la *polis*. Si ricorda pertanto che in questo RC è anche presente la parola densa «Politico», quasi a voler definire il messia atteso in un'ottica di azione politica, che da un punto di vista psicosociodinamico è intesa come rappresentazione mentale di un desiderio implicito da soddisfare o di un obiettivo da raggiungere (Di Maria, 2000), un'attività culturale tesa alla trasformazione dell'ambiente (Fiore, 2000).

Per concludere, il terzo *cluster* si contrappone semanticamente al precedente RC ribaltando l'idea di orientare l'attenzione verso l'esterno e cercando di riflettere sulle potenzialità dei gruppi interni, che sembra aver sviluppato coscienza di classe e la convinzione che un cambiamento sia possibile se parte dall'interno. Sembra inoltre presente la possibilità di pensare ad una coesione interna ai gruppi di lavoro. Come sostiene Argyle (1972) la coesione ha un effetto positivo sull'efficienza soprattutto quando il compito affidato al gruppo

richiede cooperazione e interazione sociale. Poiché l'obiettivo implicito individuato è proprio la qualità delle relazioni aziendali e quindi la convivenza, essa sembra riconosciuta come strumento elettivo di cambiamento. Inoltre, la parola densa «Unico» ci rimanda, in qualche modo, all'assenza di norme. Il termine unico viene pertanto simbolizzato all'interno di questo RC come novità, qualcosa che non è previsto, quindi dalle norme aziendali definite da Bertani e Manetti (2007) come le aspettative condivise rispetto al comportamento dei membri del gruppo, elementi che stabiliscono i limiti di azione di ciascun componente e consentono la regolazione delle relazioni interne facilitando così il raggiungimento degli obiettivi comuni. Qui sembra, pertanto possibile un cambiamento nelle relazioni, e quindi una convivenza creativa, solo a patto di superare i vincoli e le restrizioni dettate dalle norme aziendali che regolano le dinamiche interne all'organizzazione.

Va ricordato che il gruppo di lavoro all'interno di una organizzazione è uno spazio fisico e mentale in cui ogni membro incontra altri colleghi attorno ad un compito o ad un obiettivo da raggiungere (Kaneklin, 2001). Le due dimensioni che lo caratterizzano (relazione ed orientamento al compito) (Rousseau, Aubè & Savie, 2005) non sono antitetiche ma, sempre secondo Kaneklin, indissolubilmente correlate sia al conseguimento di obiettivi comuni materiali, sia ai bisogni delle persone che nella relazione sociale cercano soddisfacimento e alle dinamiche più o meno consapevoli che ne scaturiscono. Una dato rilevante che è emerso dalla nostra analisi è rappresentato dalla presenza di una cultura locale tipica degli Assistenti tecnici. Potremmo definirla una subcultura scissa dal resto delle reti culturali-relazionali presenti nel contesto organizzativo.

Potremmo dedurre che in tale subcultura, la socialità, e quindi, la pseudo-convivenza vengono pensate come controllo repressivo ed autoritario con lo scopo di evitare che le differenze divengano molecolarizzazioni dei nuovi ruoli organizzativi acquisiti (Di Maria, 2000).

Avallone e Borgogni (2007), sostengono che la convivenza organizzativa sia in crisi e, in termini di legami sociali ed organizzativi si stia creando incertezza e smarrimento. Questo potrebbe indurci a riflessioni multiple sugli effetti nel campo della sofferenza ed insofferenza lavorativa. Appare pertanto di particolare importanza rivolgere l'attenzione verso le culture locali che sottostanno alle dinamiche di convivenza che, lette in un'ottica psicosociale, possono fornire risposte esaustive al cambiamento.

Partendo dal modello di Lewin (1935; trad. it. 1965) dello «spazio di vita» e nello specifico dall'interdipendenza tra comportamento individuale e contesto sociale, sembra centrale il ruolo di una psicologia della convivenza in grado di far emergere come tale interdipendenza si costituisce, si evolve e cosa determina per poter intervenire con dei cambiamenti efficaci (Di Maria, 2000).

Volendo ampliare tale lettura in chiave gruppoanalitica, la *polis*, intesa come mente politica che costituisce per successive organizzazioni e declinazioni delle osservazioni sulle relazioni intersoggettive, può essere, a nostro avviso, enucleata mediante la tecnica dell'Analisi Emozionale del Testo, una *polis* circoscritta, ovviamente, ad una matrice ben definita, che è quella del gruppo/organizzazione di lavoro ove, tuttavia convergono le matrici relazionali familiari di ciascun individuo che vi partecipa mediante i personali agiti e che ne influenza inevitabilmente il benessere soggettivo. In tal senso, Di Maria e collaboratori (1998) hanno orientato i propri studi verso l'enucleazione di possibili indicatori rappresentativi della qualità della vita. Il gruppo di lavoro, successivamente ha evidenziato come i soggetti tendano a rappresentare il proprio sentimento di benessere primariamente attraverso costrutti centrati sulla relazione. Il meta-modello proposto dagli autori prevede, pertanto, le seguenti aree: *percezione sociale, senso di sé integrato e relazionale, relazione s/oggettuale* (Mannino, Falgares & Di Maria, 2002).

A margine di tali riflessioni, all'interno di un intervento formativo «dato», come quello che ha permesso il presente lavoro di ricerca, è possibile mostrare come, in assenza della possibilità di effettuare una robusta analisi della domanda (Carli & Panizza, 2003), lo psicologo può utilizzare i primi momenti dell'intervento per ricondurre, se pur in parte, il «dato» al «costruito» mediante la raccolta di informazioni essenziali – vedi le culture locali e gli spazi fattoriali emersi - che orientati da una teoria della tecnica coerente, possono condurre il professionista a disegnare un intervento fondatore di cambiamento con l'obiettivo

di promuovere benessere individuale, di gruppo ed organizzativo. Questa fase, infatti, garantirebbe successivamente l'opportunità di individuare gli indicatori di sviluppo organizzativo (ISO) (Carli, Paniccia & Giovagnoli, 2008), per enucleare i processi psicodinamici e sociodinamici che l'analisi evidenzia e che stanno alla base dei fallimenti della convivenza organizzativa e di ricongiungere l'intervento formativo verso bisogni reali non emersi durante la domanda d'intervento del committente.

Bibliografia

- Argyle, M. (1972). *The Social Psychology of Work*. Harmondsworth: Penguin.
- Avallone, F. & Borgogni, L. (2007). Convivenza ed efficacia nelle organizzazioni. *Rassegna di Psicologia*. Quaderno speciale, 1, 5-7.
- Avallone, F., & Papolomas, A. (2003). *Salute organizzativa nei contesti lavorativi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bertani, B., & Manetti, M. (2007). *Psicologia dei gruppi. Teoria, contesti e metodologie d'intervento*. Milano: FrancoAngeli.
- Bion, W.R. (1961). *Esperienze nei gruppi*. Tr. it: Roma: Armando, 1971.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (1984). Per una teoria del cambiamento sociale: spazio "anzi". In: G. Lo Verso & G. Venza, (Eds.). *Cultura e tecniche di gruppo nel lavoro clinico e sociale in psicologia*. Roma: Bulzoni.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (1999). *Psicologia della formazione*. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2002). *L'Analisi Emozionale del Testo*. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003). *L'analisi della domanda: Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R. (2000). Introduzione. In: F. Di Maria, (Eds.). *Psicologia della convivenza. Soggettività e socialità*. Milano: Franco Angeli.
- Carli, R., Paniccia, R.M., & Giovagnoli, F. (2008). Cultura locale: definizione e note metodologiche di rilevazione. In: S. Di Nuovo & G. Falgares, (Eds.). *Per una psicologia psicologica. Scritti in onore di Franco Di Maria* (pp. 39-67). Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., Paniccia, R.M., Di Ninni, A., Scala, V., Pagano, P., Giovagnoli, F., Bucci, F., Dolcetti, F., Bagnato, S., Sesto, C., Terenzi, V. & Bonavita, V. (2008). La Cultura Locale dei Centri di Salute Mentale (CSM) in Italia. *Rivista di Psicologia Clinica Supplemento*, (3), 1-60.
- Cortellazzo, M., & Zolli, P. (1980). *Dizionario etimologico della lingua Italiana*. Bologna: Zanichelli.
- Di Maria, F., & Lavanco, G. (1991). Organizzazione interna, esterna: il modello interpretativo gruppo-analitico, *Psicologia e società*, 16: 1-3.
- Di Maria, F. (Eds) (2000). *Psicologia della convivenza. Soggettività e socialità*. Milano: FrancoAngeli.
- Di Maria, F., Falgares, G., & Di Stefano, G. (Eds.) (2007). *Psiche e società: la polis siciliana tra conservazione e trasformazione*. Milano: FrancoAngeli.
- Di Maria, F., Mannino, G., Murana, A., & Piazza, A. (1998). Benessere, Pregiudizio, Polis. *Psicologia Italiana*, 26-34.
- Favretto, G. (1994). *Lo stress nelle organizzazioni*. Bologna: Il Mulino.

- Fiore, I. (2000). Materiali psicodinamici per un pensiero sulla politica come programma naturale. In F. Di Maria (Eds.), *Psicologia della convivenza. Soggettività e socialità*, (pp. 51-83) Milano: FrancoAngeli.
- Glaser, B.G., & Strauss, A.L. (1967). *The discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine Publishing Company.
- Hoffmann, H., Lorito, L., Di Stefano, G., Falgares G., & Di Maria F. (2007). Il ruolo della dimensione ideologico-familiare e della collocazione valoriale nella rappresentazione e percezione del fenomeno mafioso in un gruppo di militanti politici. In: F. Di Maria, G. Falgares, & G. Di Stefano, (Eds.). *Psiche e società: la polis siciliana tra conservazione e trasformazione*. Milano: FrancoAngeli.
- Kaneklin, C. (2001). Lavorare in gruppo oggi. *Spunti. Semestrale per la ricerca e l'azione nelle organizzazioni*. 4, 1-24.
- Lancia, F. (2004). *Strumenti per l'analisi dei testi. Introduzione all'uso di T-LAB*, Milano: FrancoAngeli.
- Lewin, K. (1935). *A dynamic theory of personality*. New York: McGraw-Hill Trad. it. (1965). *Teoria dinamica della personalità*. Firenze: Giunti e Barbera.
- Majer, V., & D'Amato, A. (2005). *Il clima organizzativo. Ricerche e interventi*. Milano: Cortina.
- Mannino, G., Falgares, G., & Di Maria, F. (2002). Oltre il principio del piacere: I processi per la costruzione del benessere individuale e sociale a partire dal modello ermeneutico delle relazioni s/oggettuali. In F. Di Maria, (Eds.). *Psicologia del benessere sociale*. Milano: Mc Graw Hill.
- Martin, P.Y., & Turner, B.A. (1986). Grounded theory and organizational research. *Journal of Applied Behavioral Science*, 22(2), 141-157.
- Matte Blanco, I. (1975). *L'inconscio come insiemi infiniti. Saggio sulla Bi-Logica*. Tr. It. Torino: Einaudi (1981).
- Quaglino, G.P., & Mander, M. (1987). *I climi organizzativi*. Bologna: Il Mulino.
- Rousseau, V., Aubè, C., & Savoie A. (2005). Le fonctionnement interne des équipes de travail: développement d'un mesure. In: A. Battistelli, M. Depolo & F. Fraccaroli (Eds.). *La qualità de la vie au travail dans les années 2000*. AIPTLF. (pp. 408-417). Bologna: CLUEB.
- Schneider, B. (1990). *Organizational Climate and Culture*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Spaltro, E. (1977). *Il Check-Up Organizzativo*. Milano: Etas.
- Spaltro, E. (2004). *Il clima lavorativo. Manuale di meteorologia organizzativa*. Milano: FrancoAngeli.
- Warr, P. (1999). Well-being and the workplace. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwartz, (Eds.). *Well-being: The foundations of Hedonic psychology*, (pp. 392-412). New York: Russell Sage.

Relazioni interpersonali, stati emotivi e autostima in soggetti obesi *binge eaters*.

di Gianluca Lo Coco*, Laura Salerno*, Salvatore Gullo*, Lia Iaconelli**

Introduzione

I criteri diagnostici del *Binge eating disorder* (BED) sono stati inclusi nel DSM-IV (APA, 1994) in via sperimentale, considerando il BED come un disturbo da approfondire ulteriormente a livello diagnostico. Il BED si caratterizza per la presenza di ricorrenti episodi di abbuffate compulsive, accompagnate da un senso di perdita di controllo e senza utilizzo di condotte compensatorie inappropriate (APA, 2000). Diversi studi clinici hanno mostrato che tra il 23 ed il 46 % dei soggetti obesi presentano anche sintomi di *binge eating* (Spitzer *et al.*, 1993; Yanovsky, 1999; Ricca *et al.*, 2000), mentre nell'intera comunità la presenza di tali episodi risulta molto più bassa (range: 1,8-4,6%) (Stunkard, Berkowitz, Tanrikut, Reiss & Young, 1996). Nonostante si sia dimostrato che l'utilizzo di una rigorosa metodologia di indagine diagnostica faccia diminuire la prevalenza del BED nei soggetti obesi, è indubbio che questi ultimi mostrino un malessere psicologico legato al BED, associazione che si è riscontrata soprattutto nei casi di obesità grave (BMI > 40; de Zwaan, 2001) ed in quelli sottoposti ad interventi di chirurgia bariatrica (Hsu *et al.*, 2002).

Inoltre varie ricerche hanno evidenziato che soggetti obesi che si descrivono come *binge eaters* mostrano una maggiore comorbidità con vari disturbi psicopatologici rispetto a quelli che non si identificano come BED (National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity, 2000). La presenza di una maggiore comorbidità psichiatrica di soggetti obesi BED rispetto a obesi non BED è documentata ormai da diversi lavori (Grilo, 2002; Yanovski, 1999). Comportamenti *binge* sembrano associati a più frequenti fluttuazioni di peso (Spitzer *et al.*, 1993), a minore autostima, ad una maggiore sofferenza psicologica e a disturbi psichiatrici in Asse I (Allison *et al.*, 2005; Bulik *et al.*, 2002; Grucza *et al.*, 2007) e in Asse II (Yanovski *et al.*, 1993; Marcus, 1995; Masheb & Grilo, 2006). È stato inoltre dimostrato che la presenza di condotte *binge* incida in maniera negativa sulla qualità di vita (de Zwaan *et al.*, 2002). L'influenza e la pervasività del BED in soggetti obesi è stata indagata anche in campioni italiani (Ramacciotti *et al.*, 2000).

Rimane ancora da indagare se l'alto tasso di problemi psicologici e psichiatrici riscontrati nei soggetti obesi che richiedono un trattamento sia da associare maggiormente alla presenza di un BED piuttosto che al livello di obesità. Alcuni studi supportano l'ipotesi che la maggiore prevalenza di comorbidità psichiatrica nei soggetti obesi BED sia spiegata più dalla severità del BED che non dal livello di obesità (Telch & Agras, 1994; Wilfley *et al.*, 2000). È stato inoltre mostrato che soggetti obesi che presentano anche una diagnosi di BED facciano maggiore richiesta di interventi psicoterapeutici o di counseling psicologico (Yanovski *et al.*, 1993; Ramacciotti *et al.*, 2008).

Infine, va sottolineato che relativamente al profilo personale (impulsività, dipendenza, ricerca di novità) non sembra esserci ancora evidenza di una differenza tra obesi BED e non BED (Davis *et al.*, 2008).

L'obiettivo del presente studio è di verificare se soggetti obesi con comportamenti *binge* differiscano significativamente da quelli non *binge* in termini di relazioni interpersonali, autostima, qualità della vita e stati emotivi.

* Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi, Palermo.

** Centro Disturbi Comportamento Alimentari, AUSL 6, Palermo.

Materiale e Metodi

Partecipanti

Il campione comprende 221 pazienti obesi consecutivi di età compresa tra 13 e 79 anni ($M = 43,57$; $sd = 15,36$), di cui 54 maschi e 167 femmine. I partecipanti, con $BMI > 25$ ($M = 34,49$; $sd = 6,90$; range 25,10 – 62,60), sono stati reclutati presso l'Ambulatorio per i DCA dell'Ospedale V. Cervello ed il Centro Disturbi Alimentari (CeDiAl) della AUSL 6 di Palermo. Due psicologi afferenti a queste strutture hanno svolto l'assessment psicologico previsto dalla ricerca dopo avere ottenuto il consenso informato dai pazienti.

Strumenti

- *Obesity Related Well-Being (O.R.WELL)* (Mannucci *et al.*, 1999), volto ad indagare la qualità di vita in soggetti obesi, sia rispetto all'intensità (*occurrence*) che alla rilevanza (*relevance*) soggettiva del *distress* connesso all'obesità. Tale strumento è costituito da 18 items, suddivisi in due fattori, il primo dei quali misura le problematiche psicosociali (stato psicologico e adattamento sociale) ed il secondo quelle di carattere fisico (sintomi ed indebolimento). Punteggi elevati indicano una bassa qualità di vita. Nel nostro studio, la consistenza interna dello strumento (alpha di Cronbach) si è rilevata soddisfacente (range: .654 - .794).

- *Binge Eating Scale (BES)* (Gormally *et al.*, 1982); questionario *self-report* finalizzato ad identificare i comportamenti, le sensazioni e gli aspetti cognitivi associati alle abbuffate compulsive; è composto da 16 items a risposta multipla, con un punteggio finale che varia da 0 a 46. Punteggi elevati indicano una maggiore gravità di tali comportamenti; in particolare, punteggi uguali o inferiori a 17 indicano l'assenza di comportamenti *binge*, punteggi compresi tra 18 e 26 identificano un livello moderato di comportamenti *binge*, punteggi uguali o superiori a 27 segnalano maggiore gravità del disturbo. Nel nostro studio, la consistenza interna dello strumento si è rilevata soddisfacente (alpha = .741).

- *Profile of Mood States (POMS)* (McNair *et al.*, 1971), finalizzato ad individuare gli stati affettivi disfunzionali. È un questionario *self-report*, costituito da 58 items che identificano sei fattori: *tensione-ansia* (fattore T), *depressione-avvilimento* (fattore D), *aggressività-rabbia* (fattore A), *vigore-attività* (fattore V), *stanchezza-indolenza* (fattore S) e *confusione-sconcerto* (fattore C). Nel nostro studio, la consistenza interna dello strumento si è rilevata soddisfacente (range: .693 - .964).

- *Rosenberg Self-Esteem Scale* (Rosenberg, 1979); è una scala di dieci items che misura il livello di autostima personale; punteggi elevati indicano una maggiore valutazione di sé. Lo strumento ha mostrato una buona coerenza interna: alpha = .874.

- *Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32)* (Horowitz *et al.*, 2000); è uno strumento *self-report*, di 32 item, che identifica la presenza di difficoltà interpersonali. Consente di descrivere i comportamenti interpersonali in base a due dimensioni: 1) *affiliazione*, che varia da comportamenti ostili a comportamenti amichevoli; e 2) *dominanza*, che varia da comportamenti sottomessi a comportamenti di controllo o dominanti. Vengono identificate otto diverse scale: *Dominante/Controllante*, *Vendicativo/Centrato su di sé*, *Freddo/Distante*, *Socialmente inibito*, *Anassertivo*, *Eccessivamente Accomodante*, *Protettivo/Che sacrifica se stesso*, e *Invadente/Bisognoso*. La consistenza interna dello strumento si è rilevata soddisfacente (range: .657 - .871).

- *Body Influence Assessment Inventory (BIAI)* (Osman *et al.*, 2006); è uno strumento *self-report* costituito da 28 item, che rileva quattro dimensioni specifiche relative all'esperienza corporea, con particolare riferimento ai disturbi del comportamento alimentare: 1) *sentimenti negativi* e 2) *sentimenti positivi riguardo il proprio aspetto fisico* (dimensione protettiva), 3) *idee connesse al suicidio* e 4) *comportamenti finalizzati alla riduzione del peso*. La consistenza interna dello strumento si è rilevata soddisfacente (range: .599 - .687).

Analisi statistiche

Ai fini della ricerca, il gruppo dei partecipanti è stato diviso in obesi *binge eaters* (N= 63) e obesi *non binge* (N= 158), tramite il punteggio *cut-off* della *BES* (27). Per verificare le ipotesi dello studio, sono state utilizzate le seguenti analisi statistiche: analisi delle correlazioni (r di Pearson) tra i punteggi delle diverse scale utilizzate nello studio e confronto tra gruppi indipendenti tramite test t di Student.

Risultati

Nella *Tabella 1* sono riportate medie, deviazioni standard e differenze tra i due gruppi rispetto agli strumenti utilizzati. Tali risultati mostrano che soggetti obesi che mettono in atto comportamenti *binge*, rispetto a quelli che non lo fanno, presentano un significativo peggioramento della qualità di vita ($t = - 8,420, \alpha < .01$) relativamente sia agli aspetti psicosociali ($t = -8,074, \alpha < .001$) sia alle problematiche di carattere fisico ($t = -5,990, \alpha < .001$). Tali problematiche, oltre ad essere maggiormente presenti (*ORWELL occurrence*) nei soggetti *binge* (sogg. *binge* M = 35,93, DS = 7,23; sogg. *non binge* M = 29,32, DS = 6,21), sembrano anche acquisire maggiore rilevanza (*ORWELL relevance*) per gli stessi (sogg. *binge* M = 27,16, DS = 11,47; sogg. *non binge* M = 15,73, DS = 8,67). È inoltre emerso che i soggetti *binge eaters* presentano minore autostima ($t = 4,643, \alpha < .001$) e un peggioramento del quadro emotivo generale, in quanto riportano livelli maggiori di depressione ($t = - 5,137, \alpha < .001$), stanchezza e indolenza ($t = - 4,368, \alpha < .001$), e riferiscono più frequenti stati di tensione, ansia ($t = - 4,207, \alpha < .001$) e confusione ($t = - 4,010, \alpha < .001$). Presentano, infine, maggiore aggressività e rabbia verso gli altri ($t = - 2,621, \alpha < .01$). Rispetto alle relazioni interpersonali, i soggetti *binge* mostrano maggiori difficoltà connesse ad un comportamento anassertivo ($t = - 3,746, \alpha < .001$), eccessivamente accomodante ($t = 4,457, \alpha < .001$) e protettivo verso gli altri ($t = - 3,834, \alpha < .001$). Non si evidenziano, invece, differenze significative relativamente al *BMI* e alla presenza di atteggiamenti autoritario/controllante, vendicativo/centrato su di sé e invadente/bisognoso nella gestione dei rapporti interpersonali. Soggetti *binge* presentano, infine, maggiori problemi connessi alla percezione della propria immagine corporea ($t = - 3,893, \alpha < .001$), rispetto alla presenza di sentimenti negativi, positivi e connessi al suicidio.

Tavola. 1. *Medie e deviazioni standard delle scale indagate nei gruppi binge (N=63) e non binge (N=158)*

	no binge		binge		DIFFERENZE TRA I DUE CAMPIONI	
	Mean	SD	Mean	SD	t	p
età	44,98	16,12	39,54	12,21		
BMI	34,24	6,82	35,18	7,14	-0,88	0,38
ORWELL O	29,32	6,21	35,93	7,23	-6,63	0,00
ORWELL R	15,73	8,67	27,16	11,47	-7,86	0,00
ORWELL tot	30,4	20,14	61,1	31,92	-8,42	0,00
ORW_F1	22,24	16,24	45,82	25,36	-8,07	0,00
ORW_F2	8,16	6,89	15,28	9,79	-5,99	0,00
ROS_SELF	21,13	4,75	17,52	5,87	4,64	0,00
BIAI_S_N	13,31	5,29	21,02	8,33	-8,07	0,00
BIAI_S_P	15,75	6,27	11,28	5,21	4,83	0,00
BIAI_C_S	7,34	1,34	9,52	4,16	-5,90	0,00
BIAI_C_P	12,62	4,13	13,26	4,08	-1,00	0,32
BIAI TOT	49,03	8,98	55,07	12,78	-3,89	0,00
POMS T	53,68	12,16	60,44	14,48	-4,21	0,00
POMS D	53,52	11,89	64,03	16,79	-5,14	0,00
POMS A	56,65	12,96	62,05	14,59	-2,62	0,01
POMS V	52,39	12,29	45,6	12,12	3,72	0,00
POMS S	55,94	11,59	64,21	12,96	-4,37	0,00
POMS C	50,49	11,02	57,79	13,41	-4,01	0,00
BES	7,59	4,79	26,86	6,76		
IIP, 1	51,83	9,54	54,17	10,74	-1,62	0,11
IIP, 2	49,7	9,55	52,84	11,44	-1,91	0,06
IIP, 3	46,88	7,67	52,19	11,77	-3,63	0,00
IIP, 4	47,21	7,99	52,88	10,85	-3,30	0,00
IIP, 5	50,22	8,8	56,02	11,65	-3,75	0,00
IIP, 6	53,81	10,42	61,35	12,47	-4,46	0,00
IIP, 7	53,71	9,32	59,42	11,08	-3,83	0,00
IIP, 8	55,65	11,4	59,25	14,49	-1,64	0,10
IIP tot	50,94	7,79	57,95	8,7		

Nota. BMI= Body Mass Index. ORWELL= Obesity Related Well-Being totale. ORW_F1= ORWELL scala psicologica. ORW_F2= ORWELL scala fisica. orwell O= ORWELL occurrence. orwell R= ORWELL relevance. BIAI_S_N= BIAI scala sentimenti negativi verso il corpo. BIAI_S_P= BIAI scala sentimenti positivi verso il corpo. BIAI_C_S= BIAI scala pensieri suicidari. BIAI_C_P= BIAI scala comportamenti riduzione del peso. BIAI TOT= Body Influence Assessment Inventory totale. ROS_SELF= Rosenberg Self-Esteem Scale. BES= Binge Eating Scale. p.p. = punteggio ponderato. POMS T= scala tensione/ansia. POMS D= scala depressione. POMS A= scala aggressività/rabbia. POMS V= scala vigore/attività. POMS S= scala stanchezza/indolenza. POMS C= scala confusione/sconcerto. IIP 1= scala autoritario_controllato. IIP 2= vendicativo_centrato su di se. IIP 3= scala freddo_distante. IIP 4= inibizione sociale. IIP 5= anassertività. IIP 6= eccessivamente accomodante. IIP 7= che sacrifica se stesso. IIP 8= invadente_bisognoso

I risultati dell'analisi correlazionale tra le diverse scale utilizzate (Tabella 2) mostra che maggiori comportamenti di tipo *binge* correlano con una minore autostima ($p < .01$) e con una peggiore qualità di vita, sia relativamente alla presenza e/o gravità dei sintomi (*ORW O*; $p < .01$) che alla rilevanza degli stessi nella propria vita (*ORW R*; $p < .01$). Più frequenti comportamenti *binge* sono correlati, inoltre, con maggiori livelli di depressione (*POMS D*; $p < .01$), maggiore stanchezza/indolenza e scarsa energia (*POMS S*; $p < .01$; *POMS V*; $p < .01$), più frequenti stati di tensione, ansia (*POMS T*; $p < .01$) e confusione (*POMS C*; $p < .01$) e maggiore aggressività verso gli altri (*POMS A*; $p < .01$). In relazione ai rapporti interpersonali, più frequenti comportamenti *binge* si associano a bassi livelli di dominanza (*IIP-5*; $p < .01$; *IIP-4*; $p < .01$) e alti livelli di affiliazione (*IIP-6*; $p < .01$; *IIP-7*; $p < .01$). Infine, la maggiore presenza di comportamenti *binge* è associata in maniera significativa con aspetti problematici riguardanti la percezione della propria immagine corporea, quali più frequenti pensieri negativi relativi al proprio corpo (*BIAI_SN*; $p < .01$), pensieri connessi al suicidio (*BIAI_CS*; $p < .01$) e comportamenti finalizzati a controllare l'aumento di peso (*BIAI_CP*; $p < .05$). Non è, invece, emersa una correlazione significativa tra il *BMI* e la presenza di comportamenti *binge*.

Tavola 2. Correlazioni (r di Pearson) tra le variabili esaminate nei soggetti obesi ($N=221$)

	BMI	BES	ROS_SELF	ORW_F1	ORW_F2	ORW O	ORW R	POMS T	POMS D	POMS A	POMS V	POMS S	POMS C	IIP 1	IIP 2	IIP 3	IIP 4	IIP 5	IIP 6	IIP 7	IIP 8	BIAI_S_N	BIAI_S_P	BIAI_C_S	
BMI																									
BES	0,102																								
ROS_SELF	0,093	-.425(**)																							
ORW_F1	.209(**)	.592(**)	-.449(**)																						
ORW_F2	.237(**)	.428(**)	-.255(**)	.572(**)																					
ORWELLO	.195(**)	.522(**)	-.405(**)	.812(**)	.670(**)																				
ORWELL R	.247(**)	.581(**)	-.440(**)	.938(**)	.739(**)	.782(**)																			
POMS T	-.077	.342(**)	-.337(**)	.455(**)	.268(**)	.459(**)	.399(**)																		
POMS D	0,02	.430(**)	-.468(**)	.515(**)	.363(**)	.499(**)	.465(**)	.785(**)																	
POMS A	-.033	.282(**)	-.322(**)	.393(**)	.268(**)	.451(**)	.334(**)	.768(**)	.780(**)																
POMS V	-.006	-.274(**)	.411(**)	-.274(**)	-.255(**)	-.256(**)	-.313(**)	-.338(**)	-.415(**)	-.232(**)															
POMS S	0,027	.373(**)	-.297(**)	.440(**)	.338(**)	.454(**)	.417(**)	.746(**)	.743(**)	.660(**)	-.336(**)														
POMS C	-.069	.343(**)	-.350(**)	.338(**)	.281(**)	.361(**)	.324(**)	.669(**)	.695(**)	.607(**)	-.400(**)	.690(**)													
IIP_1	-.063	.163(*)	-.191(**)	.180(**)	.160(*)	.269(**)	.146(*)	.244(**)	.225(**)	.406(**)	0,035	.215(**)	.170(*)												
IIP_2	-.094	0,075	-.0127	0,036	0,11	0,077	0,086	0,062	0,119	0,085	-.0073	0,021	0,079	.158(*)											
IIP_3	-.177(**)	.233(**)	-.304(**)	.194(**)	0,131	.136(*)	.207(**)	.194(**)	.262(**)	.202(**)	-.202(**)	0,085	.174(**)	.182(**)	.678(**)										
IIP_4	0,003	.236(**)	-.387(**)	.357(**)	.241(**)	.245(**)	.363(**)	.274(**)	.376(**)	.201(**)	-.368(**)	.178(**)	.189(**)	-.002	.336(**)	.504(**)									
IIP_5	-.097	.284(**)	-.366(**)	.358(**)	.168(*)	.283(**)	.363(**)	.247(**)	.365(**)	.204(**)	-.261(**)	.228(**)	.236(**)	0,091	.259(**)	.396(**)	.464(**)								
IIP_6	0,046	.347(**)	-.231(**)	.276(**)	.223(**)	.341(**)	.257(**)	.253(**)	.344(**)	.255(**)	-.0098	.297(**)	.303(**)	0,088	0,054	.173(**)	.216(**)	.394(**)							
IIP_7	0,058	.269(**)	-.198(**)	.221(**)	.146(*)	.247(**)	.179(**)	.201(**)	.261(**)	.188(**)	0,068	.219(**)	.135(*)	-.289(**)	-.0043	0,094	-.0007	.177(**)	.395(**)						
IIP_8	0,098	.140(*)	-.005	0,091	0,04	0,122	0,076	-.0015	0,032	0,009	.210(**)	0,035	-.001	.364(**)	0,022	0,001	-.0053	.144(*)	.175(**)	.373(**)					
BIAI_S_N	.224(**)	.596(**)	-.551(**)	.718(**)	.493(**)	.641(**)	.698(**)	.451(**)	.611(**)	.456(**)	-.355(**)	.438(**)	.430(**)	.175(**)	0,067	.235(**)	.378(**)	.398(**)	.310(**)	.283(**)	0,123				
BIAI_S_P	-.223(**)	-.391(**)	.307(**)	-.437(**)	-.290(**)	-.345(**)	-.448(**)	-.252(**)	-.274(**)	-.215(**)	.379(**)	-.275(**)	-.265(**)	-.0047	.135(*)	-.0047	-.212(**)	-.189(**)	-.149(**)	-.0047	-.0054	-.492(**)			
BIAI_C_S	-.005	.448(**)	-.353(**)	.378(**)	.235(**)	.341(**)	.316(**)	.356(**)	.425(**)	.284(**)	-.149(*)	.338(**)	.300(**)	.147(*)	.225(**)	.306(**)	.311(**)	.230(**)	.173(**)	.147(*)	-.0014	.427(**)			
BIAI_C_P	-.023	.148(*)	-.206(**)	.242(**)	.161(*)	.286(**)	.215(**)	.267(**)	.256(**)	.237(**)	-.004	.175(**)	.143(*)	.235(**)	0,083	0,109	0,096	0,091	0,053	.139(*)	0,063	.301(**)	0,069	.190(**)	

Nota. *BMI*= Body Mass Index. *BES*= Binge Eating Scale. *ROS_SELF*= Rosenberg Self-Esteem Scale. *ORW_F1*= *ORWELL* scala psicologica. *ORW_F2*= *ORWELL* scala fisica. *ORWELL O*= *ORWELL* occurrence. *ORWELL R*= *ORWELL* relevance. *POMS T*= scala tensione/ansia. *POMS D*= scala depressione. *POMS A*= scala aggressività/rabbia. *POMS V*= scala vigore/attività. *POMS S*= scala stanchezza/indolenza. *POMS C*= scala confusione/sconcerto. *IIP*, 1= scala autoritario_controllato. *IIP*, 2= vendicativo_centrato su di se. *IIP*, 3= scala freddo_distante. *IIP*, 4= inibizione sociale. *IIP*, 5= anassertività. *IIP*, 6= eccessivamente accomodante. *IIP*, 7= che sacrifica se stesso. *IIP*, 8= invadente_bisognoso. *BIAI_S_N*= *BIAI* scala sentimenti negativi verso il corpo. *BIAI_S_P*= *BIAI* scala sentimenti positivi verso il corpo. *BIAI_C_S*= *BIAI* scala pensieri suicidari. *BIAI_C_P*= *BIAI* scala comportamenti riduzione del peso.

Discussione

Il presente studio ha voluto indagare la presenza di una differenza, rispetto alla qualità di vita, agli stati emotivi, all'autostima e alle relazioni interpersonali tra il gruppo dei soggetti obesi che presenta comportamenti *binge eating* e quello dei soggetti obesi che non mette in atto tale tipologia di condotta.

I risultati emersi dal nostro studio possono essere riassunti in due punti principali. In primo luogo, dai dati ottenuti emerge che la presenza di comportamenti *binge* in soggetti obesi risulta associata ad un maggiore malessere psicologico, caratterizzato da minore autostima, peggiore qualità di vita, sia riguardo agli aspetti psicosociali che a quelli di carattere fisico, e maggiori problemi emotivi. Relativamente a quest'ultimo aspetto, i soggetti obesi con comportamenti *binge* riportano livelli maggiori in tutte le aree indagate: depressione, stanchezza/indolenza, tensione/ansia, confusione e aggressività. Per quanto riguarda lo studio delle relazioni interpersonali, alcuni studi hanno suggerito la presenza, in soggetti obesi *binge*, di un sistema relazionale poco coeso e supportivo (Riener *et al.*, 2006), trascurando, tuttavia, le specifiche modalità messe in atto dal singolo individuo obeso nella gestione dei propri rapporti interpersonali. Dai dati emersi dal nostro studio tali modalità relazionali risultano caratterizzate da modalità comportamentali anassertive ed eccessivamente accomodanti e protettive verso gli altri.

Infine, la maggiore presenza di comportamenti *binge* è associata in maniera significativa con aspetti problematici riguardanti la percezione della propria immagine corporea; tale dato acquista maggiore rilevanza se si tiene conto del fatto che la percezione dell'immagine corporea è ritenuta un importante mediatore tra l'obesità e il distress psicologico (Friedman *et al.*, 2002).

Anche se la presenza di un malessere psicologico nei soggetti obesi con comportamenti *binge* è stata evidenziata in diversi lavori, finora pochi studi avevano valutato contemporaneamente i molteplici aspetti del distress psicologico sperimentato da soggetti obesi con comportamenti *binge* in un campione di pazienti consecutivi.

L'altro risultato centrale di questo studio è che il grado di obesità (livello di BMI) non è correlato con i comportamenti *binge eating*: nel nostro campione, i due gruppi di soggetti (obesi BED e non BED) non hanno un differente livello di obesità. Anche su questo aspetto, esiste ormai una buona evidenza clinica e di ricerca sul fatto che il malessere psicologico associato al *binge eating* sia più associato alla gravità di tali condotte che non al livello di obesità (Telch & Agras, 1996; Bulik *et al.*, 2002): ad esempio, in uno studio su soggetti BED ed obesi non BED, è stato mostrato come nonostante il BMI dei due gruppi fosse simile, i problemi relativi al peso ed alla forma corporea erano più gravi nei soggetti BED (Allison *et al.*, 2005). La mancanza di differenza tra donne obese con BED e donne BED senza diagnosi di aggiuntiva obesità, relativamente a psicopatologia alimentare, depressione e disturbi di personalità, ha evidenziato con forza l'indipendenza tra problematiche associate ai BED e livello di obesità (Barry, Grilo & Masheb, 2003). Così come non sono stati riscontrati problemi psichiatrici e relativi ai disturbi alimentari tra donne sovrappeso, obese e gravemente obese (Didie & Fitzgibbon, 2004). Infine, anche la peggiore qualità di vita dei soggetti obesi sembra associata più ai comportamenti *binge* che non al livello di obesità. I soggetti obesi *binge eaters* nel nostro studio mostrano comunque una qualità di vita significativamente peggiore rispetto ai soggetti obesi non *binge*, anche se i due gruppi non si differenziano per il livello del BMI. Questo dato è in accordo con quanto mostrato da Rieger *et al.* (2005) che hanno trovato come i soggetti obesi BED hanno una qualità di vita peggiore (nel lavoro, nella vita sociale, nelle relazioni sessuali) rispetto ai soggetti obesi non BED, pur non riscontrando diversi livelli di BMI nei due gruppi.

Anche se la validità diagnostica del BED è ancora discussa (Latner & Clyne, 2008), è indubbio che comportamenti *binge eating* siano associati con un malessere psicologico spesso caratterizzato da disturbi alimentari ed alta comorbilità di tipo psichiatrico. È ancora

aperto il dibattito se considerare il BED un disturbo specifico o un marker psicopatologico relativo all'obesità (Stunkard & Allison, 2003). Sappiamo che i soggetti obesi che presentano anche una diagnosi di BED fanno maggiore richiesta di interventi psicoterapeutici o di counseling psicologico rispetto ai soggetti obesi senza diagnosi di BED (Yanovski *et al.*, 1993; Ramacciotti *et al.*, 2008).

A livello clinico, i risultati di tali studi supportano quindi l'importanza di effettuare una diagnosi di BED nei soggetti obesi che richiedono un trattamento (medico o psicologico), in quanto esistono profonde differenze psicopatologiche tra queste due tipologie di soggetti.

Bibliografia

Allison, K.C., Grilo, C.M., Masheb, R.M., & Stunkard, A.J. (2005). Binge eating disorder and night eating syndrome: A comparative study of disordered eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 1107–1115.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author. (trad. it. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM–IV), Masson, Milano, 1996).

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. - TR). Washington, DC: Author. (trad. it. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM–IV–TR). Masson, Milano, 2002).

Barry, D.T., Grilo, C.M., & Masheb, R.M. (2003). Comparison of obese patients with binge eating disorder and nonobese patients with binge eating disorder. *Journal of Nervous & Mental Disease, 191*, 589–594.

Bulik, C.M., Sullivan, P.F., & Kendler, K.S. (2002). Medical and psychiatric morbidity in obese women with and without binge eating. *International Journal of Eating Disorders, 32*, 72–78.

Davis, C., Levitan, R.D., Carter, J., Kaplan, A.S., Reid, C., Curtis, C., et al. (2008). Personality and Eating Behaviors: A Case–Control Study of Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders, 41*, 243–250.

de Zwaan, M. (2001). Binge eating disorder and obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders, 25*, S51–S55.

de Zwaan, M., Mitchell, J.E., Howell, E.M., Monson, N., Swan Kremeier, L., Roerig, J.L., et al. (2002). Two Measures of Health-Related Quality of Life in Morbid Obesity. *Obesity Research, 10* (11), 1143–1151.

Didie, E.R., & Fitzgibbon, M. (2004). Binge eating and psychological distress: Is the degree of obesity a factor? *Eating Behaviors, 6*, 35–41.

Friedman, K.E., Reichmann, S.K., Costanzo, P.R., & Musante, G.J. (2002). Body Image Partially Mediates the Relationship between Obesity and Psychological Distress. *Obesity Research, 10*, 33–41.

Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviours, 7*, 47–55.

Grilo, C.M. (2002). Binge eating disorder. In C.G. Fairburn, K. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed., pp. 178–182). New York, NY: Guilford.

Gruzca, R.A., Przybeck, T.R., & Cloninger, R. (2007). Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Compr Psychiatry, 48*, 124–131.

- Horowitz, L.M., Alden, L.E., Wiggins, J.S., & Pincus, A.L. (2000). *Inventory of interpersonal problems (IIP-32/IIP-64)*. London: Psychological Corporation.
- Hsu, L.K., Mulliken, B., McDonagh, B., Krupa, D.S., Rand, W., Fairburn, C.G., *et al.* (2002). Binge eating disorder in extreme obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 26, 1398–1403.
- Yanovski, S.Z., Nelson, J.E., Dubbert, B.K., & Spitzer, R.L., (1993). Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1472-1479.
- Yanovski, S.Z. (1999). Diagnosis and prevalence of eating disorders in obesity. In B. Guy-Grand & G. Ailhaud (Eds.), *Progress in obesity research* (pp. 229–236). London: Libby.
- Latner J.D., & Clyne C.C. (2008). The Diagnostic Validity of the Criteria for Binge Eating Disorder. *International Journal Eating Disorders*, 41, 1–14.
- Mannucci, E., Ricca, V., Barciulli, E., Di Bernardo, M., Travaglini, R., Cabras, P.L., *et al.* (1999). Quality of Life and Overweight: The Obesity Related Well-Being (ORWELL 97) Questionnaire. *Addictive Behaviours*, 24, 345-357.
- Marcus, M.D. (1995). Binge eating and obesity. In K.D. Brownell & C.G. Fairburn (Eds.), *Eating Disorders and obesity: A comprehensive handbook* (pp. 441-444). New York, NY: Guilford.
- Masheb, R.M., & Grilo, C.M. (2006). Emotional overeating and its associations with eating disorder psychopathology among overweight patients with binge eating disorder. *International Journal Eating Disorders*, 39, 141–146.
- Mc Nair, D., Lorr, M., & Droppleman, L.F. (1971). Manual for the Profile of the Mood States. San Diego: EdITS Educational and Industrial Testing Service. (trad. It. POMS. Profile of Mood States, O.S. Organizzazioni Speciali, Firenze, 1991).
- Mitchell, J.E., & Mussell, M.P. (1995). Comorbidity and binge eating disorder. *Addict Behav*, 20, 725-732.
- National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity. (2000). Dieting, and the development of eating disorders in overweight and obese adults. *Arch Intern Med*, 160, 2581–2589.
- Osman, A., Barrios, F.X., Kopper, B.A., Gutierrez, P.M., Williams, J.E., & Bailey, J. (2006). The Body Assessment Inventory (BAI): Development and Initial Validation. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (7), 923-942.
- Ramacciotti C.E., Coli E., Passaglia C., LaCorte M., Pea E., Dell'Osso L. (2000). Binge eating disorder: Prevalence and psychopathological features in a clinical sample of obese people in Italy. *Psychiatry Research*, 94, 131–138.
- Ramacciotti, C.E., Coli, E., Bondi, E., Burgalassi, A., Massimetti, G., & Dell'Osso, L. (2008). Shared psychopathology in obese subjects with and without binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 643-649.
- Ricca, V., Mannucci, E., Moretti, S., Di Bernardo, M., Zucchi, T., Cabras, P.L., *et al.* (2000). Screening for Binge Eating Disorder in Obese Outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 41 (2), 111-115.
- Rieger, E., Wilfley, D.E., Stein, R.I., Marino, V., & Crow S.J. (2005). A comparison of quality of life in obese individuals with and without binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 234–240.
- Riener, R., Schindler, K., & Ludvik B. (2006). Psychological variables, eating behavior, depression, and binge eating in morbidly obese subjects. *Eating Behaviors*, 7, 309-314.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the Self*. New York, NY: Basic Books.

Spitzer, R.L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M.D., Stunkard, A., *et al.* (1993). Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders*, 13 (2), 137-153.

Stunkard, A.J., Berkowitz, R., Tanrikut, C., Reiss, E., & Young, L. (1996). d-fenfluramine treatment of binge eating disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1455- 1459.

Stunkard A.J., & Allison K.C. (2003). Binge eating disorder: Disorder or marker? *International Journal of Eating Disorders*, 34, S107–S116.

Telch, C.F., & Agras, W.S. (1994). Obesity, binge eating and psychopathology: Are they related? *International Journal of Eating Disorders*, 15, 53–61.

Telch, C.F., & Agras, W.S. (1996). Do emotional states influence binge eating in the obese? *International Journal of Eating Disorders*, 20, 271–279.

Wilfley, D.E., Schwartz, M.B., Spurrell, E.B., & Fairburn, C.G. (2000). Using the Eating Disorder Examination to identify the specific psychopathology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 259–269.

Yanovski S.Z. (1999). Diagnosis and prevalence of eating disorders in obesity. In B. Guy-Grand, G. Ailhaud (Eds.), *Progress in obesity research* (pp. 229–236). London: Libby.

Psicoterapia e farmacoterapia della depressione. A proposito di un caso clinico

di Adolfo Pazzagli* e Duccio Vanni**

Introduzione

Da diversi anni è documentata (Vaughan et al., 2000) l'esistenza di una correlazione inversa tra gravità della depressione e predisposizione ad assumere un atteggiamento mentale capace di valutare, psicologicamente, le relazioni fra sentimenti, pensieri e azioni; atteggiamento che permette di accedere e pensare alle origini e ai significati delle esperienze soggettive. Tale predisposizione tecnicamente nota come *psychological mindedness* risulta peraltro carente nel paziente depresso, rendendolo di fatto meno capace di impegnarsi in un processo di analisi e comprensione delle sue dinamiche psicologiche (Roose & Cabaniss, 2006). In ambito psicoanalitico, l'utilizzo di farmacoterapia per favorire il recupero di *psychological mindedness* all'inizio di una psicoterapia o nel corso di un trattamento analitico di un paziente depresso è parimenti indicato da svariati anni (Roose & Stern, 1995; Cabaniss, 2001).

Recentemente, in un lavoro monografico (Busch, Rudden, & Shapiro, 2007) è stata riaffermata ed argomentata l'importanza di trattare le persone sofferenti per disturbi depressivi di media o maggiore entità utilizzando una psicoterapia psicodinamica in combinazione con un trattamento farmacologico. Secondo tale ottica, gli elementi posti alla base del processo di questa scelta dovrebbero includere il livello di sofferenza del paziente e la misura in cui i sintomi depressivi interferiscono con il suo funzionamento quotidiano e con il processo psicoterapeutico; se i sintomi non regrediscono dopo due o tre mesi di psicoterapia, la terapia farmacologica dovrebbe essere presa in considerazione a ogni stadio del processo decisionale insito nella relazione psicoterapeutica.

La terapia psicodinamica ha il compito di esplorare sia la decisione relativa all'uso o meno del farmaco, sia i conflitti che possono derivarne. L'inserimento del farmaco, in questo ambito, appare quindi a volte essenziale oltre che per attenuare i sintomi depressivi anche per consentire alla psicoterapia di procedere, facilitando un'esplorazione approfondita dei conflitti dei pazienti. Secondo Busch, Rudden, & Shapiro (2007), di norma la combinazione di una psicoterapia psicodinamica con una farmacoterapia prevede il coinvolgimento ed il coordinamento di uno psicoterapeuta e di uno psichiatra dando luogo ad un cosiddetto "trattamento triangolare" (Beitman, Chiles, & Carlin, 1984; Busch & Gould, 1993; Riba & Balon, 2001), i cui vertici sono appunto costituiti, oltre che dal paziente, anche dallo psicoterapeuta e dallo psichiatra. Il "trattamento triangolare" può incontrare gravi difficoltà, fallire o essere interrotto per diverse ragioni: rottura delle relazioni, ricadute dei conflitti sugli interventi nel corso del trattamento, gelosia professionale tra le due figure curanti. Per cercare di evitare tali esiti è quindi fondamentale che i due professionisti in questione mantengano una costante comunicazione produttiva, in particolare proprio quando si incontrano difficoltà nel corso del trattamento.

Per completezza va anche ricordato come Busch, Rudden, & Shapiro (2007) indichino anche la possibilità che la combinazione della psicoterapia psicodinamica con l'utilizzo dei farmaci investa l'unica figura di terapeuta-medico ed il caso clinico su cui si focalizza questo lavoro, rappresenta un esempio concreto proprio di questa eventualità.

I risultati di psicoterapie nei disturbi depressivi così come della combinazione di psicoterapia e farmacoterapia sono oggetto di studi quantitativi approfonditi. Per una rassegna orientativa si vedano ad esempio Rush & Thase (2001) e de Maat et al. (2008). In Italia Fava (2001) ed il suo gruppo (Tomba & Fava, 2006; Ruini, Tomba & Fava, 2007; Tomba & Fava, 2007; Tomba & Fava, 2009) hanno ripetutamente esaminato ed affrontato con studi empirici queste tematiche.

* Professore Emerito di Psicologia clinica, Università degli Studi di Firenze. Membro didatta con funzioni di training dell'Associazione Italiana di Psicoanalisi (A.I.Psi).

** Ricercatore di Psicologia clinica, Facoltà di Psicologia, Università degli Studi di Firenze.
e-mail: duccio.vanni@unifi.it

Presentiamo un caso singolo, consapevoli delle limitazioni quantitative ma anche del fatto che lo studio approfondito di un caso singolo può indicare nodi problematici e vicende che possono essere sviluppati, svolgere una funzione euristica (Nasio, 2002) e trovare eventuali validazioni o confutazioni successive anche sul piano della ricerca empirica quantitativa.

Il Caso clinico

B. è un uomo di 42 anni quando consulta uno psicoterapeuta per oscillazioni, in prevalenza stagionali, della sua attività professionale; a periodi è molto attivo, in altri quasi privo di iniziativa e di capacità decisionali; ciò lo ostacola molto ed è convinto di aver trovato il suo "limite" poiché le condotte sopra descritte gli permettono di partecipare alle spese della famiglia ma, a suo dire, lo lasciano in posizione subalterna rispetto alla preponderante rilevanza sociale ed economica della moglie. Inoltre il figlio, unicogenito preadolescente, ha difficoltà scolastiche e di socializzazione che uno specialista, per questo consultato, ha attribuito anche alla eccessiva rigidità del padre nei suoi confronti; o il figlio fa come vuole B. o vi sono scenate violente che si fermano solo di fronte alla affermazione di B. " non posso fare come vorrei con te perché ti mantiene tua madre! ... e allora mi disinteressa di te". Le relazioni familiari sono ovviamente deteriorate da queste vicende.

Prima della consultazione B., su consiglio di vari specialisti, ha iniziato trattamenti con diversi antidepressivi ma non ne ha tratto giovamento o forse anche – e probabilmente - non li ha proseguiti a dosi e per tempi sufficienti, non tollerando gli effetti collaterali e non sopportando l'idea che "una medicina decida per me!"

Al momento dei primi colloqui appare eutimico. Rigido anche nella mimica e nella postura, elegante, di un'eleganza sofisticata ma un poco artificiale, da manichino. E' inflessibile con se stesso e nelle sue aspettative riguardo al figlio. Ha il "culto" della razionalità e dell'intelligenza, separa buoni e cattivi in modo netto, sottovaluta e sopravvaluta se stesso. Ha grave difficoltà nel controllo e nella manifestazione della rabbia e dell'aggressività. E' intelligente e sensibile in aree non conflittuali, ben funzionante nella vita sociale ed in varie relazioni extrafamiliari, lavorative, amicali ed anche amorose ma fallisce costantemente nell'intimità.

Primogenito di due figli; alla nascita del fratello (quando aveva fra 3 e 4 anni di età) fu allontanato da casa e affidato ad una coppia di zii che vivevano in una città diversa e lontana da quella dei genitori, perché la madre non era in grado di occuparsi contemporaneamente del marito, molto esigente e dipendente e dei due figli. B. è stato "benissimo" dagli zii, contentato, viziato. Brillante negli studi e nello sport, poi nella vita sociale. Ma sempre con senso di insoddisfazione, di rabbia, di dover dimostrare qualche cosa, senza sapere a chi. Molto corretto e formale, ma con rare esplosioni di rabbia apparentemente immotivate ma sostanzialmente collegate a sentimenti di esclusione.

Il padre di B. era proprietario e manager di una piccola industria. Con gli anni era divenuto sempre più isolato, rabbioso, esigente; verso la fine della vita, restava per lunghi periodi chiuso in casa o nell'ufficio della adiacente fabbrica, immobile, inattivo, manifestando solo rabbia ed odio verso gli altri. Morì dopo essere stato definito "demente" a causa di queste condotte. Lasciò una situazione economica che, dietro l'apparente benessere, era sull'orlo della rovina per debiti e scarsità di mercato per ciò che la fabbrica produceva. B. era in quel periodo all'estero per completare gli studi dopo la laurea, per avviarsi ad un suo autonomo lavoro ed anche per prendere le distanze dalla difficile atmosfera familiare. Il fratello cercò, in un primo tempo, di porre rimedio alla situazione ma presto vi rinunciò. B. tornò a casa, liquidò il fratello e tentò, a sua volta, di riprendere l'attività paterna sinché non dovette arrendersi e far cessare la non redditizia produzione. Iniziò allora un'altra attività di servizi al commercio, attività che ancora stava esercitando al momento della consultazione.

Il fratello morì improvvisamente per emorragia cerebrale. Da allora B. si è occupato anche della madre, che vive da sola e con la quale è molto premuroso ed anche eccessivamente sottomesso, con però aggressività percepita e proteste che assumono la forma dell'eccesso, anche ridicolo, di obbedienza. Ci sono però episodi o periodi nei quali è verso di lei rigido ed esigente, come era stato suo padre.

Si è sposato da altre 15 anni con una donna dalla quale ha avuto un figlio. Sembra molto attaccato alla moglie ma non riesce che ad essere ostile e rabbioso nei suoi confronti, allorché pensa che essa guadagna più di lui o quando essa manifesta attaccamento alla sua famiglia di origine o si occupa con dolcezza del figlio.

Le caratteristiche del paziente e le accennate vicende della storia sembrarono indicare la necessità di una psicoterapia ad indirizzo psicoanalitico, ad una seduta per settimana, con difficoltà del setting legata alle frequenti, necessarie e programmate assenze di B. per ragioni di lavoro.

La relazione è sin dall'inizio caratterizzata da forte attaccamento e da buona collaborazione del paziente nella ricostruzione della tendenza a ripetere, nelle condotte attuali, vicende subite nel passato. Nelle sedute B. parla di se stesso, nella vita esterna attuale, come se fosse un personaggio esterno, per così dire "quello là", che lui giudica molto duramente; mentre il terapeuta è più comprensivo, lo capisce perché lo vede come prodotto di una storia precedente drammatica. Il terapeuta rappresenta quindi un oggetto meno sadico del Super Io del paziente. Col tempo B. si allea col terapeuta in questa considerazione, collabora e diviene un poco meno rigido e giudicante, quindi più vivace, mobile e meno difeso nella partecipazione alla relazione.

Dopo quasi un anno dall'inizio del trattamento, B. riferisce che non ha più lavoro (la sua attività ha in effetti, per sua natura, punte stagionali) e che, poiché ha poco da fare, ha del tutto perso l'iniziativa; una lettera che richiede risposta giace sul suo tavolo per settimane, non ignorata in quanto è una specie di rimprovero e di monumento alla sua inerzia. Anche in casa le cose vanno male, è arrabbiato col figlio che non fa come lui vuole e con la madre che gli permette tutto questo. Si sente verso questa coppia geloso dell'esclusione ed invidioso, non riuscendo a tollerare il loro buon rapporto, né a controllare la sua rabbia ed i suoi attacchi verso di loro se non rifugiandosi nell'isolamento e nel sonno. Continua, in una serie di sedute noiosissime, a portare la sua impotenza, la sua rabbia e la sua grandiosità distruttiva del tipo "tanto per quanto facciate (figlio, moglie, parti collaboranti di lui, il terapeuta), io sarò sempre più forte di voi distruggendo tutto".

Per quanto apparentemente con aspetti realistici e ragionevoli, parve al terapeuta che le sue idee di rovina mostrassero una frattura dell'esame di realtà, nell'ipotesi che egli non fosse rovinato nonostante quello che diceva; anche se, con la sua condotta, faceva molto perché le sue certezze divenissero vere. Di fatto anche la terapia era rovinata; non c'era "insight" ma solo comprensioni intellettuali che venivano derise.

La sua condotta regolare ineccepibile è una sorta di derisione del suo dover essere bravo e normale. E' a questo punto che B. sembra comprendere da solo molte cose, riportando i comportamenti alla sua storia ma solo per deridere queste comprensioni e senza poter cogliere, se non saltuariamente, che è proprio questo deridere il suo modo attuale di ripetere la sua storia. In altre parole ora la depressione è nel transfert. Il lavoro diretto verso il sistema della personalità nel quale le ricostruzioni sono anche riparative (è la ripetizione della storia che lo fa essere così) non funziona di fronte all'irrompere della depressione nella sua salute e nel suo rapporto col terapeuta.

Il lavoro diretto verso il sistema della personalità, in questo periodo, pare inevitabile; il materiale è disponibile e chiaro è il rapporto con le vicende in atto. D'altra parte la caratteristica e la gravità di queste porta nel transfert senso di impotenza di fronte alla distruttività. Quando è possibile lavorare su ciò, il paziente sembra giovare di interpretazioni che gli facciano toccare con mano le angosce, le difese, le conseguenze di quella che, nell'interno della terapia, può essere vista come una "reazione terapeutica negativa". Ma il sollievo che deriva da questi momenti rende poi più arrabbiata e crudele la sua risposta, negli intervalli fra le sedute, alla perdita di questa funzione terapeutica che egli non sa darsi da solo e per la quale necessita di un terapeuta che è assente. Tutto ciò appariva ripetere le vicende messe in atto dalla traumatica cacciata da casa al momento della nascita del fratello e forse anche dal precedente rapporto con una madre depressa perché inadeguata a rispondere anche alle richieste del coniuge. Accadeva inoltre che, se per taluni aspetti era possibile vedere la depressione come legata ad eventi del passato che si andavano riproducendo in terapia, la depressione stessa aveva tale conseguenza sulla relazione da divenire essa stessa fattore di stress e depressogeno.

Fu deciso allora, dopo oltre un anno di lavoro, di consigliargli di ricorrere ad una terapia farmacologica. Questa decisione comportò, da parte del terapeuta, di comprendere come tale sviluppo avesse da essere considerato anche come un processo transferale e controtransferale di un *enactment* (Purcell, 2008). Si intende qui per "enactment", seguendo la definizione APA (2007) la messa in atto, nel setting psicoterapeutico, di un evento importante di vita che non viene espresso verbalmente.

Si trattava di una "terapia combinata" che può essere integrata (segnata dalla stessa persona) o separata (attuata da due diverse persone), un intervento che iniziava nel corso di un trattamento psicoterapico, consigliato dal terapeuta che era anche psichiatra, dopo precedenti rifiuti di altri trattamenti farmacologici. Il terapeuta sentiva il paziente come completamente in "cura" da lui; nel consigliargli i farmaci aveva fatto qualche cosa a lui e per lui; aveva deciso che la sua rabbia negli "altri sei giorni" era troppo distruttiva ed impediva di procedere nella psicoterapia. D'altra parte il terapeuta era divenuto responsabile dell'invidia e della distruttività della sua depressione ma era anche il centro di una certa "gratitudine" per alcuni modesti ma sensibili cambiamenti anche rispetto a precedenti analoghi periodi. Parve allora necessario al terapeuta farsi carico completamente della sua insufficienza a guarirlo non ripetendo una vicenda già accaduta nella storia, quando la madre, incapace di accudirlo, lo aveva inviato dagli zii.

In qualche modo il farmaco sarebbe entrato, per i suoi significati emozionali per i suoi effetti collaterali ed i significati emozionali nel rapporto psicoterapeutico. Infatti nel caso in cui i farmaci li avesse segnati un professionista esterno, lo psicoterapeuta avrebbe potuto avere riserve su di essi (sulla scelta, sulla dose, sui controlli ecc.) e, soprattutto, il fatto avrebbe potuto finire col facilitare processi di contrapposizione e di scissione sia che lo psicoterapeuta fosse apparso come buono, non violento nel confronto del farmacoterapeuta sia che fosse viceversa valutato, nei confronti dello stesso, uno sterile parolaio. Questo comune, artificioso dilemma viene spesso usato come difesa dai pazienti ma anche dagli operatori. In realtà sono presenti alcuni aspetti di non semplice conciliazione fra i due tipi di terapia, come la diversa qualità del tipo di azione psicoterapeutica ma la schematica contrapposizione sopra riportata tende a porre il paziente nella difficile condizione di dover amputare uno dei corni del dilemma per accedere all'altro ma anche di rinunciare ai possibili vantaggi ottenibili da una delle due terapie. Nel caso specifico poi si sottolinea come vi fosse un'evidente continuità fra caratteristiche e problemi della personalità ed episodio depressivo. La personalità mostrava molte delle caratteristiche che il recente (2008) *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM) attribuisce alle personalità depressive. In particolare poi appariva evidente come se vi fosse stata una frattura delle relazioni precoci, alla quale era seguita una definizione del Sé in un diverso contesto, caratterizzato dall'accoglimento materiale ed anche affettivo ma "a patto che" il paziente fosse attivo, capace, brillante. Ne risultava una depressione con contemporanei aspetti "anaclitici" (sentimenti di solitudine, abbandono, di essere trascurato) e "introiettivi" (sentimenti di scarso valore personale, fallimento, colpa), secondo la terminologia usata da Blatt (2006) e ripresa anche nello stesso PDM. Parve allora allo psicoterapeuta di non dover facilitare il possibile ripetersi, almeno per il mondo mentale del paziente, di questa traumatica esperienza.

Nel sovente paralizzante dilemma fra bisogno e paura di rapporto del paziente, lo psicoterapeuta decise di essere attivo nel fornirgliene uno terapeutico, fidando che il lavoro svolto in precedenza permettesse di lavorare sugli aspetti terrorizzanti del rapporto, nel quale la sua rabbia per i precedenti abbandoni lo teneva o distante e non nutrito in relazioni paralizzate e formali o spaventato per le possibilità di distruzione dell'altro e/o di sé, cosa che la sua rabbia comportava per lui se veniva accolto ma inevitabilmente minacciato di abbandono.

Fu così deciso di segnare i farmaci, considerando la loro somministrazione, in definitiva, con Eissler (1953), un *Parametro* nella terapia e cioè

1. necessario per superare un punto di stallo;
2. eliminabile quando divenuto non necessario;
3. analizzabile nella relazione cercando di evitare il "sequestro" di materiale non analizzabile.

B. iniziò la terapia con antidepressivi prescritti dallo psicoterapeuta-psichiatra. Le sedute, nonostante i timori e le aspettative cui si è sopra accennato, continuarono a svolgersi come prima. Salvo che nella parte finale di queste si parlava anche del farmaco (gli effetti, gli effetti collaterali, il dosaggio, la condotta terapeutica). Con questa modalità la terapia non comportò, in questo periodo, nuove particolari difficoltà. Non venivano neppure riferiti miglioramenti. Ma, dopo la prevista latenza di alcune settimane, la terapia riprese a muoversi. La rabbia e la distruttività dirette verso di essa si attenuarono nel senso che non apparvero più avere un effetto paralizzante. Schematizzando, il lavoro di molte sedute di questo periodo può essere, riassunto così: "Lei sta cercando di distruggere la sua attività, la sue relazioni familiari, la sua relazione con me, che sono il suo terapeuta, comportandosi come faceva suo padre con la sua attività, con la sua famiglia, con lei in particolare. Mentre lo fa prova odio verso di lui, ha paura e se ne vergogna per cui il farsi del male è anche una punizione per questo e le rende paradossalmente più accettabile la "cacciata" da casa, è "cattivo" e se l'è dunque meritata. Mette alla prova con ciò la terapia e si sente tranquillizzato dal proseguire utile di questa". La attenuazione dell'odio e della distruttività, che si verificarono dopo l'inizio della somministrazione dei farmaci, resero attuabile questo tipo di lavoro sugli episodi depressivi, episodi che è possibile ricondurre a scompensi della personalità anche in relazione ad eventi esterni ed interni alla terapia, senza però negare una loro identità, biologica e psicopatologica e senza dilemmatizzazioni tipo "o è reattivo, psicogeno, curabile con la psicoterapia o è endogeno, con base biologica e curabile solo coi farmaci". D'altra parte questo cambiamento avvenne dopo l'introduzione del trattamento con i farmaci; divenne per il paziente possibile iniziare e continuare il trattamento attribuendone al medico la responsabilità. Mai direttamente ma alcuni sogni riportati in seduta permisero constatare e di valutare la presenza di forti angosce persecutorie collegate al fatto che i farmaci fossero anche veleni, risultato di una ritorsione del terapeuta-genitore. Ma questo veniva narrato e discusso proprio col somministratore di tali sostanze ed era possibile, anche attraverso una tranquillizzazione sul piano di realtà, accedere anche ad una sdrammatizzazione di tali angosce.

Si vede qui che l'integrazione fra fattori biologici e psicologici nella assunzione e nella accettazione degli effetti del farmaco è così stretta da non essere scindibile ne valutabile separatamente e si può giungere a suggerire che, in fondo, si tratti di due punti di vista, di due linguaggi per parlare di uno stesso fenomeno.

Superato l'episodio, il lavoro psicoterapico continuò anche dopo la sospensione del farmaco, la cui somministrazione fu sospesa dopo alcuni mesi.

Una necessità analoga si ripresentò dopo circa un anno. Questa volta l'accesso al farmaco fu più facile ed il paziente conservò sempre una maggiore consapevolezza del significato comunicativo e relazionale dei sintomi. Una riaccentuazione della depressione si ripresentò infine quando fu stabilita la data della fine della psicoterapia e fu possibile superare questo episodio senza ricorrere a farmaci ma collegandolo con l'imminente fine della relazione terapeutica.

Nell'insieme il trattamento ebbe successo ed anche un controllo a distanza di diversi anni ha permesso di constatare la scomparsa di episodi clinicamente definibili di depressione maggiore. Vi è tuttavia da segnalare che il terapeuta ebbe l'impressione che il lavoro successivo al primo episodio, pur utile e vantaggioso, divenisse meno creativo di prima, in qualche modo più ripetitivo. Se si fosse raggiunto ciò che era possibile fare a quella coppia con la tecnica usata, pur nel rafforzamento dei miglioramenti conseguiti, o se la trasformazione in somministratore di farmaci dello psicoterapeuta avesse contribuito a questo limite, non è possibile dire.

Il terapeuta si convinse che questo suo ruolo fosse messo in secondo piano, alla fine dell'episodio, con sollievo da parte di un paziente che e sembrava provare una certa vergogna per le distruzioni operate durante l'episodio di depressione e desiderio, una volta superatolo, di "voltargli le spalle" sorvolarlo, *sealing over* come affermano McGlashan & Keats (1993), i quali prospettano l'ipotesi a proposito del trattamento di *breakdown* acuti in casi di schizofrenia remittente, che questa soluzione sia legata *anche* all'uso di tecniche supportive invece che espressive di psicoterapia.

Discussione

L'integrazione di psicoterapia e farmacoterapia (in qualunque modo coniugate) solleva il problema corpo-mente in modo rilevante.

La depressione può essere vista come un prodotto della mente e quindi descritta in termini di costrutti come pulsioni, difese, formazioni di compromesso, regressione, autostima, perdita di oggetto, identificazione. Oppure può essere vista come un prodotto del cervello, caratterizzato da modificazioni biologiche delle funzioni psicoendocrine e delle concentrazioni di neurotrasmettitori. La psicoanalisi enfatizza concetti come perdita di oggetto, ideale dell'io, aggressività nella spiegazione della fenomenica e della fenomenologia degli stati depressivi; un fondamentale riferimento generale, al riguardo, è costituito dalla triade identificata da S. Freud in *Lutto e Melanconia* (1915) e cioè perdita di oggetto, investimento narcisistico, identificazione. Tutto ciò rimanda a situazioni attuali ma ha inizio nell'infanzia, con quella relazione fra disposizione ed eventi che Freud aveva considerato in rapporto fra di loro secondo lo schema delle "serie complementari". Brenner (1967) ha sostenuto che le produzioni mentali delle depressioni sono dovute a legami associativi fra certe sensazioni e tracce mnesiche di esperienze depressive cosce ed inconscie che includono perdite di oggetto, perdita di amore ed angosce di castrazione, le così dette "calamità dell'infanzia". Da altro versante, a partire da J. Bowlby, una parte della psicoanalisi ha posto in evidenza come problemi dell'attaccamento possano divenire "rappresentazioni" anche complesse come i "modelli interni di attaccamento" che, generatisi nell'infanzia a partire da una predisposizione biologica ma di necessità anche attraverso una trasmissione "culturale" (dalla madre al figlio), sono poi attivi per tutta la vita, anche se modificabili, e sono fondamentali nel determinare le modalità di attaccamento e quindi anche quelle di perdita e di timore di perdita. Queste basi stabili, che costituiscono un ponte fra aspetti affettivi e cognitivi della vita mentale, non possono che avere una base biologica. Del resto Mishkin, Ungerleider & Macko (1983), per spiegare i risultati di complessi studi comportamentali e neurofisiologici sui primati, hanno presentato modelli nei quali le emozioni possono influenzare le percezioni, l'apprendimento e le rievocazioni, sulla base di studi neuroanatomici che dimostrano, nel sistema nervoso centrale, la presenza di strutture legate a circuiti che collegano percezioni, memoria ed emozioni. Kantor (1990) ha ipotizzato che le "calamità dell'infanzia" possano lasciare tracce biologiche di varia gravità, che si evidenzieranno successivamente, ad esempio in occasioni di perdite, come affetti depressivi o come vere e proprie

malattie depressive, supponendo che la vicenda originaria sia scritta nella biologia come alterazione quantitativa o qualitativa dei livelli di neurotrasmettitori o come modificazioni dei siti recettoriali nelle membrane. Si tratta di ipotesi suggestive, anche se ovviamente ipersemplicate, ma che richiamano alla mente il problema del rapporto corpo-mente ed il fatto che esso si presenta come una sorta di "dicotomia", per ragioni essenzialmente storiche e culturali. Il "dominio psichico" non può essere separato da quello "biologico", sul quale si basa (*Dobbiamo rammentare che tutte le nozioni psicologiche che andiamo via via formulando dovranno un giorno essere basate su un sostrato organico* Freud, 1914).

Il dualismo cartesiano corpo – mente, che è non sradicabile, almeno nelle sue espressioni linguistiche, deve essere visto non come ontologico ma come metodologico (si usano di necessità metodi di studio diversi), *non corrisponde a differenti essenze ma a differenti strutture fra psichico e non psichico* (Green, 1991) o a differenti livelli di organizzazione.

Nel caso di cui si parla, le perdite infantili ed il successivo adattamento della personalità sono fondamentali nella comprensione del caso. Ma nulla nei progressi della moderna biologia impedisce di pensare che gli stessi eventi, gli affetti ad essi connessi, il loro ricordo possano aver contribuito a determinare anche una attitudine biologica alla depressione, anche se non si conoscono fino in fondo le basi di questa attitudine. Può essere sostenuto che, durante i periodi di grave, paralizzante depressione, ci si trovi, da un punto di vista psicoterapico, di fronte ad un muro, una sorta del freudiano "strato roccioso" che non è possibile superare attraverso la cura con la parola, ma eventualmente col ricorso a farmaci. Sovente viene detto (Kantor, 1990) che si incontra, così, un limite della teoria psicoanalitica; è possibile che sia così, ma è anche ipotizzabile che si tratti di un limite alla applicabilità di una tecnica terapeutica.

In B. è stato possibile superare una prima volta l'episodio depressivo, attraverso una terapia combinata ed integrata, nella quale - in modo non molto frequente - la stessa persona dello psicoterapeuta ha somministrato i farmaci, ricorrendo a questa insolita modalità per il timore, connesso alle dinamiche del caso, che una separazione delle due figure avrebbe finito per confermare la scissione e la separazione delle figure significative che avevano avuto cura di lui nel passato. Del resto, sia pure ad un livello diverso, ogni terapia psichiatrica che usi farmaci è una terapia combinata, integrata, alla quale provvede una sola persona poiché non è possibile, anche se lo si voglia, eliminare una ineludibile componente psicoterapica da qualunque trattamento. I pazienti non lo rendono possibile, disse Freud (1904). Nel caso della psichiatria, la componente psicoterapica è di tipo in prevalenza suggestivo; nel nostro caso, vi era il tentativo di rendere possibile il proseguimento di una terapia espressiva attraverso la cura farmacologica di un episodio depressivo che, visto attraverso la psicoterapia, rappresentava una accentuazione ma con un continuum di comprensibilità, dei problemi del paziente. Lo stesso quadro, visto in modo sincronico durante un episodio, poteva essere valutato, dal punto di vista dei sintomi presentati (apatia, inibizione motoria ed ideativa, ipersonnia, perdita degli appetiti) come una malattia a se stante.

Il modello bio-psico-sociale sembra giustificare bene la situazione: il farmaco agisce sul sistema bio-, la psicoterapia su quello psico-, la differenza non inerisce la natura stessa della realtà del fenomeno ma piuttosto riguarda differenti livelli dello stesso. A livello "psico" emergono proprietà che implicano il livello "bio", cioè l'attività cerebrale, ma i fenomeni mentali "come le proprietà dinamiche emergenti" sono inseparabilmente legati ma "differenti da e più che" processi materiali cerebrali, come ha scritto Sperry (1968).

Tutto ciò riprospetta, per quanto da molti negato, il problema del dualismo corpo-mente. Come ha sostenuto Goodman (1991), si è evidenziato come la tradizionale dicotomia fra fisico (organico) e mentale (funzionale) sia linguistico-concettuale piuttosto che inerente in natura. Tutti gli eventi ed i processi coinvolti nella etiologia, patogenesi, manifestazioni sintomatiche e trattamento dei disturbi psichiatrici sono contemporaneamente biologici e psicologici. Le "calamità dell'infanzia" possono essere tali anche per predisposizione biologica; verosimilmente hanno conseguenze biologiche sui neurotrasmettitori, sui siti recettoriali e altro. Ma oltre alla terapia farmacologica, anche la psicoterapia

può avere conseguenze biologiche, verosimilmente più fini e specifiche di quelle, relativamente grossolane, indotte dai farmaci attualmente disponibili.

La differenza potrebbe porsi sul sito al cui livello si colloca inizialmente l'azione, poniamo i neuromediatrici da un lato ed i sistemi percettivi, la costruzione di rappresentazioni, la simbolizzazione dall'altro. Del resto è sovente possibile vedere episodi depressivi come momenti di scompenso in un quadro di disturbo post traumatico da stress, cronicizzatosi in alcuni aspetti della personalità ed entrato in crisi per vicende successive. Di recente Marianne Leuzinger-Bohleber (2008), partendo dalle osservazioni ottenute nel corso della terza analisi di una paziente affetta da scompensi ampiamente coloriti depressivamente, traumatizzata perché colpita nell'infanzia da una grave forma di poliomielite, avanza l'ipotesi che, ai fini di un durevole cambiamento strutturale, siano indispensabili l'elaborazione dell'esperienza traumatica nel transfert e una ricostruzione storico biografica del trauma subito. Sul piano statistico Horowitz, Wilner, Kaltreider & Alvarez (2009) hanno trovato sintomi depressivi in un elevato numero di soggetti affetti da disturbo post traumatico da stress. Poi le vicende si complicano e si intrecciano. La "costruzione" decolpevolizzante di una coerente narrativa, può ridurre la rabbia e iniziare processi di cambiamento a "circolo virtuoso" fra strutture di personalità ed eventi. Ma in questo processo possono inserirsi vicende biologiche, sia per cambiamenti del fondo (ad esempio, nel caso limite di una riduzione di mediatori per diminuzione della luce), sia per la "liberazione" di contenuti mentali, prima inibiti e controllati poi evidenziati perché resi affrontabili dai miglioramenti conseguiti. Su questi peggioramenti sintomatici potrebbe incidere la psicoterapia, ma essa potrebbe non essere in grado di affrontare i "circoli viziosi" che si instaurano, riportando indietro la vicenda. I farmaci, agendo per esempio attraverso una diminuzione delle pulsioni distruttive, potrebbero rimettere in moto il processo di cambiamento.

Naturalmente le vicende a cui si fa riferimento sono sempre assai complesse; le scelte del terapeuta fondamentali in una vicenda che è sempre legata ad un dialogo (o ad un blocco di esso), sia a livello intrapsichico che interpersonale.

Lo psicoterapeuta che prescrive un farmaco antidepressivo deve essere in grado di saper effettuare diagnosi in Asse I, comprendere l'implicazione di tale diagnosi nel trattamento, esaminare le opzioni alternative di trattamento con i pazienti potenziali e/o già in carico, essendo capace di monitorare costantemente i sintomi della depressione e dare appropriate indicazioni terapeutiche nel corso del trattamento, consapevole anche che le ricerche su come il farmaco influisce sulla relazione terapeutica sono relativamente recenti ed in corso di continui approfondimenti (Roose & Cabaniss, 2006). Gli effetti benefici del farmaco sulla sintomatologia depressiva si esplicano attraverso due azioni distinte del farmaco stesso: quella biologica che riduce i sintomi della depressione, e una azione psicologica di significato relazionale (un genitore continua ad occuparsi di lui, della sua rabbia per essere stato cacciato ma senza agire ritorsioni distruttive, anzi comprendendo e mettendo in atto azioni riparative). L'azione del farmaco non avviene tuttavia su sintomi separati dai tratti di personalità, come in psichiatria si è a lungo pensato che accadesse, almeno sinché Klein (1977) non trattò la disforia isteroide con gli Inibitori delle Monoaminossidasi (IMAO).

Si tratta di un percorso molto complesso, raramente utilizzabile e sempre a rischio di attivare una sorta di fantasia di onnipotenza terapeutica per difendersi dalla sofferenza, dal sentimento di impotenza che la dipendenza sprovveduta, la freudiana "hilflosigkeit" o la quasi corrispondente cognitiva "helplessness" del paziente trasmettono. Occorre dunque grande cautela nel decidere di procedere ad un trattamento come quello descritto, che non può essere seguito che molto raramente ed in condizioni peculiari.

Visto il numero e la varietà dei fattori implicati, gli errori possibili sono molti. Ma forse un ipotetico terapeuta perfetto, come un genitore perfetto, non solo non esiste ma, se esistesse, avrebbe conseguenze catastrofiche ad esempio sui sentimenti di colpa e sulla possibilità di sviluppo di capacità riparative del bambino-paziente. E' certo patogeno anche il terapeuta che sa *a priori* cosa fare. Si può schematizzare "è solo una malattia biologica, i farmaci sono la cura, accompagnati naturalmente da un atteggiamento comprensivo ed educato" da una parte; "la psicoanalisi potrebbe guarirlo, ma non è possibile per ragioni economiche, perché non rispetta il setting o altro e allora che ci pensino gli psichiatri!" (di nuovo identificati, nei casi migliori, in educati farmacoterapeuti).

Questa contrapposizione, che può anche contenere elementi di realtà ma che ha quasi sempre una drammatica esasperazione che la rende bugiarda e di chiaro significato difensivo, può talvolta, con difficoltà e limitazioni, come nel caso descritto, essere superata attraverso la duplice azione dello stesso professionista; nella grande maggioranza dei casi richiede l'intervento di due persone diverse, di solito uno psicologo – psicoterapeuta ed uno psichiatra che siano abituati a collaborare, si fidino l'uno dell'altro, che siano capaci di scambi sinceri ed onesti, anche se talora difficili ma tanto più necessari quanto più difficili. Inserire una terza persona all'interno di un setting psicoterapeutico psicodinamico, come già accennato nell'esposizione del caso, oltre che apportare gli effetti benefici del farmaco sulla sintomatologia depressiva, può far emergere nuove fantasie interessanti ed *enactment* sia nel terapeuta che nel paziente. Il primo può avere il timore nascosto di essere ritenuto inadeguato, mentre il secondo può cercare di proteggere o di attaccare il terapeuta quando è in relazione con lo psicofarmacologo (Roose & Cabaniss, 2006) Occorre, quindi, in ambedue la capacità di vedere come le tensioni, le contrapposizioni, i disaccordi eventuali possano essere – e sino a che punto siano – legati alla patologia ed alle difese del paziente. Due professionisti abituati a “fare squadra”, in breve, o “équipe”. Ciò sia nella pratica pubblica che in quella privata, che non si facciano paralizzare dai dilemmi ma li vedano legati alla relazione col paziente e la sua patologia.

Se si lavora in un servizio pubblico - che non può respingere nessuno - o se ci si sente “dottori”, obbligati ad aiutare nella sofferenza senza essere di necessità magicamente guaritori, ad esempio, le contrapposizioni descritte potranno finire per contenere una quota di sadismo che può soddisfare il masochismo del paziente depresso, ma che è isomorfo alla sua patologia, peggiorativo e non mutativo.

Lopez & Zorzi-Meneguzzo (1988) scrissero che per curare un paziente depresso occorrono un analista e un farmaco terapeuta e, possiamo aggiungere, un terapeuta familiare, un esperto in assistenza sociale ecc. Se queste persone sono disponibili ed il paziente può utilizzarle, bene! Ma occorre evitare che il meglio divenga nemico del bene, che là dove questo progetto di massima non sia attuabile, si cerchi almeno di far collaborare uno psicologo-psicoterapeuta ed uno psichiatra, per evitare che si finisca con l'abbandonare il paziente e cioè - in fondo- col farlo peggiorare, confermandogli che per la sua rabbia e la sua disperazione non vi è possibilità di accoglimento.

Bibliografia

Beitman, B.D., Chiles, J., & Carlin, A. (1984). The pharmacotherapy-psychotherapy triangle: psychiatrist, non medical psychotherapist, and patient. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 458-459.

Blatt, S.J. (2006). A Fundamental polarity in psychoanalysis: Implications for personality development, psychopathology, and the therapeutic process. *Psychoanalytic Inquiry*, 26 (4), 492 – 418. [trad. Ital. in *Psicoterapia e Scienze umane* 40 (4), 743 – 764, 2006.]

Brenner, C. (1967). *Breve corso di psicoanalisi* [An Elementary Textbook of Psychoanalysis]. Firenze: Giunti Editore.

Busch, F.N., & Gould, E. (1993). Treatment by a psychotherapist and a psychopharmacologist: transference and countertransference issues. *Hospital Community Psychiatry*, 44, 772-774.

Busch, F.N., Rudden, M., & Shapiro T. (Eds). (2007) Utilizzo della psicoterapia psicodinamica in combinazione con altri approcci terapeutici. In F.N. Busch, M. Rudden, & T. Shapiro(Eds.), *Psicoterapia psicodinamica della depressione* (pp. 189-201). Milano: Raffaello Cortina Editore.

- Cabaniss, D.L. (2001). Beyond dualism: psychoanalysis and medication in the 21st century. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 65, 160-170.
- de Maat, S., Dekker, J., Schoevers, R., van Aalst, G., Gijbbers-van Wijk, C., Hendriksen, M., et al. (2008). Short psychodynamic supportive psychotherapy, antidepressants, and their combination in the treatment of major depression: a mega-analysis based on three randomized clinical trials. *Depression and Anxiety*, 25, 565-74.
- Eissler, K.R. (1953). The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1 (1), 104-143.
- Enactment. (2007). In *APA Dictionary of Psychology* (2nd ed., p. 329). Washington, DC: American Psychological Association.
- Fava, G.A. (2001). L'uso sequenziale della farmacoterapia e della psicoterapia nei disturbi depressivi. In M. Maj, & N. Sartorius (Eds.), *Disturbi depressivi* (pp. 246 – 248). Roma: CIC Edizioni Internazionali.
- Freud, S. (1904). *Psicoterapia*. OSF (vol. 3), Boringhieri, Torino, 1970.
- Freud, S. (1914). *Introduzione al narcisismo*, OSF, (vol. 7), Boringhieri, Torino, 1980..
- Freud, S. (1915). *Lutto e melanconia*. OSF (vol. 8), Boringhieri, Torino, 1980.
- Goodman, A. (1991). Organic unit theory: The mind-body problem revisited. *The American Journal of Psychiatry*, 148, 5.
- Green, A. (1991). *Il linguaggio nella psicoanalisi*. Roma: Borla.
- Horowitz, M.J., Wilner, N., Kaltreider, N., & Alvarez, W. (2009). Manifestazioni e sintomi del disturbo post-traumatico da stress. In R. Williams (Ed.), *Trauma e relazioni. Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee* (pp. 219 -238). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Kantor, S. (1990). Depression: When is psychotherapy not enough? *The Psychiatric clinics of North America*, 13, 241-54.
- Klein D. (1977). Psychopharmacological treatment and delineation of borderline disorders. In P. Hartcollis (Ed.), *Borderline personality disorders: the concept, the syndrome, the patient* (pp. 365-384). New York: International University Press.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2008). Biographical truths and their clinical consequences: understanding 'embodied memories' in a third psychoanalysis with a traumatized patient recovered from severe poliomyelitis. *International Journal of Psychoanalysis*, 89, 1165-1187.
- Lopez, D., & Zorzi-Meneguzzo, L. (1988). Teoria e terapia della depressione. *Gli argonauti. Rivista di psicoanalisi e società*, 44, 3-20.
- McGlashan, T.H., & Keats, C.J. (1993). *Schizofrenia: trattamento ed esito terapeutico* [Schizophrenia: treatment process and outcome]. Milano: Raffaello Cortina Editore
- Mishkin, M., Ungerleider, L.G., & Macko, K.A. (1983). Object vision and spatial vision: two cortical pathways. *Trends in Neuroscience*, 6, 414-417.
- Nasio, J.D. (Ed.). (2002). *I grandi casi di psicosi*. Roma: Edizioni Scientifiche Ma.Gi.
- Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM) (2008) *Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Purcell, S.D. (2008). The analyst's attitude toward pharmacotherapy. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 56 (3), 913-934.

- Riba, M.B., & Balon, R. (Eds.) (2001) *Psychopharmacology and Psychotherapy: A Collaborative Approach*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Roose, S.P., & Stern R.H.(1995) Medication use in training cases: a survey. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 43, 163-170.
- Roose, S.P., & Cabaniss, D.L., (2006). Psicoanalisi e psicofarmacologia. In E.S. Pherson, A.M. Cooper, & G.O. Gabbard (Eds.), *Psicoanalisi. Teoria, clinica, ricerca* (pp.415-433). Edizione italiana a cura di F. Del Corno e V. Lingiardi. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ruini, C., Tomba, E., & Fava, G.A. (2007). Well-Being Therapy (WBT): una strategia psicoterapica per la promozione del benessere psicologico. In A. Delle Fave (Ed.). *La Condivisione del Benessere. Il Contributo della Psicologia Positiva* (pp.113-128). Milano: FrancoAngeli.
- Rush, A.J., & Thase, M.E. (2001). Psicoterapie dei disturbi depressivi: una review. In M.May, & N. Sartorius (Eds), *Disturbi depressivi* (pp.173 – 218). Roma: CIC Edizioni Internazionali.
- Sperry, R.W. (1968). Hemisphere deconnection and unity in conscious awareness. *American Psychologist*, 23, 723-33.
- Tomba, E., & Fava, G.A. (2006). L'approccio clinimetrico in psicologia clinica. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2-3,141-151.
- Tomba, E., & Fava, G.A. (2007). The emerging role of clinimetrics in psychological assessment. In M.A. Lange (Ed), *Leading- Edge Psychological Tests and Testing Research* (pp.129-143). New York: Nova Science Publishers.
- Tomba, E., & Fava, G.A. (2009). The sequential combination of pharmacotherapy and psychotherapy in mood and anxiety disorders. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 2, 101-109.
- Vaughan, S.C., Marshall, R.D., Mackinnon, R.A., Vaughan, R., Mellman, L., & Roose S.P. (2000). Can we do psychoanalytic outcome research? A feasibility study. *International Journal of Psychoanalysis*, 81, 513-527.

Prometeo incatenato. Immigrazione e infezione da HIV.

di Laura Spizzichino*

Già apparivano ai naviganti i più segreti recessi del Ponto e si stagliavano le impervie vette dei monti del Caucaso, dove Prometeo, le membra inchiodate a un'aspra rupe da indissolubili catene bronzee, nutriva col suo fegato un'aquila che incessantemente piombava su di lui.
Apollonio Rodio, *Le Argonautiche* (III secolo a.C.)

Una scimmia e un pesce furono sorpresi da una terribile alluvione e rischiavano di essere trascinati via da torrenti di acqua e detriti. La scimmia scorse un ramo di un albero alla sua portata e lo tirò a sé per mettersi in salvo dall'acqua turbinosa. Poi, volendo aiutare anche il suo amico pesce, tornò nell'acqua, lo prese e depositò anche lui sul ramo.

La morale della storia è: Le buone intenzioni non sono tutto. Se desideri aiutare il pesce devi conoscerne la natura.

Antica fiaba cinese

È opportuno usare grande cautela nel ragionare di immigrazione e di infezione da HIV. Il rischio è infatti indurre l'idea di una stretta connessione tra i due temi. Effettivamente, le popolazioni mobili possono risultare particolarmente vulnerabili e a rischio di contagio a causa di una serie di fattori quali: provenienza da paesi ad alta endemia, emarginazione, barriere linguistiche e culturali, difficoltà ad accedere ai servizi sanitari e ad essere raggiunti da campagne preventive. Per non parlare della possibilità di coinvolgimento nel traffico di esseri umani e/o nella prostituzione. Per avere un quadro reale della situazione bisogna piuttosto affidarci ai dati epidemiologici che provengono dal Sistema di Sorveglianza delle nuove diagnosi (Suligo, Boros, Camoni & Lepore, 2009) di cui fanno parte, al momento, solo alcune Regioni e Province italiane. Tra il 1992 e il 2007 in tali aree sono state registrate circa 23 mila nuove infezioni, di cui il 22,4% in cittadini stranieri. La percentuale per anno è aumentata dall'11,0% nel 1992 al 32,8% nel 2007. Questi incrementi, però, sono da attribuire principalmente al progressivo aumento del numero di stranieri presenti nel nostro paese piuttosto che a una reale crescita dell'epidemia da HIV nella popolazione migrante. Infatti, se si prende in esame l'incidenza, cioè il numero di nuove diagnosi in stranieri in un certo periodo in rapporto al numero di stranieri presenti nello stesso periodo, si evidenzia che, a fronte di un aumento nel tempo del numero annuo di immigrati con una nuova diagnosi di infezione, l'incidenza diminuisce perché negli ultimi tempi è notevolmente cresciuta la loro presenza in Italia. Dunque, dai 138,5 casi per 100.000 stranieri maschi e 75,8 per 100.000 femmine nel 1992, si è passati a 64 e 52,4 rispettivamente nel 2007. Si tratta lo stesso di numeri importanti se confrontati con quelli relativi agli italiani: erano 7 volte maggiori nel 1992 e lo sono addirittura 11 volte nel 2007.

In un contesto di questo tipo, è necessario riflettere sui bisogni psicologici delle persone straniere con HIV e sugli interventi psicoterapeutici da mettere in atto per rispondere a essi. Oggi, come è noto, una diagnosi di infezione da HIV non rappresenta più una condanna a morte come invece accadeva nei primi anni dell'epidemia. Grazie all'introduzione e alla diffusione nei paesi sviluppati dei nuovi trattamenti farmacologici, dimostratisi sempre più efficaci, assistiamo a una considerevole riduzione di morbilità e mortalità tra le persone sieropositive e alla trasformazione dell'infezione in una malattia cronica. Questo, tuttavia, non vuol dire che si siano parallelamente risolti i problemi di chi con questo virus deve convivere. Infatti, proprio in quanto malattia cronica, essa richiede controlli periodici e trattamento farmacologico proiettati a lungo termine e, di conseguenza, una serie di compiti

* Psicoterapeuta, psicologa dirigente presso la Unità Operativa Comportamenti a rischio e Malattie Infettive della ASL Roma E, Roma, Italia. Eventuali comunicazioni possono essere inviate a: lauraspizzichino@gmail.com.

adattativi per il paziente con i quali è difficile confrontarsi e da cui possono derivare uno stress notevole e dei disturbi psicologici di gravità variabile.

I nodi che generalmente si affrontano nell'intervento psicologico clinico con i migranti con HIV sono sovrapponibili a quelli degli italiani. E sono (Spizzichino, 2008):

- l'accettazione della nuova condizione e l'adattamento alla convivenza con il virus, con tutto quel che questo comporta;
- la rivelazione della sieropositività ad altri significativi;
- l'adozione di comportamenti sicuri nei riguardi di sé e degli altri;
- l'accettazione della terapia e l'aderenza a essa.

Tuttavia, negli interventi rivolti alle persone straniere è necessario tenere conto della possibile interferenza delle peculiarità culturali e della condizione stessa di immigrati.

Vi sono infatti alcuni aspetti specifici, culturalmente mediati, che possono influenzare la comprensione e la percezione dell'infezione da HIV e di conseguenza la vulnerabilità individuale a essa. Tra questi si possono menzionare:

- le differenti interpretazioni della medicina, della malattia, della sessualità, della morte, della vergogna, del pudore, della reputazione;
- la disparità dei ruoli maschili e femminili;
- le convinzioni culturali circa l'AIDS.

A proposito di queste ultime, si può citare, nel caso delle persone provenienti da paesi del terzo mondo dove non vi è accesso alle cure, la rappresentazione dell'infezione da HIV come una malattia senza speranza, che provoca sempre sofferenza e morte. Questo comporta una dissonanza rispetto ai messaggi che parlano di una patologia cronica e controllabile quale oggi essa è diventata. Oppure, può persistere l'idea che certi gruppi sanguigni o alcune persone siano immuni al virus, o che Dio possa proteggere alcuni individui piuttosto che altri.

Anche la percezione del rischio è strettamente legata alla cultura di appartenenza. Per esempio, per gli immigrati etiopi l'AIDS è fortemente correlata alla povertà: poiché l'Italia è un paese ricco, ritengono di non correre pericoli e quindi di non dover adottare delle precauzioni (Martini, Di Pasquale, Cohen & Pizzirani, 2004). Gli uomini della Romania, cresciuti sotto il regime di Ceausescu, durante il quale non era consentito parlare di contraccezione e profilattici, sono molto resistenti all'adozione di pratiche preventive efficaci. Inoltre, ogni gruppo etnico ha norme e convinzioni che dettano l'espressione del dolore, la descrizione dei sintomi, il modo di comunicare dolore e sintomi, le convinzioni circa le cause della malattia, l'atteggiamento verso chi aiuta, le aspettative circa le modalità e i risultati della cura. Tutto questo può avere importanti ricadute sulla motivazione a cercare un trattamento, sullo stile di *coping*, sul grado di supportività della famiglia e della comunità, sul tipo di persone cui chiedere aiuto (psicologo, medico generale, sacerdote, guaritore), sul percorso da seguire per arrivare alla cura, sulla prognosi e sull'esito.

"Nella nostra cultura non siamo abituati ad andare dallo psicologo: le nostre cose preferiamo tenercele dentro"

A., 19 anni, rumena¹

Il raggiungimento dell'adattamento alla vita con HIV è legato ad alcune variabili personali e ambientali quali:

- le caratteristiche di personalità del paziente;
- le caratteristiche socioculturali del paziente;

¹ I brani virgolettati sono tratti da sedute di counselling e psicoterapia. Alcuni di essi sono citazioni da Spizzichino (2008). *Counselling e psicoterapia nell'infezione da HIV. Dall'intervento preventivo al sostegno psicologico*. Roma: Franco Angeli.

- la presenza di un adeguato supporto sociale e in particolare la presenza di persone affettivamente significative;
- le caratteristiche della struttura sanitaria e la capacità degli operatori di instaurare un rapporto all'insegna dell'empatia, della comprensione e del contenimento.

L'adattamento, in ogni caso, non è una conquista stabile a causa della natura intrinsecamente evolutiva dell'infezione da HIV: si pensi, infatti, allo stress dei controlli clinici e laboratoristici per monitorarne la progressione, alla comparsa di una qualsivoglia sintomatologia, alla necessità di iniziare il trattamento farmacologico.

“Non si accetta la malattia, ci si convive, ma non si accetta mai veramente. Non credo a quelli che dicono di averla accettata. Certi giorni ti prende la depressione, se ti viene un malessere, un'influenza, pensi subito al virus”.

B., sieropositivo da 20 anni

“Ora il pensiero dell'HIV riesco a metterlo da parte, non è più come nei primi tempi, quando era sempre fisso nella mia mente. È come avere accanto un buco nero: se ci guardo dentro sto male, ma io lo ignoro, guardo avanti e continuo a camminare”.

C., sieropositiva da 2 anni

“Non avrei immaginato che dopo solo un anno dalla diagnosi sarei riuscita a stare come sto oggi. Paradossalmente, dopo che mi sono ammalata ho imparato ad apprezzare quello che ho, in particolare la mia famiglia. Ho raggiunto un equilibrio che credo di non avere mai avuto”.

D., 50 anni

Si può affermare che l'intera esistenza dei sieropositivi è attraversata da un filo rosso rappresentato dall'incertezza. Essa può essere legata alla decisione di sottoporsi al test, agli interrogativi su chi può essere stato la fonte del contagio, all'eventualità di aver potuto infettare qualcuno, al tempo ottimale di inizio della terapia, al livello di efficacia che questa può avere e quanto a lungo, alla sicurezza a lungo termine dei nuovi medicinali, agli effetti collaterali e allo sviluppo di resistenze.

Nel caso degli stranieri, il vissuto di incertezza legato alla malattia può andare a gravare ulteriormente e ad accrescere lo stato di incertezza proprio della vita di immigrato, soprattutto se irregolare. Inoltre, la segretezza relativa alla condizione di sieropositività, nodo cruciale con cui si confrontano le persone con HIV per paura dello stigma e della discriminazione, si sovraccarica per i migranti del timore che la notizia si possa diffondere all'interno della comunità di appartenenza e arrivare ai familiari rimasti in patria. Questo può portare con sé uno stato di isolamento con pesanti ripercussioni sul benessere psicologico, ma anche una ridotta aderenza alle prescrizioni del medico per timore di essere scoperti ad assumere i farmaci.

“Mi pesa la segretezza, mi sento come se dovessi vergognarmi di avere questa malattia”.

E., 30 anni, sudamericano

La convivenza con l'infezione, comporta dunque, ancora prima dell'inizio del trattamento farmacologico e successivamente nel corso di esso, dei controlli periodici per valutare la situazione clinica e la progressione della malattia. Questo vuol dire avere un contatto continuo e una relazione con infettivologi e altri eventuali specialisti delle strutture di cura. Nel caso degli immigrati, dando per acquisito e mantenuto l'accesso all'assistenza sanitaria attualmente garantito per legge anche a quelli irregolari, è necessario che vengano messi in atto degli invii chiari e circostanziati al momento della diagnosi.

“Il medico mi ha comunicato la diagnosi con parole difficili, con termini tecnici senza accertarsi che io avessi capito pienamente. Avevo l'idea che fosse qualcosa di grave, ma ho compreso che si trattava di HIV solo quando sono andata all'ospedale per la terapia. Sono ancora molto confusa”.

F., 27 anni, sudamericana

Ma soprattutto è indispensabile una riflessione sui servizi stessi, sulle loro modalità di funzionamento, sull'eventuale presenza di barriere per le persone appartenenti ad altre culture, che tenga conto dei bisogni di costoro, della rappresentazione che hanno dei servizi sanitari e degli operatori.

Un ulteriore obiettivo dell'intervento psicologico con le persone con HIV è l'*empowerment* e l'assertività nell'interazione con l'équipe medica per l'ottenimento di un buon controllo nella gestione della propria salute. Un ruolo centrale in questo lo dovrebbe giocare, ovviamente, il medico infettivologo che dovrebbe fornire al paziente le informazioni necessarie, adeguate al suo livello di conoscenze, presentargli le opzioni disponibili e metterlo in grado di partecipare in modo attivo alle varie decisioni. Infatti, un paziente coinvolto in prima persona nel processo di *decision-making* riguardo la terapia farmacologica è più motivato a seguire correttamente le prescrizioni (Roberts, 2002; Malcolm, Ng, Rosen & Stone, 2003). Ma anche l'atteggiamento del paziente è decisivo nel creare le condizioni per diventare attivo e coinvolto in ogni aspetto della propria salute.

"All'inizio non capivo nulla e non chiedevo nulla. Ascoltavo il medico che, senza tanti dettagli, mi diceva che andava come doveva andare e mi confermava la terapia. Se facevo domande o esprimevo le mie paure riguardo per esempio ai futuri effetti collaterali dei farmaci, mi liquidava in modo sbrigativo dicendo che gli effetti collaterali sono nulla in confronto a quello che la malattia, se non curata, potrebbe provocare. Ogni volta me ne andavo confusa e impaurita. Poi ho imparato che dovevo farmi valere, che dovevo pretendere spiegazioni con gentilezza e determinazione, non me ne andavo finché non avevo fatto chiarezza sui dubbi e le paure sorti tra una visita e l'altra e sviscerati durante le sedute di psicoterapia. Il mio cambiamento ha provocato il cambiamento del mio medico che è diventato meno frettoloso e più aperto a un dialogo con me".

G., 45 anni, sudamericana.

La rivelazione (*disclosure*) del proprio stato di sieropositività alle persone significative rappresenta per chiunque un tema irto di problemi e generatore di ansia, tra gli eventi stressanti, stando alla letteratura e alle testimonianze dei pazienti, secondo solo al ricevimento della diagnosi. La percezione di questo importante passo è spesso influenzata dalla paura di essere abbandonati, discriminati, isolati o di turbare o sconvolgere i familiari, soprattutto di provocare in loro vergogna, di obbligarli a un aiuto. Inoltre, per alcuni è ulteriormente difficile poiché può comportare anche la rivelazione di scelte sessuali fino a quel momento vissute in segretezza o clandestinità, dell'uso di sostanze stupefacenti o di relazioni extra-coniugali.

Per coloro che appartengono ad altre culture la *disclosure* si tinge di ulteriori sfumature problematiche e a quelle preoccupazioni si aggiungono anche quelle di spezzare i legami familiari, perdere il sostegno economico o di subire violenza fisica. In alcune società, infatti, le donne sono spesso accusate per l'infezione dei mariti anche se sono state contagiate proprio da loro, possono essere cacciate di casa e private di ogni sostegno economico e supporto sociale (Gielen, O'Campo, Faden & Eke, 1997; Temmerman, Ndinya-Achola, Ambani, Piot & Temmerman, 1995).

Va comunque sottolineato che la rivelazione della sieropositività, purché decisa e messa in atto non in modo impulsivo, ma affrontata al tempo debito come un processo di *decision-making* in diversi passi che comprenda l'analisi dei dilemmi, delle barriere e delle decisioni per ognuno di essi (Serovich, 2000), ha delle ripercussioni positive sulla vita delle persone con HIV. Secondo il World Health Organization (World Health Organization, 2004), coloro che hanno rivelato hanno riscontrato un aumentato sostegno e una maggiore accettazione, un rafforzamento dei legami con familiari e amici, la diminuzione dell'ansia e dei sintomi depressivi. Contrariamente alle aspettative dei pazienti, si è evidenziato anche che la comunicazione non è necessariamente associata alla rottura delle relazioni stabili in corso.

"Eravamo sposati da più di 10 anni quando, in seguito a una grave malattia, abbiamo appreso che lui è sieropositivo. Nemmeno per un attimo ho pensato di lasciarlo. Siamo andati avanti insieme, inizialmente entrambi storditi, poi sempre più sereni. Mi sono meravigliata di me stessa: sono stata una roccia".

H., donna di 40 anni.

L'intervento psicologico clinico con le persone con HIV deve trattare anche il tema dei comportamenti rischiosi sia per il paziente che per gli altri, focalizzandosi sull'aspetto dell'altruismo e della preoccupazione circa il benessere del/della partner, ma anche su quello della loro salute e quindi sulla necessità di evitare superinfezioni con ceppi resistenti ai farmaci e altre infezioni sessualmente trasmesse.

Negli anni passati gli interventi preventivi si sono orientati particolarmente verso le persone sieronegative affinché adottassero comportamenti che impedissero loro di infettarsi: il messaggio era che ciascuno deve proteggere se stesso. Ma alla luce dei dati più recenti sullo stato dell'epidemia, da più parti si afferma la necessità di rivolgersi anche alla popolazione sieropositiva (Centers for Disease Control and Prevention, 2003) il più possibile a ridosso della diagnosi (Colfax et al., 2002).

Un aspetto che si tende a non considerare con sufficiente attenzione è rappresentato dagli sforzi che le persone con HIV devono mettere in atto per evitare di infettare gli altri. Anche se può sembrare ovvio che costoro abbiano la responsabilità di non diffondere il virus, tuttavia si trascura di riconoscere le difficoltà psicologiche che incontrano nell'attuare cambiamenti nelle abitudini e soprattutto nel mantenerli nel tempo. In ogni caso, l'attenzione deve essere posta nello scegliere strategie che puntino al senso di responsabilità senza contemporaneamente provocare sentimenti di colpa e incoraggiare o rinforzare lo stigma sociale.

In generale, si è visto che il raggiungimento dell'obiettivo è possibile se si tiene conto degli individui nella loro complessità e non ci si limita al sesso o all'uso di sostanze. Devono invece essere affrontate in modo articolato anche tematiche quali le relazioni, il lavoro, l'assistenza sanitaria, lo stigma e la discriminazione.

Anche in questo ambito il lavoro con gli immigrati sieropositivi risente di alcune difficoltà legate sia alla loro condizione che alla cultura di appartenenza. Un fatto incontestabile è la oggettiva difficoltà a raggiungerli con campagne informative ed educative riguardo i comportamenti sicuri. Anche la percezione della malattia e del rischio giocano un ruolo centrale, come già detto. Infine, è necessario riflettere sulle motivazioni profonde, spesso anche culturalmente mediate, che spingono alla presa di rischi e sui bisogni intrapsichici che questa va a soddisfare. In ogni caso, il cambiamento verso comportamenti più sicuri è un processo, non un punto di arrivo definitivo, richiede tempo e va mantenuto e rinforzato poiché la ricaduta è la regola, non l'eccezione.

La terapia farmacologica rappresenta un aspetto centrale nel lavoro con le persone con HIV. I nuovi protocolli terapeutici, a disposizione dal 1996, si stanno dimostrando estremamente efficaci, garantendo una più lunga sopravvivenza e migliorando la qualità della vita. Perché questo si verifichi, però, almeno stando alle nostre conoscenze di oggi, è indispensabile sapere di essere sieropositivi, accedere ai servizi di cura, assumere i farmaci per tutta la vita, senza interruzioni di sorta, avere una aderenza elevata al trattamento farmacologico. Si è stimato che, per ottenere una risposta virologica e immunologica ottimale ed evitare malattie opportunistiche, l'aderenza deve essere almeno del 95% (Paterson, Swindells & Mohr, 2000), soglia sicuramente molto difficile da mantenere nel tempo. Tuttavia, una ricerca più recente (Nachegea et al., 2007), che ha preso in esame regimi basati su farmaci più nuovi e che ha osservato oltre 2800 adulti sieropositivi per più di due anni, suggerisce, a conferma di studi precedenti con campioni numericamente più ridotti, che è possibile ottenere la soppressione virale già a partire da un'aderenza superiore al 50%.

Se ragioniamo sulla situazione degli immigrati in questo ambito, emerge innanzi tutto un primo dato preoccupante: il ritardo di diagnosi. Si tratta di un fenomeno diffuso in molti altri paesi ricchi: in Italia, secondo i dati di sorveglianza (Suligoj et al., 2009), la proporzione di pazienti con la diagnosi di sieropositività a meno di sei mesi da quella di AIDS è aumentata dal 1996 al 2008 dal 20,5% al 59,7% ed è più elevata tra coloro che hanno acquisito l'infezione attraverso rapporti sessuali e tra gli stranieri. Tra questi ultimi, in particolare, il ritardo riguarda il 70,9% del totale degli immigrati contro il 38,4% tra gli italiani. Ovviamente, questo ha delle conseguenze importanti in termini sia di diffusione del virus che di inizio tempestivo, e quindi di efficacia, del trattamento farmacologico.

I farmaci contro HIV e le analisi correlate nel nostro paese sono gratuiti per tutti, compresi gli immigrati, anche quelli irregolari. Assume, quindi, per loro una rilevanza notevole l'apprendere della propria sieropositività in Italia dove è possibile controllare lo stato dell'infezione e accedere alla terapia. Come si diceva, infatti, in alcuni paesi, africani soprattutto, ma anche asiatici ed europei, questa opportunità non esiste o è molto limitata. Al dicembre 2006, nell'Africa sub-sahariana era in terapia solo il 28% di coloro che ne avevano bisogno, anche se sicuramente questo rappresenta un enorme progresso alla luce del 2% relativo a tre anni prima. Nello stesso periodo, la percentuale dei sieropositivi in trattamento era del 19% in Asia e del 14% negli stati dell'Europa orientale a basso o medio livello di risorse. I più penalizzati in assoluto sono i bambini: solo l'8% di coloro che dovrebbero ricevere la terapia ha accesso a essa e soltanto una donna con HIV in gravidanza su dieci viene sottoposta alla profilassi per ridurre la trasmissione del virus al figlio² (World Health Organization/UNAIDS/UNICEF, 2007). Tutto ciò è dovuto a una serie di fattori (Giuliano & Vella, 2007), quali:

- il costo dei farmaci;
- i possibili conflitti con altre emergenze sanitarie;
- l'assenza di adeguate infrastrutture sanitarie;
- la mancanza di formazione e aggiornamento del personale sanitario;
- la complessità del trattamento antiretrovirale;
- il problema dello stigma e della discriminazione.

Quindi, se da un lato ricevere la diagnosi di infezione da HIV in un paese ricco offre l'opportunità di essere curati,

“È un miracolo di Dio averlo scoperto in Italia, altrimenti non avrei mai potuto curarmi. Mi viene da pensare a quelli con questa stessa malattia che sono rimasti nel mio paese e non possono far niente, se non aspettare di morire”.

L., 30 anni, originario di uno stato dell'Africa sub-sahariana

dall'altro tiene le persone straniere indissolubilmente legate al paese ospite laddove la terapia antiretrovirale sarebbe precluso in quello di origine.

“Ho iniziato la terapia, sto bene, ma non potrò mai più tornare nel mio paese. Lì non ci sono le medicine, morirei. Non vedrò più i miei familiari e loro non riusciranno a capire il perché o se ne daranno una spiegazione che sarà ingiusta nei miei riguardi”.

L., 27 anni, sudamericana

Per questi pazienti, quindi, si potrebbe parlare di una sindrome di Prometeo, dal nome del titano che Zeus fece incatenare alla cima più alta del Caucaso. Essa è caratterizzata da senso di sradicamento, vissuto di perdita, isolamento, impotenza, perdita di fiducia nel futuro nonostante l'aspettativa di sopravvivenza, ansia, tristezza, depressione. Si sentono incatenati, impossibilitati a far ritorno nel paese di origine, pena l'interruzione del trattamento salvifico. Tutto questo ancor di più vale per gli immigrati irregolari per i quali il rientro in Italia dopo una breve permanenza in patria sarebbe del tutto inattuabile. Continuando a seguire il filo del mito, il riferimento a Prometeo assume un significato ulteriore poiché egli venne posto in quella dolorosa situazione senza speranza - Zeus giurò che non lo avrebbe mai liberato - per punirlo di aver ridato il fuoco agli uomini. E il tema della punizione ricorre spesso nel lavoro clinico con le persone con HIV, sia italiane che straniere, che sentono la malattia come una punizione di Dio per una “cattiva” condotta, per i comportamenti rischiosi o incoscienti avuti.

² È possibile ridurre drasticamente il rischio che il figlio di una donna con HIV contragga l'infezione attraverso l'applicazione di un protocollo che prevede la somministrazione di antiretrovirali alla madre per l'intera durata della gravidanza e durante il parto e al bambino nel primo mese di vita. Inoltre, sono necessari il parto cesareo attuato prima che inizi il travaglio e l'allattamento artificiale. In questo modo il rischio passa dal 25% allo 0-1% a seconda degli studi.

Una fase delicata per le persone con HIV è quando si profila all'orizzonte l'inizio della terapia farmacologica. Spesso questo viene vissuto come il segnale che la situazione sta precipitando e che la fine è prossima. In realtà, le linee guida internazionali tendono ad anticipare sempre più i tempi e il trattamento assume dunque una valenza preventiva, nel senso che si comincia quando l'organismo è ancora in buona salute e di conseguenza in grado di rispondere meglio e di sopportare eventuali effetti collaterali dei farmaci. Questo, ovviamente, se non si è costretti a intervenire in emergenza, in presenza di gravi patologie o addirittura in fase di AIDS, a causa del ritardo di diagnosi.

L'intervento psicologico clinico deve pertanto affrontare anche questo aspetto, ponendosi l'ulteriore obiettivo di rispondere ai bisogni informativi sul tema che molti pazienti sieropositivi, in particolare quelli stranieri, mostrano di avere.

Alcuni, soprattutto a ridosso della diagnosi, si mostrano impazienti di cominciare la terapia farmacologica.

“Il numero dei CD4+ è alto, la carica virale³ molto bassa. Il medico ha detto che per ora non devo iniziare la terapia. Questo mi fa star male, sono agitato, angosciato. Non posso tollerare l'idea che mentre il virus sta invadendo il mio corpo noi ce ne stiamo con le mani in mano, gli lasciamo campo libero senza opporci in alcun modo. È terribile e assurdo”.

M., 40 anni

Ma, anche quando fortemente atteso, l'inizio può far sperimentare alle persone emozioni raffrontabili con quelle provate subito dopo la diagnosi.

“Pensavo di sentirmi sollevata iniziando la terapia e quindi cominciando ad affrontare e combattere il virus. Invece, provo di nuovo una rabbia e un senso di colpa senza fine. Non vedo orizzonti né prospettive. Mi sembra di essere tornata a quando ho scoperto di essere sieropositiva. E mi rendo conto che per chi mi sta vicino questo è difficile da comprendere”.

N., 50 anni

Alla luce di quanto fin qui esposto si può prevedere che sempre più persone con HIV, e tra queste molte straniere, nel futuro prossimo faranno domanda di intervento psicologico clinico, non necessariamente per problemi legati all'infezione, ma in situazioni in cui, necessariamente, questa sarà presente anche se solo di sfondo, pronta a porsi in primo piano a seconda del volgersi degli eventi. Pertanto gli operatori della salute mentali saranno chiamati ad arricchire la propria formazione in materia sia di HIV che di transcultura.

È auspicabile che accrescano la propria consapevolezza dei fattori culturali, religiosi, sociali e politici che hanno un impatto sulla vita dei pazienti, non interpretando secondo il proprio sistema di riferimento la loro esperienza e il loro comportamento, confrontandosi con i propri pregiudizi, stereotipi e considerazioni razziste, affrontandoli direttamente. Dovranno inoltre operare una traduzione e quindi una trasduzione, cioè imparare a tradurre il disagio del paziente nel proprio linguaggio culturale e restituire il messaggio in un linguaggio che il paziente comprenda.

L'obiettivo non deve essere quello di creare un'antropologia sanitaria culturale, ma di riconoscersi nella pratica semiologica, diagnostica e terapeutica in una disposizione di incertezza metodologica. Come afferma lo psichiatra Wang Bin (1991):

“Qual è la condizione possibile per la conoscenza reciproca fra culture diverse? È la capacità umana di mettere in atto una sospensione mentale di alcuni concetti dati, apparentemente universali per una cultura e fondamentali per il suo modello di pensiero, ma relativi e persino irrilevanti o estranei per le altre culture”.

Fondamentali, infine, l'aggiornamento, soprattutto per quel che riguarda l'infezione da HIV il cui stato dell'arte è in continua evoluzione, la supervisione e la valutazione degli interventi.

³ Si tratta di due marker di progressione. Il primo è la conta di una sottoclasse di linfociti bersaglio di HIV, il secondo è il numero di copie del virus per unità di misura del sangue.

Bibliografia

- Centers for Disease Control and Prevention (2003). Incorporating HIV prevention into the medical care of persons living with HIV. *Morbidity Mortality Weekly Report*, 52 (RR-12), 1-24. Retrieved June 22, 2009, from <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5212a1.htm>
- Colfax, G.N., Buchbinder, S.P., Cornelisse, P.G., Vittinghoff, E., Mayer, K., & Celum, C. (2002). Sexual risk behaviours and implications for secondary HIV transmission during and after HIV seroconversion. *AIDS*, 16 (11), 1529-35.
- Gielen, A.C., O'Campo, P., Faden, R.R., & Eke, A. (1997). A women's disclosure of HIV status: Experiences of mistreatment and violence in an urban setting. *Women's Health*, 25 (3), 19-31.
- Giuliano, M., & Vella, S. (2007). Inequalities in health: access to treatment for HIV/AIDS. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 43 (4), 313-6. Retrieved June 22, 2009, from http://www.iss.it/binary/publ/cont/313%20-%20ANN_07_47%20Giul.1201519910.pdf
- Malcolm, S., Ng, J.J., Rosen, R.K., & Stone, V.E. (2003). An examination of HIV/AIDS patients who have excellent adherence to HAART. *AIDS Care*, 15 (2), 251-61.
- Martini, M., Di Pasquale, L., Cohen, G., & Pizzirani, A. (2004). *Responsiveness of Ethiopian community living in Italy to HIV-AIDS prevention material*. Paper presented at 15th International AIDS Conference, Bangkok, Thailand.
- Nachega, J.B., Hislop, M., Dowdy, D.W., Chaisson, R.E., Regensberg, L., & Maartens, G. (2007). Adherence to no nucleoside reverse transcriptase inhibitor-based HIV therapy and virologic outcomes. *Annals of Internal Medicine*, 146 (8), 564-73.
- Paterson, D.L., Swindells, S., & Mohr, J. (2000). Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine*, 133 (1), 21-30.
- Roberts, K.J. (2002). Physician-patient relationships, patient satisfaction and antiretroviral medication adherence among HIV-infected adults attending a public health clinic. *AIDS Patient Care and STDs*, 16 (1), 43-50.
- Serovich, J.M. (2000). Helping HIV-positive persons to negotiate the disclosure process to partners, family members, and friends. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26 (3), 365-72.
- Spizzichino L. (2008). *Counselling e psicoterapia nell'infezione da HIV. Dall'intervento preventivo al sostegno psicologico*. Roma: Franco Angeli.
- Suligo, B., Boros, S., Camoni, L., & Lepore, D. (Eds). (2009). Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV al 31 dicembre 2007 e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2008. *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità*, 22 (3 Suppl. 1), 3-23. Retrieved June 22, 2009, from <http://www.iss.it/binary/publ/cont/onlinecoa1.pdf>
- Temmerman, M., Ndinya-Achola, J., Ambani, J., & Piot, P. (1995). The right not to know HIV-test results. *Lancet*, 345 (8955), 969-70.
- Wang Bin (1991). Relativismo culturale e metametodologia. In A. Le Pichon, L. Caronia (Eds.), *Sguardi venuti da lontano: Un'indagine di transcultura*. Milano: Bompiani
- World Health Organization (2004). *Gender dimension of HIV status disclosure to sexual partners: Rates, barriers and outcomes. A review paper*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved June 22, 2009, from <http://www.who.int/gender/documents/en/genderdimensions.pdf>
- World Health Organization/UNAIDS/UNICEF (2007). *Towards universal access. Scaling up priorities HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress Report, April 2007*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved June 22, 2009, from http://data.unaids.org/pub/Report/2007/20070925_oms_progress_report_en.pdf

La relazione fra l'attaccamento, le rappresentazioni interne ed il fenomeno alcolismo: il progetto di recupero dell'amabilità e del senso di efficacia personale

di Rossana Travaglini*

Introduzione

L'attaccamento può essere definito come un sistema comportamentale finalizzato a raggiungere e mantenere il contatto con una figura in grado di dare sicurezza e protezione. Il bisogno che muove i comportamenti del bambino è, dunque, la ricerca della sicurezza e della protezione. Tale sistema si è selezionato per garantire la sopravvivenza della specie ed è un sistema motivazionale primario, indipendente dall'offerta di nutrimento (e quindi dalla gratificazione orale) e legato, invece, alla necessità di intimità e di legami affettivi. (Ainsworth, 1963; Ainsworth & Bowlby, 1991; Ainsworth, Bells, & Stayton, 1974; Bowlby, 1958, 1969, 1973, 1980, 1988; Holmes, 1993; Lorenzini-Sassaroli, 1995; Caviglia, 2003).

Il bambino ha una propensione biologica a formare legami di attaccamento che però poi potranno risultare funzionali o patologici a seconda dell'interazione bambino-caregiver. (Ainsworth, & Eichberg, 1995; Bowlby, 1988; Liotti, 1992; Greenberg, 2002).

La teoria dell'attaccamento propone un modello di mente relazionale perchè ritiene che il mondo interno si costruisca attraverso le relazioni per cui le costruzioni intrapsichiche (definibili come Modelli Operativi Interni o rappresentazioni interne o schemi cognitivi) nascono nella relazione bambino-caregiver. Infatti, sulla base di eventi relazionali ripetuti, il bambino prima e l'adulto poi sviluppano idee di sé e del mondo in base alle quali produrranno aspettative e previsioni da cui dipendono il funzionamento interpersonale ed i comportamenti. Nella memoria si fissano esperienze relazionali (le strategie di attaccamento) che diventano modelli mentalizzati di relazione, una sorta di prototipo di interazione, derivato da ciò che si è appreso e che viene riproposto poi successivamente. Queste esperienze relazionali precoci diventano una guida sia nei rapporti con gli altri sia nella modalità di dare significato all'esperienza perchè sulla base della definizione degli aspetti essenziali di sé e del mondo, impressi nella memoria semantica in modo indelebile, si costruiscono le aspettative che permettono di fare previsioni ed organizzare i comportamenti. (Grossmann, & Grossmann, 1995).

Le informazioni racchiuse nelle esperienze relazionali precoci danno luogo alle rappresentazioni interne, note anche con il termine di Modelli Operativi Interni; esse riguardano varie tematiche: il sentimento di essere degno, amabile, meritevole di cure, capace, forte ed efficace; la possibilità di essere accettato, ascoltato e legittimato nella percezione dei propri bisogni; l'affidabilità ed i comportamenti attesi dagli altri (accettazione, cura, protezione oppure rifiuto, intrusività, maltrattamento); la modalità di chiedere aiuto, le strategie per avvicinare le figure significative e la distanza ottimale nel rapporto con loro (Bowlby, & Robertson, 1992; Brethertoni, 1992; Lorenzini-Sassaroli, 1995).

Dunque gli adulti ricreano, nei rapporti interpersonali, le esperienze relazionali infantili (si potrebbe parlare di una sorta di coazione a ripetere, che ricorda il concetto, a suo tempo, proposto da Freud) (Freud, 1911; Gabbard, 1992); la ripetizione è legata alla fissazione nella memoria di esperienze precoci che diventano modelli mentalizzati di relazione.

L'ipotesi di questo lavoro è che l'alcolismo possa rappresentare un tentativo di recuperare il senso di efficacia personale ed i sentimenti di amabilità e di dignità personale, compromessi a causa dello sviluppo di idee di sé e del mondo, dolenti e pervasive, nate a partire da un accadimento disfunzionale.

* Dirigente Medico I Livello Psichiatra ASL 10 Firenze. Consulente Psichiatra del Centro di Alcologia dell'AOU Careggi, Firenze

Materiali e Metodi

Ho considerato cinque pazienti (quattro femmine ed un maschio, di età compresa fra 37 e 60 anni) afferenti ad un centro alcologico all'interno di un'azienda ospedaliera, in astinenza da almeno tre settimane, con esclusione di disturbi indotti secondo i criteri del DSM IV. Due di essi presentano anche disturbi del comportamento alimentare (bulimia nervosa), diagnosticabili sempre secondo i criteri del DSM IV (Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali IV Edizione). Le rappresentazioni interne e gli schemi cognitivi sono stati individuati e valutati attraverso colloqui clinici con setting variabile ma con frequenza almeno quindicinale e attraverso l'uso di strumenti cognitivo-costruttivisti: schede ABC (trasformate in una sorta di diario dell'uso di alcool) e autocaratterizzazione (Cionini, 1991; Fonagy, & Target, 2001; Guidano, 1988; Kelly, 2004; Semerari, 2002). Le schede ABC vengono date da compilare al paziente al di fuori della seduta quando vive stati emotivi problematici (nel caso di alcolisti quando sentono il desiderio di bere e/o lo fanno, per cui di fatto diventano una sorta di diario dell'impulso a bere e dei consumi); la scheda è suddivisa in quattro colonne: nella prima devono essere annotati gli eventi e gli antecedenti dello stato emotivo problematico; nella seconda i pensieri che la persona riconosce prima, durante o dopo; nella terza le emozioni provate e riconosciute; nella quarta i comportamenti scelti per fronteggiare e gestire la situazione. Attraverso una serie di domande a partire dalle emozioni e dai pensieri connessi è possibile risalire alle idee più profonde e pervasive che le persone hanno di sé e del mondo e capire il ruolo del comportamento scelto (in tal caso l'assunzione dell'alcool). L'autocaratterizzazione consiste nello scrivere un breve profilo di se stessi, in terza persona singolare, come se a parlare fosse una persona intima che conosce bene il soggetto; poi a partire dagli aggettivi utilizzati per questa autodescrizione, attraverso domande specifiche ("cosa non le va nel fatto di essere/non essere...? Cosa non le piace del fatto di essere/non essere...? Come definirebbe una persona che...?) ed analizzando i poli opposti degli aggettivi stessi è possibile risalire alle rappresentazioni interne.

Scopo dello Studio

1) *Individuare se esiste un rapporto fra le rappresentazioni interne e l'uso dell'alcool:* l'assunzione dell'alcool può avere un significato strumentale rispetto alla gestione di stati emotivi problematici derivanti da idee dolenti, disfunzionali ma pervasive di sé e del mondo (alcolismo come comportamento ripetitivo e tentativo, ovviamente fallimentare, di gestione/risoluzione di dinamiche intrapsichiche ed interpersonali fonte di sofferenza); oppure può diventare una sorta di "base sicura", cioè un punto di riferimento, una specie di rifugio o di figura di attaccamento in persone che non hanno mai fatto sincere esperienze di accudimento.

2) *Individuare in modo più approfondito il ruolo dell'alcool nell'economia mentale della persona:* in linea teorica ci possono essere, a mio avviso, tre possibilità, anche se poi non è sempre facile, praticamente, fare una netta distinzione:

a) *uso dell'alcool come strategia di mastery per affrontare e gestire stati emotivi problematici.* L'uso strumentale della sostanza, in tali casi, si verifica a partire da un processo di regolazione narcisistica tutto sommato abbastanza riuscito e completato. Si tratta di persone che scelgono strategie di *problem solving* errate e/o dannose, non riuscendo ad effettuare un bilancio appropriato fra rischi e benefici del comportamento scelto per gestire i propri stati emotivi problematici. In questi casi le rappresentazioni di sé sono soprattutto quelle di persone inefficaci, incapaci o inadeguate e del mondo come giudicante. Si sentono spesso al centro dell'attenzione degli altri, sotto giudizio o sotto esame e danno la stessa importanza alla

considerazione di chiunque stia loro intorno, senza riuscire a fare delle differenze. Fra i cinque casi da me considerati in questo lavoro due soggetti presentavano tali caratteristiche.

b) uso dell'alcool come sostituto di figure di accudimento (alcool come una sorta di base sicura): tentativo improprio di colmare un bisogno di accudimento/relazione profondo ed idealizzato. In questi casi il distacco dalla sostanza deve essere attentamente ponderato e tentato solo quando la persona sia effettivamente pronta, per non incorrere in un peggioramento del quadro clinico (tentativo si suicidio, destrutturazione psicotica, spostamento e trasformazione del sintomo). In questi casi le rappresentazioni di sé sono di persone non amabili ed indegne mentre quelle del mondo essenzialmente come rifiutante: si aspettano di essere rifiutate ed abbandonate sempre e comunque. Due dei pazienti da me considerati presentavano tale funzionamento.

c) ruolo dell'alcool nel processo di regolazione narcisistica: uso della sostanza come modalità di volere bene a se stessi, nel tentativo di raggiungere un'adeguata affermazione personale, nel costruire un'immagine di sé accettabile ai propri occhi, nel gestire disconferme e frustrazioni senza che esse diventino destrutturanti. Uno dei pazienti dello studio presentava un chiaro blocco del processo di regolazione narcisistica.

Risultati e Discussione

In tutti i cinque pazienti è stato possibile individuare precise rappresentazioni di sé e del mondo: in tre casi idee di Sé come indegno, disgustoso, non amabile, inutile e del mondo come rifiutante mentre negli altri due casi Sé come incapace, inadeguato, inefficace e mondo come giudicante/rifiutante. In due casi vi era un uso strumentale dell'alcool, a partire, però, da un processo di regolazione narcisistica tutto sommato riuscito e completato; le persone usavano strategie di *mastery* errate e/o dannose, a causa di una scorretta valutazione del rapporto costi/benefici del comportamento scelto (uso dell'alcool).

In tre dei pazienti presi in considerazione, attraverso i colloqui clinici (con particolare attenzione alla ricostruzione della storia di vita e delle relazioni con le figure significative), ho potuto rilevare un accudimento disfunzionale che ha portato ad un blocco o ad una anomalia nel processo di regolazione narcisistica; in due casi l'alcool era vissuto come una sorta di figura di attaccamento ed andava a colmare un bisogno di relazione ed accudimento profondo ed idealizzato. Così il legame con la sostanza era talmente profondo e viscerale, da far dubitare al terapeuta dell'opportunità di metterlo in discussione, per evitare un possibile peggioramento del quadro clinico. Infine uno dei pazienti da me considerato in questo lavoro presentava un blocco nel processo di regolazione narcisistica che si era, infatti, arrestato all'inizio. Il paziente si è sempre sentito criticato e giudicato dal padre che di fatto lo ha come "castrato", impedendogli di riuscire ad accettarsi, di legittimare le proprie inclinazioni e percezioni e di tollerare i propri limiti. Così il paziente da sempre rincorre un'immagine ideale di sé che però non può raggiungere mai: ogni conquista è sminuita, vissuta come dovuta e accantonata perchè confrontata con ciò che non è e/o che non riesce ad essere; non sa dare valore né gioire dei risultati raggiunti, si sente sempre sotto esame e vive ogni situazione come prestazione da cui dovrà essere definito e dedotto il valore della sua persona. L'alcool gli è servito per sopportare il fatto di non riuscire ad essere come pensa di dover essere (perfetto) e per accettare i propri limiti, talvolta anche per poter staccare da un rimuginio continuo e doloroso su queste tematiche ("per non pensare...").

Come si arriva all'uso di alcool da tali rappresentazioni? A mio avviso a partire da queste rappresentazioni (con le caratteristiche che ho cercato di mostrare), si verificano una o più anomalie all'interno del processo di regolazione narcisistica.

Esso prevede diverse tappe: 1) l'essere riconosciuti speciali dalle figure di accudimento (gli occhi dei genitori che si illuminano di fronte al proprio figlio, comunque esso sia); 2) il bisogno di rifornimento narcisistico: necessità di vedere riconosciuti i propri bisogni, percezioni, scelte, inclinazioni; 3) l'individuazione/separazione dalle figure genitoriali; 4) il raggiungimento di un preciso ruolo nel mondo e la conquista di una propria originalità.

La disregolazione nel processo di accettazione e di voler bene a se stessi può avvenire a vari livelli e con diverse modalità; le più frequenti ed importanti sono:

1) *Non sentirsi riconosciuti come speciali agli occhi delle figure significative;*

2) *Mancata legittimazione dei bisogni e delle percezioni:* ne deriva l'impossibilità di fidarsi di sé, quindi un eccessivo bisogno di rifornimento narcisistico che si traduce in una ricerca, continua ed instancabile, di essere considerati speciali dall'altro significativo (perché unica fonte di legittimazione di se stessi e di validazione delle proprie scelte), ed un sentimento di impotenza appreso. Così non è possibile trovare la giusta distanza nelle relazioni, a causa dell'impossibilità di separazione/individuazione e del vitale bisogno di approvazione/accettazione dell'altro significativo.

3) *Impossibilità di individuazione/separazione:* incapacità di sostenere il conflitto: catastrofizzazione dell'eventuale rifiuto (che viene vissuto come un evento estremamente probabile ma dirompente e distrutturante) ed impossibilità di gestire le frustrazioni.

4) *Attuazioni di peculiari strategie di adattamento:* per gestire la paura del rifiuto, il sentimento di impotenza, il disgusto verso se stessi e le frustrazioni:

- a) controllo ossessivo e pervasivo
- b) perfezionismo
- c) idealizzazione

Tali strategie di adattamento, alla lunga, si rivelano disfunzionali ed inutili al punto che la persona finisce con il rivolgersi alla sostanza, per non pensare e per non sentire la fatica di tali meccanismi intrapsichici oppure per la convinzione che serva a gestire gli stati emotivi (ansioso-depressivi) che ne derivano. L'alcool può acquistare, così, un ruolo sia nella gestione di stati emotivi problematici (alcool come strategia di *mastery*) sia nel processo di regolazione narcisistica; può anche diventare un sostituto di figure di accudimento, una sorta di base di sicura a cui la persona si attacca nel tentativo (fallimentare) di colmare un grosso vuoto ed un profondo bisogno di legami intimi. Nella mia esperienza clinica ciò si verifica quando è toccato il tema del corpo oppure del sentimento di dignità e di amabilità, come accade in persone che hanno subito esperienze di violenza fisica e/o abuso sessuale (uno dei cinque casi considerati). L'uso dell'alcool può così diventare un tentativo di risoluzione/gestione di dinamiche intrapsichiche ed interpersonali legate a peculiari rappresentazioni di sé e del mondo derivate dalle esperienze...Una sorta di "deliroide" costruito a partire dall'esperienza di accudimento.

Conclusioni

Ho cercato di capire l'importanza ed il ruolo dell'uso dell'alcool a partire dallo studio della teoria dell'attaccamento. Sulla base di tale teoria il bisogno principale che muove i comportamenti del bambino è la ricerca della sicurezza e della protezione ed essa propone un modello di mente relazionale per cui il mondo intrapsichico si costruisce sulla base delle relazioni. Così il bambino prima e l'adulto poi, sulla base delle interazioni ripetute con le figure significative, si

costruiscono idee di sé e del mondo sulla cui base fanno previsioni, da cui nascono aspettative e vengono organizzati i comportamenti. Con questo studio ho cercato di individuare quali rappresentazioni di sé e del mondo siano presenti negli alcolisti e che ruolo esse abbiano nell'attaccamento al sintomo e nell'uso della sostanza. Ho rilevato che nei cinque pazienti presi in considerazione vi sono rappresentazioni peculiari che possono essere collegate con l'uso dell'alcool e spiegare il ruolo che esso riveste nell'economia mentale della persona.

Queste considerazioni comportano alcune conseguenze sul piano clinico-terapeutico:

1) *Necessità di comprendere caso per caso il ruolo della sostanza prima di eliminarla*: altrimenti vi è il rischio di lasciare il soggetto sguarnito di strategie di adattamento, con la possibilità di un peggioramento clinico (destrutturazione psicotica, tentativo di suicidio, spostamento del sintomo)

2) *Lentezza nell'ottenere un cambiamento significativo*: considerare le cosiddette "manipolazioni" dei pazienti come tentativo di difesa della propria identità, comprensibili sulla base della loro storia di accudimento.

3) *Necessità di intervenire prima possibile*: allo scopo di evitare che le rappresentazioni di sé e del mondo si consolidino, cristallizzino e diventino così centrali nella definizione di sé da non poter essere modificate.

4) *Necessità di concordare riformulare continuamente gli obiettivi del percorso terapeutico*: bisogno di lavorare contemporaneamente sul sintomo e sullo sfondo, cercando di confutare l'effettiva utilità dell'uso dell'alcool per risolvere problematiche esistenziali effettive. Agire al posto del paziente non solo è inutile ma si traduce, inevitabilmente, per il terapeuta in un sentimento di impotenza, fallimento e frustrazione che sono fra le principali cause di burn-out.

Bibliografia

Ainsworth, M.D.S. (1963). *The Development of Infant-Mother Interaction among the Ganda*. In B.M. Foss (ed.), *Determinants of Infant Behaviour* (vol. II, pp. 67-104). New York: Wiley.

Ainsworth, M.D.S., Bells, M., & Stayton, D.J. (1974). *L'attaccamento madre-bambino e lo sviluppo sociale: la socializzazione come prodotto delle reciproche risposte ai segnali*. In M.P.M. Richar (ed). (1992) *L'integrazione del bambino in un mondo sociale* (pp.119-58). Milano: FrancoAngeli.

Ainsworth, M.D.S., & Bowlby, J. (1991). An Ethological Approach to Personality Development. *American Psychologist*, 46, 333-41.

Ainsworth, M.D.S., & Eichberg, C. (1995). *Effetti sull'attaccamento bambino-madre del lutto irrisolto della madre per una figura di attaccamento o di un'altra esperienza traumatica* In Parkes, Stevenson-Hinde, Marris. Trad.it 1995, (pp167-90).

American Psychiatric Association (1994), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV)*, Trad. it. Masson, Milano, 1996.

Bowlby, J. (1958). The Nature of the Child's Tie to His Mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 350-73.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss. Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books. [Trad. it *Attaccamento e perdita. Vol. 1: L'attaccamento alla madre*. Torino: Boringhieri, 1972].

Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss. Vol. 2: Separation*. New York: Basic Books. [Trad. it *Attaccamento e perdita. Vol. 2: La separazione dalla madre*. Torino: Boringhieri, 1975].

Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss. Vol. 3: Loss, Sadness and Depression*. New York: Basic Books. [Trad. it *Attaccamento e perdita. Vol. 3: La perdita della madre*. Torino: Boringhieri, 1983].

- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Parent-child Attachment and Health Human Development*. New York: Basic Books. [Trad. it *Una base sicura*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1989].
- Bowlby J. (1988). Dalla teoria dell'attaccamento alla psicopatologia dello sviluppo. *Rivista di psichiatria* 23, 2, 57-68.
- Bowlby, J., & Robertson, J. (1992). *Modelli operativi interni e trasmissione intergenerazionale dei modelli di attaccamento*. In M. Ammanniti & D.N. Stern (eds) *Attaccamento e psicoanalisi*. Bari-Roma: Laterza.
- Bretherton, I. (1992). *Modelli operativi interni e trasmissione intergenerazionale dei modelli di attaccamento*. In M. Ammanniti & D.N. Stern (eds) *Attaccamento e psicoanalisi*. Bari-Roma: Laterza.
- Caviglia, G. (2003). *Attaccamento e psicopatologia*. Roma: Carocci Editore.
- Cionini, L. (1991). *Psicoterapia cognitiva: teoria e metodo dell'intervento terapeutico*. Roma: Carocci Editore.
- Fonagy, P., & Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Freud, S. (1911). Formulations on the two principles of mental functioning. *S.E.*, 12: 218-226. [Trad. it. *Precisazioni sui due principi dell'accadere psichico*, OSF, Vol. 6, Torino: 1974].
- Gabbard, G.O. (1994). *Psychodynamic Psychiatry in clinical practice*, (4rd ed. 2005). New York: American Psychiatric Press.
- Greenberg, M.T. (2002). *L'attaccamento e la psicopatologia nell'infanzia*. In J. Cassidy & P.R. Shaker (eds) *Manuale dell'attaccamento*. [Trad. it. Roma: Fioriti Editore]
- Grossmann, K.E., & Grossmann, K. (1995). *Il tipo di attaccamento come organizzazione delle risposte emotive e comportamentali in una prospettiva longitudinale*. In Parkes, C., Stevenson-Hinde, J., & Marris, P. (eds) *L'attaccamento nel ciclo della vita* (pp 193-115). Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Guidano, V.F. (1988). *La complessità del Sé*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Holmes, J. (1993). *La teoria dell'attaccamento. John Bowlby e la sua scuola*. [Trad. it. 1994. Milano: Raffaello Cortina].
- Kelly, G.A (2004). *La psicologia dei costrutti personali*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Liotti, G. (1992). *Disorganizzazione dell'attaccamento e predisposizione allo sviluppo di disturbi funzionali della coscienza*. In M. Ammanniti & D.N. Stern (eds) *Attaccamento e psicoanalisi* pp. 219-232. Bari-Roma: Laterza.
- Lorenzini, R., & Sassaroli, S. (1995). *Attaccamento, conoscenza e disturbi di personalità*. Roma: Carocci.
- Main, M. (1995). *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives*. Hillsdale: Analytic Press.
- Semerari, A. (2002). *Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva*. Bari-Roma: Editori Laterza.

La cartella clinica come indicatore di processo: riflessioni e spunti d'indagine

di Nicoletta Agostini^{*}, Roberto Mander^{}, Mario Ardizzone^{***}**

La cartella clinica in uso nei Centri di Salute Mentale è uno strumento attraverso il quale psichiatri e psicologi hanno modo di conservare la memoria scritta sia dei dati socio-anagrafici, che anamnestici, diagnostici e prognostici delle persone che rivolgono la loro richiesta d'aiuto al Centro stesso; attraverso la cartella è possibile seguire le diverse fasi dell'intervento e il suo esito.

L'intervento, messo in atto già prima della "presa in carico", si basa su due elementi: la richiesta formulata al momento dell'accoglienza nel CSM e poi elaborata nei colloqui preliminari; la consensualità, ovvero l'accordo che si viene a creare attraverso l'incontro tra le richieste del paziente, le sue motivazioni e i suoi obiettivi e la proposta terapeutica formulata dall'operatore, medico o psicologo, coadiuvato dove occorra dall'assistente sociale.

Da quanto detto, emerge l'importanza della fase di "accoglienza", durante la quale l'incontro tra la persona e il servizio, rappresentato da un suo operatore, dovrebbe consentire l'esplorazione o analisi della domanda, la valutazione e formulazione di una proposta di intervento da parte dell'operatore, da attuare all'interno del servizio nei limiti imposti dalle risorse e dalle priorità del servizio stesso. Di fatto il CSM, proprio in quanto luogo d'arrivo della domanda, è affidatario di un'importante funzione di raccordo con il tessuto sociale: anche nel caso di 'mancata presa in carico' ha la possibilità di realizzare, comunque, un intervento - fosse anche solo quello di re-indirizzare la richiesta - i cui limiti sono di volta in volta definiti dall'incontro tra le richieste e la valutazione di risorse, disponibilità, appropriatezza dei mezzi a disposizione.

La legge che ha trasformato i Centri d'Igiene Mentale in Centri di Salute Mentale, come importanti strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale istituiti all'interno delle AA.SS.LL (D.P.R. del 10 novembre 1999), è una legge che cerca di tradurre in realtà una diversa cultura dell'assistenza sanitaria pubblica e che fa dell'orientamento al cliente un obiettivo di sviluppo organizzativo. Il Dipartimento di Salute Mentale dovrebbe porsi come insieme coordinato di strutture ed attività rispondenti ai bisogni di salute mentale della popolazione; intendendo per salute il benessere psico-fisico e sociale, e non l'assenza di malattia o una presunta normalità. Si vedano a questo proposito le indicazioni fornite dall'OMS (Di Ninni, 2004).

Il CSM è una delle strutture organizzative del Dipartimento di Salute Mentale, nel quale opera un'équipe pluri-professionale di operatori con compiti di coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale nel territorio su cui esercita la propria competenza. Il Centro di Salute Mentale svolge le attività d'accoglienza, analisi della domanda e diagnosi; di definizione e attuazione di piani terapeutici e socio-riabilitativi secondo un approccio integrato, attraverso interventi ambulatoriali, domiciliari, di rete ed anche residenziali quando ciò si rende necessario per garantire la continuità terapeutica. Il CSM opera in stretto raccordo con la medicina di base, sia collaborando alla definizione di piani terapeutici, che a livello consulenziale e di formazione; presta la propria attività di consulenza ai servizi che trattano le dipendenze ed alle strutture residenziali per anziani e disabili; può operare come filtro e controllo della degenza nelle case di cura private neuropsichiatriche; infine, svolge una continua attività di valutazione e aggiornamento ai fini di migliorare la qualità dell'intervento (Di Ninni, 2004).

^{*} Dottore in scienze e tecniche psicologiche.

^{**} Psicologo.

^{***} Dirigente psicologo nel SSN.

La persona e la sua domanda, nel nuovo assetto organizzativo promosso dalla creazione dei DSM, dovrebbero essere posti al centro dell'intervento; la posizione di chi formula la richiesta di aiuto andrebbe vista non come quella di un utente passivo, pregiudizialmente e scontatamente 'paziente', nei confronti del quale il servizio venga erogato sulla base di un mandato sociale fondato in via esclusiva sulla competenza tecnica. La riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, se attuata pienamente, collocherebbe la possibilità stessa dell'intervento nella capacità di integrare nel "mandato sociale" di promozione e cura della salute - che pure ne costituisce una base imprescindibile - la committenza e con essa il cliente e la domanda.

Sempre più spesso, nelle richieste che le persone rivolgono al CSM ci si trova ad avere a che fare con una richiesta che riguarda l'area dei cosiddetti "disturbi emotivi comuni", che non si organizza, per lo meno non subito e a volte mai, come richiesta di cura. Tale dato, insieme al fatto che la domanda non sempre coincide con la richiesta (Grasso, Cordella & Pennella, 2003) che la persona rivolge al CSM, e che viene registrata nella scheda di accoglienza, costituisce un forte stimolo in direzione di una piena attuazione della riforma; lo sviluppo della domanda potrebbe costituire uno degli obiettivi per lo sviluppo del servizio e dei suoi operatori, inteso come sviluppo della competenza organizzativa (Carli & Paniccia, 2003; AA.VV., 2008). Ne consegue che la dimensione relazionale, implicita nello sviluppo della domanda come esito della relazione tra paziente/cliente e operatore del CSM, porta con sé l'incontro di rappresentazioni sociali e culturali dell'intervento, della cura, del disagio e della malattia mentale. Relazionarsi con la domanda porta a confrontarsi con la "cultura locale" del cliente come terreno su cui s'innestano le sue richieste e i suoi obiettivi di sviluppo sia su un piano di consapevolezza razionale, sia sul piano delle fantasie inconse. Allo stesso modo lo psichiatra e/o lo psicologo, in servizio presso il CSM, portano con sé un confronto dialettico tra la cultura locale del servizio (quale espressione particolare di una più ampia cultura dell'assistenza sanitaria pubblica nel campo della salute mentale) e le rappresentazioni cosce e inconse della loro professione e del loro ruolo all'interno del servizio, che si traducono nel rapporto unico che essi stabiliscono, di volta in volta, con quel particolare soggetto che si è loro rivolto (Carli, 1989).

In un'ottica di sviluppo in base alla quale gli operatori interagiscono secondo specifici obiettivi (di cura, riabilitazione, ecc.), da definirsi di volta in volta, sarebbe necessario un orientamento non solo al "cliente esterno", ma anche a quello "interno", quest'ultimo inteso come l'operatore stesso che chiede una cornice in grado di valorizzare la sua competenza. La soddisfazione dell'operatore non può esaurirsi in questioni che investono turni, circolazione delle informazioni, gestione del tempo, feedback sul lavoro svolto, ecc. (Cavaliere, 1996), ma investe soprattutto la condivisione di obiettivi e di strategie, e la partecipazione alla definizione delle scelte che riguardano non solo l'operatività ma anche la "teoria della tecnica".

Questa premessa fa da sfondo al contesto nel quale è nata l'idea di realizzare un'indagine esplorativa sulle cartelle cliniche.

L'ipotesi è stata quella di poter utilizzare la cartella come "documento" (Le Goff, 1977) capace di fornire risposte ad una serie d'interrogativi, primo tra tutti: quale è la cultura locale di quello specifico Centro di Salute Mentale? E' possibile che tale strumento sia in grado di fornire dati utilizzabili per rispondere a questa domanda? L'altro interrogativo che ci siamo posti, e non meno importante è: quali sono le domande a cui la cartella può rispondere e quali invece non sono contemplate? Allo stato attuale, in che relazione si pone la cartella clinica rispetto al nuovo assetto organizzativo del CSM e alla cultura che esso rappresenta? Ed infine: qual è il rapporto che si stabilisce fra gli interrogativi ai quali la cartella può rispondere e l'uso effettivo che di questo strumento e delle sue potenzialità viene fatto dagli operatori? Ci si è chiesti se la cartella fosse vissuta come strumento oggettivo, poco in grado di dare conto delle variazioni soggettive, secondo una visione dell'operatore "esterno", imparziale, non implicato, e della cartella stessa come semplice registrazione "adempitiva" di dati; o, invece, dell'operatore "interno" e parte integrante di un processo, e

della cartella come strumento d'intervento, d'analisi di processo, di verifica, di comunicazione e confronto (pur rispettando quel parametro di "riservatezza" che il trattamento di dati personali implica).

Le cartelle sono state sottoposte a lettura tramite una griglia articolata in una serie di indicatori dettati dall'esigenza di tener conto sia di dati socio-anagrafici (sesso, età, stato civile, titolo di studio, occupazione), sia di elementi di tipo valutativo (diagnosi), e che potessero esprimere quale richiesta veniva fatta dalla persona, gli eventuali eventi critici pregressi, quali le modalità e finalità della domanda, chi era l'inviante, ecc. Inoltre, sono stati previsti ulteriori indicatori relativi a: operatore (se psichiatra o psicologo), numero di colloqui, ed eventuale presa in carico. La scelta e l'articolazione degli indicatori riflette un'attenzione prioritaria alla "domanda in arrivo" al CSM e al modo di trattarla, piuttosto che al successivo eventuale trattamento e al suo possibile esito.

Un'analisi più dettagliata, dei metodi, delle procedure, dei dati e delle possibili correlazioni viene proposta più avanti.

La scelta di utilizzare le cartelle cliniche come fonte da cui attingere per rispondere a questi interrogativi, è motivata dal fatto che esse sono l'unica traccia scritta che rimane dell'intenso scambio relazionale che si esprime nell'intervento. All'interno della prassi d'intervento dei CSM, spesso caratterizzati dall'alta professionalità degli operatori e da una consuetudine di lavoro d'équipe di elevati standard qualitativi, un importante momento di raccordo, confronto e aggiornamento è costituito dalle riunioni di servizio, nelle quali vengono dibattute problematiche inerenti alle prese in carico, ai casi, al coordinamento con altre strutture - sanitarie e non - presenti sul territorio, ecc.. Si tratta di fondamentali occasioni che determinano, in misura notevole, la capacità di operare sinergicamente e di progettare ed attuare un lavoro di équipe e di rete, contribuendo alla crescita di una cultura comune. Di tutto questo, di quello che si potrebbe definire come un meta-pensiero sulla prassi dell'intervento, non rimane tuttavia alcuna documentazione scritta. I motivi vanno sicuramente rintracciati in una scarsità di risorse che non consente di dedicare quelle poche presenti, già ridotte, ad un'attività che nell'ottica del garantire l'indispensabile appare accessoria, ma forse anche da una cultura della propria professione, medica e psicologica, che spesso associa il proprio intervento ad un'arte, o ad una tecnica poco legate al contesto e poco avvezze alla verifica.

La cartella clinica, dunque, costituisce la sola traccia scritta dell'intervento. La parola traccia, in lingua provenzale e catalana *trassa*, in francese *trace* e in spagnolo *traza*, comprende tra i suoi significati quello di linea, orma, segno "che lasciano in terra le cose trascinate, per esempio le ruote. Le pedate che lascia impresse chi cammina". In francese troviamo anche la parola *trac* e in inglese *track*, a cui corrispondono l'olandese *treck* e lo svedese *tryck*, tiro, tratto, da cui deriva *trekken* nel significato di tirare, andare. Un ulteriore significato della parola è quello di cammino, viaggio; infine si usa la parola traccia per indicare anche il primo abbozzo di un'opera.

Da tutto ciò si possono ricavare una serie di riflessioni e indicazioni che chiariscono il senso di una lettura della cartella clinica come traccia, segno di un passaggio di qualcosa o qualcuno che ha lasciato impressa la sua orma (unica e particolare), ma anche cammino vero e proprio, viaggio che implica, in quanto tale, un punto di partenza, una meta, una destinazione, un esito e – di certo non ultimo per importanza - un percorso. Infine, la parola traccia, come si è detto, allude al primo abbozzo di un'opera, ad una prima idea connessa ad un progetto da sviluppare. E ci sembra che tanto la dimensione individuale e particolare – potremmo dire idiografica, facendo riferimento al paradigma della psicologia clinica - tanto l'idea di cammino e d'abbozzo di un progetto, siano contenute all'interno delle categorie che giustificano e fondano il senso della cartella clinica, come registrazione non solo di un primo progetto d'intervento, destinato a modifiche e aggiustamenti successivi, ma anche di un percorso che comporta l'idea di un possibile "venire da" e "andare verso". L'analisi esplorativa delle cartelle cliniche si pone, quindi, come tentativo di verificare quanto effettivamente il loro utilizzo possa riflettere questa progettualità e questo cammino, declinati

secondo delle specifiche ed uniche individualità, e quanto la concezione che sta dietro ad esse non rifletta, invece, il convincimento della possibilità di osservare “dall'esterno” il processo, e l'idea di un' oggettività generalizzante che tende a far perdere la specificità ed unicità della persona e dell'intervento portato avanti con essa.

La cartella clinica è uno strumento messo a punto in ambito medico, e di questa cultura porta con sé il retaggio. Essa rappresenta l'espressione di una cultura diagnostica, tesa ad inquadrare i pazienti in un preciso quadro nosografico ed eziologico, al fine di individuare una terapia opportuna; il principio guida è quello della “cura” del malato. La cartella inoltre ha un valore legale, come gran parte della letteratura in merito pone in risalto. Si tratta di una tendenza nettamente presente nell'ambito della medicina generale, e ulteriormente rafforzata dall'orientamento più recente alla *Evidence Based Medicine*. Solo in piccola parte, per quanto abbiamo potuto verificare, questa letteratura comprende studi sulla cartella clinica nell'ambito della salute mentale.

Uno dei requisiti principali di questo strumento è costituito dalla sua “leggibilità” (Liva, 1990), cui deve accompagnarsi la completezza delle informazioni. Per leggibilità s'intendono aspetti grafici e logici, mentre per completezza ci si riferisce a quel minimo di informazioni indispensabili: “...atte ad orientare il medico che affronta un paziente che è già stato studiato e curato...” (op. cit., p. 42). Lo studio di Liva sull'uso della cartella nell'ambito della medicina generale evidenzia una diffusa sottovalutazione di parti importanti della cartella stessa, come ad esempio il diario clinico, ipotizzando che in alcuni casi sia chiaramente presente una deliberata volontà di lasciare poche annotazioni, “...nel perenne timore degli onnipresenti motivi medico-legali.” (ibidem, p.42). Viene messo in risalto come modalità omogenee di gestione della cartella clinica, ad esempio all'interno di una stessa équipe, possano essere assunte come indicatori “...di un 'clima', a cui tutti tendono ad adeguarsi” (ibidem, p.45). Questa osservazione costituisce un segnale importante di quanto, in ambito medico, si stia sviluppata una significativa capacità di interrogarsi sui propri modelli teorici e operativi e se ne stia cominciando a cogliere il senso come espressione di una specifica “cultura locale”¹. Nel corso degli ultimi anni la questione “cartella clinica” è divenuta oggetto di un interesse crescente, proprio per il diffondersi di un processo di aziendalizzazione dell'assistenza sanitaria pubblica e di una cultura della verifica della qualità nel governo clinico, per la quale vengono messi a punto regolamenti e/o procedure per la gestione della cartella stessa². L'aspetto normativo appare essere molto forte nel modello culturale che presiede alla messa a punto, in ambito ospedaliero, della cartella clinica.

In linea con la necessità di promuovere una cultura della verifica, anche nell'ambito dei Dipartimenti di Salute Mentale sono stati messi a punto diversi strumenti, tutti riferibili

¹Una sottesa volontà di non lasciare se non una schematica traccia del proprio intervento, per timori di tipo medico-legale, è da vedersi connessa agli aspetti normativi della cartella clinica, stabiliti a partire dal D.M. Sanità del 5.8.1977 (relativamente alle case di cura private), il cui art. 24 prescrive l'obbligo da parte del medico curante di compilare una cartella clinica in cui siano compresi: generalità del paziente, diagnosi d'entrata, anamnesi personale e familiare, esame obiettivo, esami di laboratorio, ecc., diagnosi, terapia, esiti e postumi. Tale disposizione di legge viene rafforzata dal D.P.C.M. del 27-6-1986 (art. 35) e dal D.M. Sanità del 28-12-1991 in cui s'istituisce come parte integrante della cartella clinica la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) con uguale “...rilevanza medico-legale, ...” della quale si dichiara che “...è un atto pubblico, dotato di rilevanza giuridica, la cui corretta compilazione obbliga la responsabilità del medico” (cfr. 32° Congresso Nazionale A.M.D.O., Lecce, Innovazione e tecnologia per la gestione della cartella). Appare chiaro, da quanto sopra, come la cartella sia geneticamente legata ad una normativa connessa alla tutela della salute, in quanto registra l'attività prestata dalla struttura sanitaria, descrive il decorso della malattia, attesta la terapia, e consente la prosecuzione della terapia nel futuro e la sua verifica. La cartella è uno strumento di lavoro, ma anche un documento della Pubblica Amministrazione che ha un valore economico e amministrativo - con le conseguenze in ambito amministrativo, contabile e penale che ciò comporta -, ed è, inoltre, un documento pubblico, o meglio, un “atto pubblico di fede privilegiata”, di cui il paziente può prendere visione e richiedere copia.

² La cartella clinica e la documentazione sanitaria, Convegno CEIDA, 17/18-09-2008.

all'ottica della *Evidence Based Mental Health*: si tratta di una riflessione che si sta producendo all'interno di un modello psichiatrico, e che ha portato all'elaborazione di una serie di indicatori utili al monitoraggio della qualità dell'assistenza soprattutto per i disturbi mentali gravi. Tali indicatori, che servono a misurare e a descrivere sinteticamente fenomeni significativi per la popolazione e per i servizi possono essere utilizzati per valutare il cambiamento intervenuto fra un "prima" e un "dopo". L'idea è quella di istituire un confronto sistematico tra ciò che viene fatto e quanto si dovrebbe fare in funzione di determinate linee guida. In tale contesto vengono definite come fonti sia il sistema informativo DSM che le cartelle cliniche del CSM³.

Lungo la specifica linea di sviluppo della cultura organizzativa nell'ambito dell'assistenza sanitaria per la salute mentale, va segnalata la messa a punto di manuali-questionario per la formazione organizzativa, per l'autovalutazione, e per l'accreditamento professionale tra pari, nei quali un notevole risalto viene dato alla documentazione clinica (Morosini, Casacchia & Roncone, 2000). Nello stesso quadro si pongono i corsi di formazione promossi dai vari DSM, come ad esempio a Padova, dove negli anni 2007/2008 è stato programmato un percorso formativo dal titolo "Lavorare per progetti", orientato al tener conto dei bisogni degli utenti in relazione a: percorsi di cura differenziati, progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, individuazione dell'operatore di riferimento. Di questo progetto formativo biennale fanno parte anche l'attuazione e l'implementazione di strumenti di supporto al progetto di cura tra i quali: linee guida e protocolli, sistema informativo, e nuova cartella clinica del DSM per l'area territoriale ambulatoriale e ospedaliera.

Un interessante contributo all'approfondimento della funzione della cartella clinica nell'ambito della Salute Mentale viene da uno studio condotto da De Simone (De Simone, 2008) in relazione al suo uso in contesti diversi da quelli ospedalieri. Lo studio ha portato gli operatori di un CSM della Campania, ad alta intensità di utenza, a rilevare l'esigenza di una maggiore versatilità della cartella clinica, perché risponda in modo più adattivo e flessibile alle esigenze di professionisti molto diversi fra loro, e alla presenza di assai differenti approcci teorici relativamente alla cura del disagio psichico e alla sua eziologia. Da tale riflessione è partito il tentativo di creare una nuova cartella clinica territoriale che tenesse conto di tre diversi ambiti: medico, psicologico, e sociale; e al tempo stesso con un'impostazione semi-strutturata tale da conciliare la raccolta di dati standardizzata con un approccio descrittivo/narrativo più pertinente al modello psicologico-clinico. Tale elaborazione ha condotto alla proposta di articolare la cartella in due sezioni: una sezione dedicata all'accoglienza, in cui, oltre ai dati anagrafici, compaiono i dati relativi al consenso informato; e una sezione anamnestica, a sua volta suddivisa in: anamnesi del soggetto, della sua famiglia di origine, della famiglia/e che il soggetto stesso si è costruito. In ciascuna parte di questa seconda sezione sono previsti campi che riguardano dati fisio e psicopatologici, qualità delle relazioni, eventuali disabilità funzionali, scelte di studio e professionali, esperienze relative al servizio di leva, ad eventuale detenzione, alla sfera sociale. La caratteristica saliente di questa nuova cartella territoriale consiste comunque nel poter essere compilata da più operatori e a più riprese, con la possibilità di seguire nel tempo la storia di vita di una persona, e di facilitare l'elaborazione di una sorta di "anamnesi allargata", di natura bio-psico-sociale, attraverso il concorso di più operatori. Viene inoltre data evidenza - prima delle pagine dedicate al trattamento - ad uno spazio per la precisazione del contratto terapeutico e della proposta trattamentale (De Simone, op. cit.).

La crescita d'interesse nei confronti della cartella clinica in uso nei CSM testimonia come un'ottica rivolta alla qualità dei servizi ponga necessariamente domande sulle caratteristiche di questo strumento nato in un altro contesto culturale rispetto all'assetto territoriale successivo alla legge di riforma del '78. Se una delle caratteristiche fondamentali del

³ Dalle linee guida NICE al sistema di indicatori SIEP, VII Congresso Nazionale SIEP, Biella 15/17-09-2005.

concetto di qualità consiste nel grado di “conformità alle specifiche tecniche” da parte dei prodotti di volta in volta considerati, tuttavia un aspetto non meno importante del concetto stesso risiede nell’“adeguatezza all’uso” da parte dei prodotti stessi; la qual cosa comporta “... la capacità di capire le esigenze dell’utente e di fornire un prodotto che lo soddisfi” (Cavalieri, 1996, p. 88). Interrogarsi sulla cartella clinica impiegata in un Centro di Salute Mentale significa soprattutto porsi delle domande sulla sua “adeguatezza all’uso”; il che implica – in modo tanto fondamentale quanto radicale - il tenere conto di chi la usa. Il presupposto è che ci sia una certa differenza fra l’intervento previsto da questo tipo di cartella e quello che oggi viene attuato.

Questo breve *excursus* sulla cartella clinica pone in risalto come tale strumento, nato in ambito medico, all’insegna di una cultura dell’adempimento normativo a tutela dell’utente e del servizio (in tale discorso rientra il doppio aspetto di atto pubblico e privatezza del documento), negli ultimi anni, in relazione ai cambiamenti organizzativi nell’assistenza sanitaria - la cui aziendalizzazione cerca di riflettere una cultura più orientata al cliente e quindi alla qualità ed alla sua verifica - sia diventato oggetto di una riflessione critica riguardante la sua funzione, anche per quanto riguarda la salute mentale; fa parte di questa riflessione un’analisi di quanto lo strumento sia adeguato all’orientamento attuale dell’assistenza e della cura della salute mentale, e quanto invece vada riveduto secondo criteri più in linea con l’integrazione fra ospedale e territorio e in un’ottica riabilitativa.

La proposta di una lettura della cartella clinica come ‘traccia’ è dunque provocatoria, in quanto questo strumento nasce nell’ambito di altri paradigmi di riferimento, e con una forte centratura sull’aspetto legale e burocratico-amministrativo. Leggere la cartella clinica come ‘traccia’ reca dunque con sé un’adesione, dal punto di vista psicologico-clinico, al ‘paradigma indiziario’, che vede nella capacità di costruire nessi e di applicare una logica abduktiva, una delle basi del metodo storico-ricostruttivo. All’origine di tale paradigma, così come lo stesso significato della parola sembra indicare, vi sarebbe l’arte sviluppata dai primi cacciatori di ricostruire, partendo dalle orme di fango, forme e movimenti di prede invisibili. Il cacciatore sarebbe stato il primo a raccontare una storia, a restituire ad eventi discontinui e discreti una continuità ed un senso. Il paradigma indiziario su cui si fonda l’arte venatoria come lettura delle tracce, trova applicazione anche in altri ambiti, non necessariamente orientati al passato e alla sua ricostruzione, ma anche rivolti al futuro, come avviene ad esempio nella divinazione, documentata dagli antichi testi divinatori mesopotamici (Ginzburg, 1986). E’ questo volto bifronte della traccia, quello che ci sembra più proficuo sottolineare come portatore di senso e di sviluppi connessi anche al presente. Per la semeiotica medica, attraverso la lettura dei segni, delle tracce, è possibile comprendere il presente nella sua stretta relazione con il passato (diagnosi) e con il futuro (prognosi). La natura congetturale, indiziaria, indiretta, delle discipline storiche, in quanto qualitative, è condivisa dalla psicologia clinica, che della narrazione fa uno degli strumenti principali del suo intervento. Se il campo d’intervento e d’indagine della psicologia clinica è quello dell’unicità e infungibilità dell’essere umano, al tempo stesso, però, essa si trova in costante tensione rispetto all’esigenza di poter accedere ad una conoscenza generale suscettibile di avere un carattere predittivo. L’indagine sulle cartelle cliniche vuole essere il tentativo di sondare quanto questa tensione e questo sforzo risultino proficuamente praticabili attraverso questo strumento, sospeso tra rispetto e ricostruzione dell’unicità dei dati da un lato, e possibilità di utilizzarli anche quantitativamente a livello epidemiologico e clinico, dall’altro.

La comprensione del modo in cui sono concepite le cartelle cliniche, delle domande a cui rispondono, e di come sono usate, può fornire importanti indicazioni sulla cultura organizzativa e istituzionale – sia esplicita che implicita – del contesto specifico sul quale indaghiamo, aiutando ad individuarne punti di forza e di criticità. Inoltre, lo studio della cartella clinica, come strumento d’intervento, s’inserisce nell’ambito di una cultura della verifica che a partire dal dibattito sulla scientificità della psicologia clinica si sta progressivamente estendendo alle prassi di intervento della psicologia clinica stessa. Cultura della verifica significa possibilità di confronto e di dibattito all’insegna

dell'adeguamento ai parametri della qualità nel governo clinico dei servizi, opzione che appare sempre più necessaria ed urgente: e un'analisi esplorativa sullo strumento cartella clinica può costituire un tentativo di avviare un confronto ed una verifica orientata in tal senso. L'importanza di una riflessione sulla cartella clinica trova la sua ragion d'essere non solo e non tanto a livello teorico, ma soprattutto in rapporto alla realtà quotidiana dell'intervento, come analisi critica di un documento che può costituire per gli operatori il terreno comune su cui confrontarsi. Spesso gli interventi promossi all'interno di un CSM, proprio per la forte centratura territoriale di queste strutture, necessitano di una pianificazione di rete, di un confronto e di una sinergia con altre strutture del Dipartimento di Salute Mentale; inoltre possono verificarsi assenze temporanee o trasferimenti che rendono di fondamentale rilevanza la trasmissione degli elementi di conoscenza delle diverse storie cliniche. E intendiamo con ciò riferirci non solamente ai dati *stricto sensu*, ma pure alla possibilità di ricostruire i processi inferenziali che gli operatori hanno messo in atto nello scambio relazionale con utenti e pazienti. Non serve soltanto avere davanti agli occhi dati anamnestici e posologie dei singoli trattamenti farmacologici, ma anche le dinamiche relazionali e contestuali che l'istituzione e l'attuazione del progetto terapeutico hanno comportato. Poterle ricostruire e trasmettere costituisce uno dei presupposti fondamentali sia per un buon percorso di sviluppo organizzativo, sia per una possibile verifica dell'intervento.

L'indagine esplorativa da noi condotta costituisce, dunque, un primo passo per ulteriori e più rigorosi approfondimenti la cui validità possa risultare statisticamente significativa: essa si è sviluppata selezionando per intervalli regolari un piccolo campione di cartelle, aperte progressivamente - nell'arco di un unico anno solare - da parte di operatori molto diversi tra loro per esperienza e per formazione; inoltre un ulteriore e decisivo limite al nostro sondaggio è stato imposto dalle cartelle stesse, la cui compilazione non è sempre risultata esauriente. Si è infine deciso di escludere dall'indagine l'analisi del testo del *diario clinico* dal punto di vista discorsivo, analisi che avrebbe comportato metodologie e procedure più complesse, e risorse più consistenti sia in termini economici che temporali; ciononostante, alcune delle categorie di lettura delle cartelle sono state elaborate tenendo presente a quali domande il *diario clinico* poteva rispondere. Il *diario clinico* si configura per sua stessa natura come spazio discorsivo, dove l'operatore ha modo di narrare la sua storia del percorso di quella specifica persona, ma soprattutto la storia della relazione. Si vuole proporre l'ipotesi che il *diario clinico* sia un racconto che costituisce l'altra faccia del colloquio clinico, lo spazio della riflessione e della meta-narrazione dello stesso, in buona sostanza una forma di resocontazione.

Resta da considerare che l'intervento nell'ambito di un CSM è un intervento "complesso", che chiama in causa figure professionali diverse in interazione sinergica tra loro, spesso non riconducibili ad un unico paradigma teorico. L'ottica e i paradigmi che abbiamo utilizzato per questa nostra prima esplorazione sono di tipo psicologico-clinico, in quanto permettono una più completa esplorazione della domanda (anche nel caso di una prestazione puramente farmacologica), come pure la costruzione della committenza e la progettazione di un intervento appropriato, economico e flessibile.

La psicologia clinica si trova quindi a svolgere un'importante funzione integrativa, consentendo una nuova visione dell'intervento e dei suoi strumenti (tra i quali anche la cartella), non basata sui ruoli, ma su funzioni integrabili e interagenti. Ciò richiede pertanto lo sviluppo di "una competenza organizzativa che si ponga come meta-contesto d'appartenenza per coloro che operano" (Di Ninni, op cit.). L'analisi esplorativa da noi condotta parte dall'ipotesi che la cartella clinica attualmente in uso nei CSM non preveda un lavoro orientato in questa direzione, ma risulti prevalentemente fondata su attribuzioni di "pazienti" a ruoli diversi: quelli del medico e/o dello psicologo, con una sostanziale ancillarità dell'assistente sociale, pur nella sua imprescindibile funzione di raccordo con il tessuto sociale e con il suo territorio.

Nella nostra analisi siamo partiti dal numero totale di utenti che nel corso del 2007 si sono rivolti al CSM; da un totale di 193 cartelle ne abbiamo tratte 32, equivalenti a circa il 15% del totale; la scelta è avvenuta tramite campionamento sistematico, ovvero scegliendone una ogni sei.

Non trattandosi di un'indagine a carattere sociologico ci siamo limitati a raccogliere i dati demografici degli utenti in base a cinque item (genere, età, stato civile, titolo di studio e occupazione), seguendo sostanzialmente quanto viene riportato nella scheda di accoglienza in uso nello stesso CSM. Questi dati dovrebbero rispecchiare, in buona approssimazione, le caratteristiche dell'utenza rispetto alla composizione sociale del territorio di competenza del CSM considerato.

Gli item successivi sono stati indirizzati a definire la domanda, la diagnosi emergente dai primi colloqui e la tipologia dell'eventuale presa in carico. Il nostro intento – attraverso la lettura delle cartelle campionate – era quello di riuscire a leggere il tracciato della relazione fra utente e CSM, a partire dal primo colloquio e fino al momento della decisione di presa in carico o meno.

Già ad una prima lettura i dati raccolti ci hanno portato a riflettere su come rendere le nostre schede più rispondenti a quanto riportato o taciuto nelle cartelle - a volte, come abbiamo visto, estremamente scarse di notizie -. Così, ad esempio, abbiamo deciso di prevedere anche l'opzione "non definibile" per i due item relativi agli scopi e alla modalità della domanda. Anche rispetto alla nomenclatura diagnostica da noi proposta (*disturbo d'ansia, disturbo della personalità, disturbo affettivo, disturbo del pensiero e dipendenze*) abbiamo dovuto contemplare l'ipotesi di una non possibilità di pervenire ad un inquadramento diagnostico certo, e ciò ha comportato l'inserimento, anche per questo item, della voce "non definibile".

Proprio la discussione intorno al modo in cui andavamo compilando le schede ha permesso non soltanto di rendere omogeneo il nostro lavoro, ma anche di mettere sempre più a fuoco il senso della nostra indagine esplorativa, prima di passare a individuare quali correlazioni ci potessero essere fra i dati raccolti. Le 32 cartelle del campione in realtà si sono rivelate un utilissimo indicatore delle modalità d'incontro fra utenti e CSM.

Per esempio, rispetto all'item "finalità della domanda"⁴, pur in presenza di un'alta percentuale di casi non definibili (25%) a causa di una sostanziale incompletezza delle informazioni, abbiamo riscontrato una percentuale significativa di domande finalizzate ad un mutamento preordinato (53%), e una non esigua percentuale di domande di cambiamento (19%), mentre piuttosto limitata è la percentuale di domande di trasformazione (3%). Del resto, i dati relativi alle modalità della domanda evidenziano una forte prevalenza di domande concrete (41%), del tutto in linea con una richiesta di risoluzione sintomatologica e in chiara corrispondenza con il prevalere della finalizzazione ad un mutamento preordinato. Analogamente, la quota di domande orientate (16%) ci sembra corrispondere strettamente – e non soltanto in senso meramente quantitativo – alla quota non molto dissimile (19%) di finalizzazioni al cambiamento. Anche per la modalità della domanda, come e ancor più che per la sua finalizzazione, i dati espressi dalla cartella non ne consentono una chiara definizione in più di un terzo dei casi (34%).

Chi formula la domanda

interessato	94%
familiare o altri	6%

⁴ Nel formulare l'item "finalità della domanda" si è fatto riferimento alla concettualizzazione di Massimo Grasso e Alessandra De Coro in merito agli "stili della domanda". Cfr. Grasso, M., & De Coro, A. (1993) in Carli, R. (1993); concettualizzazione ulteriormente riproposta in: Grasso, M. (2004), p.267.

Finalità della domanda

mutamento preordinato	53%
cambiamento	19%
trasformazione	3%
non definibile	25%

Modalità della domanda

domanda concreta	41%
domanda orientata	16%
domanda diffusa	9%
non definibile	34%

Numero dei colloqui

un colloquio	25%
più colloqui	47%
non precisato	28%

Richiesta prevalente

visita psichiatrica e/o trattamento farmacologico	35%
psicoterapia	25%
trattamento assistenziale/riabilitativo	3%
ricovero	9%
valutazione diagnostica	22%
non definibile	6%

Diagnosi

disturbo d'ansia lieve	25%
disturbo d'ansia medio-grave	19%
disturbo d'ansia non definibile	6%
disturbo della personalità	9%
disturbo affettivo	28%
disturbo del pensiero	3%
non definibile	10%

Le cartelle esaminate, riferibili ad un universo territoriale socio-culturalmente e socio-economicamente assai composito, evidenziano dunque un tendenziale autoproporsi da parte di chi formula al Centro di Salute Mentale una richiesta d'intervento (94% dei casi). Questo dato, però, se a prima vista potrebbe far pensare ad un mutamento culturale assai significativo – nel senso di una minore difficoltà nel riconoscersi soggetti di una problematicità di ordine psichico, e nell'assumerla, per così dire, "in prima persona" -, ad un esame più approfondito non può non essere correlato con una netta prevalenza dei disturbi d'ansia (> 53% delle cartelle prese in esame), a fronte di patologie tendenzialmente più severe (disturbi della personalità, disturbi affettivi, disturbi del pensiero). Nei disturbi d'ansia, infatti, per quanto intensi ed acuti possano essere, le capacità agentive del soggetto risultano di certo molto più presenti e meglio conservate di quanto non avvenga nei disturbi del pensiero, ma anche nei disturbi affettivi e di personalità medio-gravi. Tale prevalenza,

pertanto, attenua di molto la portata di una prima lettura centrata sul “cambiamento culturale”, e sembra invece porre in risalto una cospicua espressione di sofferenza mentale non strettamente riconducibile a categorie nosografiche di particolare gravità sotto il profilo medico-psichiatrico.

Tranne rari casi, infatti, le persone che per quest’ordine di problemi si rivolgono ad un servizio pubblico tendono ad essere fortemente motivate da uno stato di sofferenza da lungo tempo persistente, dal quale si vuole evadere chiedendo innanzitutto una tempestiva remissione sintomatologica. Ecco perché la loro domanda si configura in netta prevalenza come una “domanda concreta” (41% dei casi), a fronte di una percentuale decisamente più modesta (16%) di “domande orientate”!

Ma dare risposta a queste richieste non è impresa di poco conto.

Se la cultura e il mandato sociale di un servizio di salute mentale impongono una presa in carico dedicata e intensiva di tutte le situazioni più gravi e più critiche sotto il profilo psicopatologico, quali risorse resteranno disponibili, nell’attuale penuria di mezzi, per affrontare l’ampio spettro del dolore psichico non chiaramente connotato da una diagnosi di gravità psichiatrica?

Non sempre la sofferenza umana risulta riconducibile ad una deviazione (psico)patologica di tipo nosografico: ma se i servizi della sanità pubblica intendono conservare la loro originaria impronta *socio-sanitaria*, questo interrogativo resta tuttora di straordinaria attualità. Poter dare risposte professionalmente competenti alle richieste dettate dalla sofferenza e dal malessere rimane un imperativo istituzionale, etico, e deontologico che chiama in causa tutti gli operatori della salute mentale, e gli psicologi più di tutti gli altri.

La professionalità psicologica, infatti, risulta pienamente ascrivibile all’universo delle professioni sanitarie, proprio nella fondamentale accezione che l’O.M.S. ha proposto per il concetto di “sanità”: da intendersi non soltanto e non semplicemente come assenza di malattia, ma pure come condizione di complessivo benessere somatico e psichico. E a ben guardare, le implicazioni di tale spostamento di accenti vanno molto al di là della pur importantissima enfasi posta sulle attività di prevenzione e di promozione della salute; configurano, sul piano rappresentazionale, un superamento del binomio antinomico normalità – patologia, al quale poter facilmente ricondurre la contrapposizione fra malattia e assenza di malattia, per ricontestualizzare le vicende legate alla morbilità e alla salute dell’uomo all’interno di un campo dinamicamente più comprensivo, e di certo più congruente con la complessità dell’esperienza umana: il *conflitto tra benessere e malessere*, in cui la presenza di criticità morbose costituisce un aspetto indiscutibilmente centrale ma non esclusivo di tale binomio; dove somatico e psichico si configurano come registri fittamente interconnessi; e dove i diversi gradienti di benessere e/o malessere sono in larga parte espressione del “posto” occupato dal soggetto, della condizione relazionale-sociale in cui egli viene a situarsi.

In questa stessa luce i dati relativi alla diagnosi d’ingresso impongono una riflessione seria e approfondita. Che più della metà dei primi contatti porti ad una categorizzazione diagnostica riconducibile allo spettro dei disturbi d’ansia può indicare contemporaneamente due cose:

1) il servizio di salute mentale va costituendosi sempre di più come punto di riferimento e di contatto non soltanto per i gravi disturbi psichici, ma anche – almeno a titolo di domanda e di possibile consultazione – per i disturbi meno gravi (quantitativamente assai più presenti nella popolazione generale);

2) l’area dei disturbi d’ansia può risultare impropriamente ridondante sul piano quantitativo, proprio nel senso di essere percepita e utilizzata dagli operatori quale *contenitore diagnostico di frontiera*, al quale ricondurre la maggior parte di quelle situazioni che afferiscono al servizio pur senza in realtà saturare i criteri minimi per una diagnosi psicopatologica.

E ancora una volta ci ritroviamo di fronte alla grande questione della sofferenza psichica, e della sua non automatica inscrivibilità nell’ambito di una patologia franca e conclamata!

Gli operatori, cioè, nel loro interloquire sensibilmente e responsabilmente con chi è portatore di sofferenza, tenderebbero – in modo quasi automatico e in perfetta buona fede – ad

includere comunque tale malessere all'interno di una categorizzazione psicopatologica, non essendovene altre a loro disposizione!

Quanto alle dimensioni del primo contatto (in termini di numero dei colloqui ad esso dedicati), le cartelle prese in esame propongono una notevole variabilità nel comportamento dei clinici. Se nel 25% dei casi il primo contatto coincide con un solo e unico colloquio, nel 47% delle situazioni tale fase tende a protrarsi per più di un incontro, da due fino a sei incontri.

Sembra di poterne dedurre un atteggiamento assai flessibile da parte degli operatori, assolutamente in linea con una cultura dell'accoglienza e del primo contatto che ha fortemente caratterizzato il clima e l'attività dei servizi di salute mentale fin dalla loro nascita, con il concorso attivo di tutti gli operatori e per impulso determinante degli psicologi. Gli operatori, cioè, "sanno" che accoglienza e primo contatto costituiscono una dimensione fondante del lavoro clinico e istituzionale, non pregiudizialmente confinabile entro una quantificazione rigida del numero d'incontri. Il "primo contatto", inteso nella sua accezione clinica più pregnante, va a concludersi nel momento in cui le funzioni dell'accogliere, del contenere, del riconoscere e del prospettare si siano compiutamente dispiegate: qualche volta ciò può avvenire nell'arco di un solo incontro, ma il più delle volte sono necessari una pluralità di colloqui (Ardizzone, 1989).

Risulta infine di notevole interesse la diversa distribuzione delle domande d'intervento sia in rapporto alla loro finalità sia in rapporto alla modalità della loro presentazione.

Come accennavamo in precedenza, c'è una forte "concretezza" nelle aspirazioni degli utenti e nel loro modo di presentarsi e di chiedere (41% di domande concrete, e 53% di domande tese ad un mutamento preordinato). E questa concretezza sembra caratterizzare fortemente anche l'immagine che gli utenti possiedono della psicoterapia.

Con questa concretezza degli utenti occorre assolutamente confrontarsi, senza cadere in un atteggiamento infastidito ed espulsivo; ma aiutandola a declinarsi progressivamente in un atteggiamento meno esteriorizzante, meno appoggiato ad oggetti o provvidenze che ci si aspetta dall'esterno, e sempre più capace d'implicare un coinvolgimento autentico del Sé: di progredire cioè in direzione di una domanda orientata, e rivolta verso il cambiamento.

Bibliografia

Ardizzone, M. (1989). Psicoterapia e trattamento breve nei servizi di Salute Mentale: l'intervento focale di primo contatto, in *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, pp.72-82;

AA.VV. (ottobre 2008). Rapporto sulla cultura locale dei CSM italiani - Promuovere l'efficacia organizzativa nei Centri di Salute Mentale italiani; lo sviluppo della competenza psicosociale, ricerca condotta dalla Cattedra di Psicologia clinica dell'Università Sapienza di Roma – Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica per il conto del Ministero della Salute, www.culturaorganizzativa.it;

Carli, R. (1989). Lo psicologo clinico nei servizi socio-sanitari. Introduzione. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 6 -14;

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

Cavalieri, P. (1996). La competenza psicologica nella gestione della qualità nei servizi di assistenza sanitaria, *Psicologia Clinica*, 1, 87-103;

De Simone, R. (2008). Il servizio accettazione e la Cartella Clinica territoriale quali strumenti per la riorganizzazione di un centro di Salute Mentale ad alta utenza. *Psichiatria di Comunità*, VII, 3, 171-175.

- Di Ninni, A. (2004). *L'intervento per la salute mentale*. Roma: Kappa.
- Ginzburg, C. (1986). *Spie. Radici di un paradigma indiziario*. In *Miti, emblemi spie. Morfologia e storia* (pp. 158 – 209). Torino: Einaudi.
- Grasso, M., & De Coro, A. (1993). *Analisi della domanda e intervista diagnostica. Un approccio psicodinamico*. In: Carli, R. (ed) *L'analisi della domanda in psicologia clinica* (pp. 117-142). Milano: Giuffrè, 1993.
- Grasso, M., Cordella, B., & Pennella A.R. (2003). *L'intervento in psicologia clinica*. Roma: Carocci.
- Grasso, M. (2004). *Psicologia clinica e psicoterapia. Teoria e tecnica dell'intervento psicologico*, 2^a edizione riveduta ed ampliata. Roma: Kappa.
- Le Goff, J. (1977), Documento/ Monumento. In *Enciclopedia Einaudi* (Vol. V, pp. 38-48). Torino: Einaudi.
- Liva, C. (1990). La leggibilità delle cartelle cliniche. *QA (Qualità dell'assistenza)*, 5/6, 41-46.
- Morosini, P., Casacchia, M., & Roncone, R. (2000). *Manuale questionario per la formazione organizzativa, l'autovalutazione e l'accertamento professionale tra pari*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.

Riflessioni metaforiche sulla nascita del bebop.

di Renzo Carli*



Un ambiente.

Siamo nei primi anni quaranta del secolo scorso. Andiamo assieme in un locale della 118a strada ovest di New York, in piena Harlem: il Minton's Playhouse, ricavato in una sala del Cecil Hotel.

Il locale prende il nome dal suo proprietario, Henry Minton, un ex sassofonista. Nel '40, Minton ne affida la direzione a Teddy Hill, un musicista che aveva diretto qualche orchestra nel passato e era ben visto dai jazzmen neri. Hill ha un'idea brillante per la popolarità del locale: far suonare una piccola band casalinga (Clarke alla batteria, Monk, allora sconosciuto, al piano, Fenton al basso e Guy alla tromba); chi voleva proporsi, tra i numerosi frequentatori, poteva portarsi appresso il proprio strumento e suonare.

E' un lunedì sera e già nella hall, pervasa dal fumo delle sigarette, si può udire una musica strana, diversa dal jazz tradizionale. Entriamo; ci sono pochi musicisti, tutti neri, impegnati in una animatissima jam session; sono circondati da un folto gruppo di ascoltatori interessati, anch'essi rigorosamente neri e nella gran parte suonatori di jazz. C'è molto fumo nella sala; i musicisti suonano in modo apparentemente dissonante, con un susseguirsi velocissimo di note e accordi dal sapore acre e al contempo accattivante.

Siamo al Minton's di lunedì sera, e lo facciamo di proposito; è la sera libera per le grandi orchestre dello swing newyorchese, e molti musicisti neri, stanchi degli schemi rigidi e ristretti delle orchestre che suonano per far ballare i bianchi, possono farsi un bicchiere al Minton's, ascoltare straordinarie jam session, ma anche uscire dalla passività e buttarsi nella mischia dei confronti, degli assolo improvvisati, sviluppando i temi proposti con nuove e spregiudicate variazioni.

Qualcuno sa che è in atto una rivoluzione; i protagonisti sono John Birks "Dizzy" Gillespie (tromba), Charlie Parker, spesso conosciuto come Bird¹ (sassofono), Charlie Christian

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

¹ Bird viene, in verità, da *yarbird* che vale gallinaccio da cortile. Nella prima adolescenza Parker passava intere giornate nel cortile di casa ad imitare in canto degli uccelli con il suo sassofono. Ma,

(chitarra elettrica), Thelonious Monk (pianoforte), Oscar Pettiford (basso), Kenny Clarke (batteria).

Ma prima di loro Coleman Hawkins, Teddy Wilson, Art Tatum, Chu Berry, Mary Lou Williams e molti altri. Un locale frequentatissimo da suonatori noti e meno noti. E' qui, nelle jam session del Minton's, che nasce il bebop.



Thelonious Monk



Charlie Parker



Christian



Kenny Clarke



Gillespie



Il be bop.

La differenza dal jazz suonato sino ad allora? Qualche nuovo “trucco”, “per usare un’espressione modesta, molto cara ai jazzmen” (Polillo, 1975, p. 190). Parker aveva, ad esempio, scoperto che poteva costruire melodie inedite, interessanti, usando le note estreme degli accordi di uno specifico tema. Spesso, all’inizio e alla fine di un pezzo, tromba e sassofono suonavano all’unisono il tema. Chi ascolta Miles Davis e John Coltrane, ricorda questi momenti emozionanti. Parker suona a una velocità impressionante, almeno il doppio di quella del grande Lester Young, il riferimento obbligato per i sassofonisti sino all’arrivo del

come dice Nunzi, il nomignolo Bird “diventa la simbolizzazione del volo inteso come slancio verso l’assoluto, che l’ascolto di Parker suscita nei musicisti e negli ascoltatori” (Nunzi, 2008, p. 177).

geniale e sregolato figlio delle due Kansas City². Ma il virtuosismo non basta; erano le idee musicali di Parker, le sue tonalità, la complessità dei temi e del loro sorprendente sviluppo che lo resero il genio della musica afro – americana, il jazz. Genio e sregolatezza: era stato avviato da un parente, impietosamente, alla droga fin da adolescente nei ghetti neri di Kansas City ove frequentava persone della peggior rima (Roncaglia, 1998). Il problema della droga lo accompagnò sino alla morte, nel 1955: Parker aveva solo trentacinque anni.

Armonie dissonanti, con la sistematica alterazione degli armonici che con Parker arriva al limite della politonalità, intervalli di quinta diminuita che avvicinavano la musica bop al blues e alla sua blue note³, accordi in settima minore, arresti bruschi, a capo improvvisi, salti di un'ottava; il ritmo (il beat) segnato da frasi musicali inusuali, affidato alla percussione dei piatti della batteria e non alla grancassa, con la scansione dei bassi eseguita dal contrabbasso entro una sostanziale dinamica poliritmica.

La musica bop non è orecchiabile, non si può canticchiare come una canzone, non concede nulla alla popolarità e alla facilità della musica d'intrattenimento. E' una musica difficile, a un primo avvicinamento non gradevole, caratterizzata da "melodie bizzarre, difficilmente orecchiabili, costruite su frasi staccate e zigzaganti, estremamente dinamiche, caratterizzate da intervalli sino ad allora inconsueti; frasi che si reggono, collegandosi tra loro, in un equilibrio instabile, che sulle prime sconcerta. Molto spesso i nuovi temi erano tanto diversi da quelli sulle cui armonie erano fondati, da meritare un nuovo titolo ed essere esclusivamente attribuiti agli autori dell'elaborazione, cioè ai solisti. In questa pratica – sostanzialmente diversa dalla variazione su tema o dalle improvvisazioni sugli accordi, di tipo hawkinsiano per intenderci – i boppers sono stati maestri insuperati: tanto più ammirabili se si considera la limitatezza del numero degli standards da essi tante volte "rigenerati". Fra i giri armonici più battuti erano quelli di *How high the moon*, *I got rhythm*, *All the things you are*, *Whispering*, *Indiana*, *Just you*, *Cherokee*, *'S wonderful*. Il primo (*How high the moon*) fu ripetuto tante volte da meritare la definizione di inno dei boppers" (Polillo, 1975, p. 198).

Una caratteristica dei boppers fu quella dell'elitarità, fondata su eccellenza tecnica e intuizioni musicali, variazioni armoniche talmente ardue da scoraggiare i musicisti mediocri. Si racconta che al Minton's, di pomeriggio, Gillespie, Monk e Clarke si incontrassero per concertare complicati giri armonici atti a demotivare, la sera, i tipi incapaci di improvvisarci sopra, i tipi senza talento⁴.

Il be bop deve il suo nome alla modalità onomatopeica con cui il quintetto, capitanato da Gillespie, traduceva in parole il motivo di due note, ricorrente in un brano che poi venne chiamato Bebop. Il quintetto, che esordì all'Onyx di New York all'inizio dei 1944, era composto dal bassista pellerossa Pettiford, dal pianista Wellington (in realtà un siciliano che si chiamava Giorgio Foglia), dal tenorsassofonista Byas, dal batterista Roach e dallo stesso Gillespie alla tromba.

Nelle orchestre da ballo si faceva una musica divertente, ove al "nero di turno" veniva chiesto di ballare, cantare, suonare e divertire il pubblico. Chi si ribellava alla routine e al ruolo che, entro la routine, veniva previsto per i musicisti di colore, veniva licenziato sui due piedi.

I boppers si ribellarono a tutto questo; il loro modo di suonare era di sdegnosa indifferenza nei confronti del pubblico; spesso suonavano dando la schiena a chi li ascoltava. La musica che suonavano era difficile, a volte fastidiosa per chi non si addentrava nella complessa struttura delle frasi e dell'armonia. Una musica che voleva essere arte, e che fu paragonata a Wagner o a Debussy.

² Parker era nato nel 1920 nella Kansas City dello stato del Kansas, ma la sua educazione musicale avvenne nella Kansas City del Missouri, dove la sua famiglia si era trasferita appena dopo la sua nascita.

³ La blue note, che caratterizza la musica blues, è una nota, nella scala non temperata, che cala di più di mezzo tono. La blue note conferisce alla musica blues un'ambiguità dolce e al contempo triste, quell'indefinitezza tonale che evoca nostalgia e tristezza.

⁴ Roncaglia (1998) ricorda diversi aneddoti al proposito, tratti da Shapiro, N. & Hentoff, N. (1955).

Molti sono i giudizi sul be bop, a volte di condanna in difesa della tradizione, a volte di esaltazione nei confronti di chi sosteneva il nuovo verbo musicale jazzistico.

Il nuovo jazz rappresentò un motivo di orgoglio per i neri che si riconoscevano nella bravura eccezionale dei boppers. Divenne, a metà degli anni quaranta - con la fine della seconda guerra mondiale - una sorta di divisa per i neri: occhiali scuri e basco perennemente indossati, assieme a un gergo non conformista fecero dei boppers e degli hipsters (i loro sostenitori) un gruppo a parte, che si diffuse sempre più tra la gente di colore, poi tra i giovani bianchi contestatori, che intendevano contrapporsi al sistema del potere. Il movimento beatnik degli anni cinquanta deriva direttamente dai boppers. Molti boppers si convertirono alla religione islamica e presero nomi musulmani. Perché? Si pensava che un "arabo musulmano", all'epoca, potesse suscitare più rispetto di un nero, diretto discendente dagli schiavi del secolo precedente. I neri erano disillusi delle promesse di integrazione, presenti nelle parole di Roosevelt sulle quattro libertà: eguaglianza di opportunità per i giovani, fine dei privilegi riservati ai pochi, tenore di vita più elevato, lavoro per tutti. La partecipazione dei neri alla guerra contro il nazifascismo aveva sollevato qualche speranza, fortemente delusa. Il movimento nero si sarebbe fatto forte negli anni cinquanta, con Martin Luther King, Malcolm X. I boppers, d'altro canto, fecero musica, una musica di alta qualità; questo era il loro modo di acquisire identità, prestigio e rilevanza sociale.

Ci fu una reazione molto dura al be bop. "Il fatto che il jazz, dopo Parker, smise di essere una musica popolare o addirittura una musica di evasione, di divertimento come era stata nell'era dello swing, ne segnò la condanna - che non è stata a tutt'oggi revocata - da parte dell'Establishment, e non solo di quello americano. Si poteva anche applaudire un negro che se ne stava "al suo posto", tanto meglio se era il posto del giullare, ma era ed è tuttora difficile, per troppa gente, ammettere che un popolo ritenuto inferiore (se non fosse inferiore, come si giustificerebbe l'emarginazione, per non dire l'oppressione?) possa avere diritto alla piena cittadinanza, al pari dei bianchi, nel mondo della arti. Non per nulla ancora oggi, in America come in Europa, i più sono disposti ad accettare il jazz solo in quanto esso renda in qualche modo omaggio alla cultura (musicale e non) dei bianchi." (Polillo, 1975, p. 204).

Qualche riflessione

I boppers cercarono strade nuove attraverso l'eccellenza, tecnica e creativa.

La spinta era quella a differenziarsi, ad emanciparsi dal dominio dei bianchi che, nell'era dello swing, aveva organizzato un importante musical business, utilizzando i neri quale attrazione per chi voleva momenti di spensieratezza, di divertimento dopo le angosce della guerra, della lotta al nazismo e all'imperialismo giapponese.

La creatività e l'eccellenza portavano all'autonomia e all'arte. E' importante comprendere come l'eccellenza dei boppers non fosse sbandierata, dichiarata in modo altisonante, misurata da giudici severi e paludati. No, si trattava di un'eccellenza che soltanto chi ci capiva di jazz, poteva apprezzare e godere. Ancora oggi, se si ascoltano i dischi dei musicisti be bop, si trovano appieno quelle caratteristiche di ostica difficoltà ma anche di sublime complessità musicale di un Charlie Parker, di un Gillespie, di un Christian (non quello che suona con Benny Goodman, quello dei trio o dei complessini), di un Monk, di molti altri sino a Miles Davis o a John Coltrane.

La nascita del be bop è coincisa con il recupero dell'identità nera del jazz, la sua differenziazione dalla cultura dominante delle orchestre "bianche" e d'intrattenimento, nell'epoca dello swing. La storia del jazz è storia del popolo nero d'America. Certamente molti bianchi hanno contribuito in modo sorprendente allo sviluppo del jazz, da Bix Beiderbecke a Gerry Mulligan, da Lennie Tristano a Bill Evans e a molti, molti altri. Ma il jazz, dalle sue origini a New Orleans al suo trasbordo a Chicago, a Kansas City o a New York rimane la musica del popolo nero afro - americano. Un popolo portato a forza, in schiavitù, negli Stati Uniti dalla natia Africa; tenuto per secoli in soggezione, discriminato, perseguitato, svilito nella sua identità, emarginato nei ghetti neri delle grandi città, fatto oggetto di scherno e disprezzo nei piccoli centri di un paese spesso crudele nel suo provincialismo. Il jazz ha costituito, per lunghi anni, l'area culturale ove i neri d'America

potavano riconoscersi e mostrare al mondo la propria grande creatività musicale. I boppers hanno rivendicato, grazie all'eccellenza della loro produzione musicale, questa identità nera del jazz. Nella vita di Gillespie si racconta un episodio in cui Jimmy Dorsey, grande sassofonista e clarinetista bianco, allora a capo di una importante band, rimase stupito ascoltando casualmente il quintetto di Dizzy e gli disse ammirato, dopo lo spettacolo: "Ti scritturerei nella mia orchestra, se la tua pelle non fosse così scura!"; Gillespie rispose: "Caro mio! Se non fossi così, non sarei capace di suonare in questo modo".

I boppers erano mal pagati, spesso in difficoltà nello sbarcare il lunario, ma anche consapevoli della loro genialità, curiosi nella loro avventura, nell'esplorare nuove strade musicali.

In una ricerca Eurisko (2008) emerge come gli psicologi italiani abbiano un reddito annuo netto di 17.800,00 euro (1.483 euro al mese). Nella stessa ricerca, si dice anche che gli psicologi italiani, sino a 34 anni guadagnano in media 8.500 euro all'anno. Siamo alla soglia della povertà.

Qual è il prestigio della professione di psicologo? Gli psicologi pensano che la considerazione sociale della professione sia molto bassa. Nel contempo, gli psicologi aumentano a dismisura nel nostro paese, e la professione viene emarginata dallo scientismo imperante, dall'ibridazione equivoca della psicologia entro aree psicodiagnostiche e psicoterapeutiche a stretta egemonia medica e psichiatrica.

Forse, anche per la psicologia italiana è tempo di be bop.

Bibliografia

Eurisko (2008, giugno). *Lo stato e le prospettive delle professioni psicologiche in Italia*. Working paper. Presentato al convegno di Eurisko, Siracusa, 21 giugno.

Nunzi, M. (2008). *Jazz: Istruzioni per l'uso*. Bari: Laterza.

Polillo, A. (1975). *Jazz*. Milano: Mondadori. Edizione aggiornata da Franco Fayenz, 1997.

Roncaglia, G. C. (1998). *Il jazz e il suo mondo*. Torino: Einaudi.

Shapiro, N., & Hentoff, N. (1955). *Hear Me Talkin' To Ya*. London: Reinhard.